

Les soins de santé au Canada

UN PREMIER RAPPORT ANNUEL



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information



Statistics
Canada

Statistique
Canada

Les soins de santé au Canada

UN PREMIER RAPPORT ANNUEL

2000

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie, pourvu que ce soit à des fins non commerciales et que la source soit clairement identifiée.

Pour commander des exemplaires, veuillez utiliser le bon de commande à la fin de ce rapport.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613)241-7860
Télec. : (613)241-8120
<http://www.cihi.ca>

ISBN 1-895581-93-1

© 2000 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title: *Health Care in Canada 2000: A First Annual Report* ISBN 1-895581-92-3

Statistique Canada, n° 82-222-XIF au catalogue

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome et sans but lucratif chargé de coordonner le développement et l'entretien d'un système intégré d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit en temps opportun l'information appropriée et nécessaire à l'adoption de politiques de santé avisées, à la gestion efficace du système de santé canadien, ainsi qu'à la sensibilisation du public aux facteurs qui influent sur la santé. L'ICIS a été créé en 1994 par les ministres de la Santé du Canada.

À propos de Statistique Canada

En vertu de la Loi sur la statistique, [Statistique Canada](#) recueille, compile, analyse, dépouille et publie des statistiques relatives à la santé et au bien-être des Canadiens. L'objectif principal de la Division des statistiques sur la santé est de fournir des statistiques et des analyses sur la santé de la population, sur les déterminants de la santé, de même que sur l'ampleur du secteur de la santé au Canada et son utilisation.

Table des matières

Remerciements	vii	
Points saillants	ix	
Introduction		
Au sujet de ce rapport	1	
Pour en savoir davantage	2	
Partie A : La face changeante du système de santé au Canada		3
1. Plus ça change... ..	5	
Notre système de santé en mutation	7	
La réforme du système de santé	7	
Les répercussions de la fermeture des lits d'hôpitaux sur notre santé	8	
L'expérience de la Saskatchewan	9	
L'expérience de Winnipeg	10	
Les attentes des Canadiens	11	
La satisfaction des patients et des collectivités	11	
L'opinion publique : une comparaison internationale	12	
Le magasinage outre-frontière pour les soins de santé	13	
Les lacunes de l'information : la réforme des soins de santé	14	
2. Le coût des soins de santé	15	
Où va l'argent de la santé?	15	
Comment l'argent est-il dépensé?	16	
Qui paie?	17	
La part du secteur public	18	
Les part du secteur privé	19	
L'inégalité dans l'accès à l'assurance pour les médicaments, les soins dentaires et de la vue	19	
Les lacunes de l'information : le coût des soins de santé	22	
3. L'équipe de santé	23	
Une composition en évolution	23	
Les infirmiers et les infirmières	24	
La santé et la vie au travail du personnel infirmier	25	
Les médecins	26	
Les allers et et les retours des médecins	27	
Les administrateurs	27	
Les lacunes de l'information : l'équipe de santé	29	
Notes en fin de partie — Partie A	30	

Partie B : Le continuum des soins et des services	33
4. Promotion, prévention et soins primaires	35
Promouvoir la santé — Prévenir la maladie	35
Faire comprendre les dangers du tabagisme : le bon, la brute et le truand	36
Les soins de santé primaires	36
Hier et aujourd'hui : comment l'accès aux médecins et aux dentistes a évolué	36
La situation actuelle	37
Faire ce qui fonctionne : deux portraits	38
Le dépistage précoce : les tests de Pap et les mammographies	38
Les hospitalisations évitables	39
Les autres options : médecine complémentaire et parallèle	40
Les lacunes de l'information : promotion, prévention et soins primaires	41
5. La pierre angulaire : les hôpitaux au Canada	43
Qui utilise les hôpitaux?	43
L'égalité d'accès en vertu de l'assurance-maladie : réalité ou fiction?	44
Des mères et des enfants d'abord	44
L'évolution dans le taux de chirurgie	46
Vivre plus longtemps après une transplantation	47
Dans l'attente de soins : pendant combien de temps et à quelle fréquence?	48
L'encombrement des salles d'urgence : prévisible et évitable?	49
Les périodes d'attente en chirurgie	51
Les périodes d'attente en cardiologie	53
Des nouvelles façons de faire dans les hôpitaux	55
Des hospitalisations plus courtes	55
Des solutions de rechange aux soins hospitaliers	55
Les lacunes de l'information : les hôpitaux, y compris les salles d'urgence	57
6. Les soins après une hospitalisation	59
Un coup d'oeil dans les établissements de réadaptation au Canada	59
Lorsque l'établissement de soins de santé est votre maison	60
Les soins complexes de longue durée en Ontario	60
Le retour d'une pratique ancienne : les soins à domicile au Canada	62
Qui a recours aux soins à domicile?	62
Le rapport coût-efficacité des soins à domicile	63
L'étude des soins à domicile en Saskatchewan	63
L'étude des soins de longue durée en Colombie-Britannique	64
La famille et les amis : prendre soin des personnes âgées	64
Les soins aux mourants	65
Les lacunes de l'information : les soins après l'hôpital	66
Notes en fin de partie — Partie B	67
Partie C : Orientations	69
7. En guise de conclusion	71
Pour aller de l'avant	73
Note en fin de partie — Partie C	76
À vous la parole	
Bon de commande	
Index	

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé désire remercier les nombreuses personnes et les nombreux groupes qui ont collaboré à l'élaboration de ce rapport.

Le comité de rédaction était formé de : Steven Lewis, John Millar et Jennifer Zelmer. Les autres membres de l'équipe de projet étaient : Gary Bellamy, Janet Brown, Zeerak Chaudhary, Jeremy Chrystman, Shelley Drennan, Michèle A. Dupont, Peggy Edwards, Valérie Émond, Don Harrison, Erika Hasler, Kira Leeb, Jennifer Long, Karen McCarthy, Lise Poirier, Joan Porter, Marie Pratte, Indra Pulcins, Serge Taillon et Scott Young.

Ils ont reçu l'aide d'un groupe d'experts dont les membres leur ont donné des conseils précieux et ont revu la version provisoire du rapport. John Millar et Steven Lewis ont coprésidé le groupe formé de : Ross Baker, Morris Barer, Charlyn Black, Carmen Connolly, Victor Dirnfeld, Kimberley Elmslie, Alejandro Jadad, Jonathan Lomas, Frank Markel, Robert McMurtry, Wendy Nicklin, Denis Roy, Judith Samian, Larry Swain, Kathleen Weil et Robert Williams.

L'Institut désire également remercier la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, notamment Gary Catlin, Jason Gilmore, Michel Séguin, Larry Swain et Brenda Wannell, pour leur assistance et leur appui.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans la contribution financière de Santé Canada au Carnet de route de l'information sur la santé, ni sans l'aide et l'appui de nombreuses autres personnes et organisations — y compris plusieurs chercheurs, régions sanitaires et les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé — qui ont compilé des données, effectué des recherches présentées dans le rapport et apporté un appui financier et logistique.

Points saillants

Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel inaugure une série qui vise à présenter de l'information fiable, non des anecdotes ou des discours, sur le système de santé et son évolution. Ce rapport s'appuie sur une série d'indicateurs déterminés lors de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population qui a eu lieu en mai 1999. On a retenu ces indicateurs à des fins de comparaison et pour tenir compte de l'information la plus récente. Dans ce rapport, on trouve en outre des résultats de recherches internationales, nationales, provinciales, territoriales, régionales et locales. Les prochains rapports prolongeront cette démarche et combleront une partie des lacunes dès que de nouvelles données seront disponibles.

La section suivante présente les points saillants de chacun des chapitres ainsi que des exemples des lacunes de notre information actuelle. Les flèches en marge renvoient à la page correspondante.

La réforme du système des soins de santé

Au cours des dix dernières années, le système de santé a connu de nombreux changements. Qu'est-ce que nous savons des leurs répercussions? Qu'est-ce que nous ignorons?

Ce que nous savons

- 7 ➤ • Durant les années 1980, plusieurs commissions royales et groupes de travail ont amorcé une réforme des soins de santé dans tout le pays. Le rythme des transformations et le moment de leur mise en oeuvre varient d'une province à l'autre. La plupart d'entre elles ont connu des bouleversements importants, dont la régionalisation des services de santé et la diminution du nombre de lits d'hôpitaux, du nombre d'hospitalisations et de la durée moyenne des séjours hospitaliers.
- 6 ➤ • L'état de santé de la population, tel que mesuré par l'espérance de vie, s'est amélioré tout au long de la dernière décennie. En 1997, seul le Japon surpassait le Canada à ce chapitre. Néanmoins, on constate encore des variations importantes de l'espérance de vie au sein des collectivités et entre celles-ci.
- 11 ➤ • Certains sondages d'opinion ont indiqué que la satisfaction à l'égard du système de santé était en baisse à la suite de la mise en oeuvre des changements. Ce mécontentement n'est pas particulier au Canada. Selon une enquête internationale réalisée en 1998 dans cinq pays (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis), moins d'un répondant sur quatre disait du système de santé

qu'il fonctionnait bien. La proportion de Canadiens qui ont déclaré que le système ne requiert que des changements mineurs est passée de 56 % à 20 % en 10 ans. Ceci dit, seul le Royaume-Uni surpassait le Canada à ce titre.

11 • Ceux qui ont reçu des soins ont tendance à donner une meilleure cote. Ainsi, en Alberta, un sondage mené en 1996-1997 montre que 85 % des répondants ont évalué la qualité des soins reçus comme étant bonne ou excellente. En Ontario, en 1999, 88 % des patients ont dit la même chose.

9,10 • Des études menées dans les régions rurales de la Saskatchewan et dans la région urbaine de Winnipeg n'ont rapporté aucune détérioration de la qualité des soins, ni de la santé de la population touchée à la suite de la fermeture d'hôpitaux et de la réduction dans les services. Les taux de mortalité, de réadmission, de visite subséquente aux salles d'urgence, ainsi que l'état de santé tel que perçu par les répondants servaient de mesure de résultats. Toutefois, les gens dans les collectivités touchées avaient tendance à se dire mécontents des compressions. Ni la qualité de la vie, après une hospitalisation, ni la durée de l'attente pour une hospitalisation n'ont été évaluées.

13 • Une enquête menée en 1998-1999 révèle que moins de 0,1 % des Canadiens disent avoir été soignés aux États-Unis. Il s'agirait pour la majorité d'entre eux de voyageurs installés là-bas pour un certain temps, tel les « snowbirds », ces retraités qui émigrent durant l'hiver.

Ce que nous ignorons

- Les effets de la réforme sur la qualité de la vie des patients après une hospitalisation, sur celle de leurs proches parents et amis qui en ont pris soin à leur retour à la maison.

- L'impact de la réforme sur la santé des Canadiens.
- Les effets à long terme de plusieurs traitements.

Le coût des soins de santé

En 1999, les dépenses totales de santé des secteurs public et privé devraient atteindre 86 milliards de dollars, une augmentation de 5 % ou d'environ 100 \$ par habitant par rapport à l'année précédente. Le ratio des dépenses totales de santé du Canada, par rapport au produit intérieur brut devrait s'élever à 9,2 % en 1999 — le Canada était au quatrième rang parmi les pays du G-7 en 1997. Les données sur les dépenses de santé montrent des changements majeurs depuis les 20 dernières années.

Ce que nous savons

- Après avoir tenu compte des effets de l'inflation et de la croissance démographique, on constate que les dépenses totales de santé ont augmenté régulièrement de 1975 jusqu'au début des années 1990. Au milieu de la décennie, les dépenses par habitant ont connu des légères diminutions annuelles. La tendance s'est renversée en 1997 et 1998, les dernières années pour lesquelles les chiffres rajustés en fonction de l'inflation sont disponibles. Sans tenir compte de l'inflation, la croissance des dépenses par habitant devrait être de l'ordre de 4 % en 1999.

- Depuis le milieu des années 1970, la part des dollars de la santé consacrés aux hôpitaux (la plus grosse des catégories des dépenses de santé) a diminué chaque année. Après avoir connu une croissance relativement rapide au milieu des années 1980, les dépenses liées aux services médicaux ont diminué dans les années

1990. En 1997, les dépenses en médicaments ont surpassé celles associées aux services médicaux et sont devenues la deuxième catégorie en importance des dépenses de santé.

- 17 ➤ • À l'heure actuelle, presque 70 % des services de santé sont subventionnés par l'État. La croissance des dépenses privées en soins de santé par le biais de l'assurance complémentaire et des débours divers a supplanté la croissance des dépenses du secteur public du début jusqu'au milieu des années 1990. En 1997, sauf aux États-Unis, la proportion du financement public était plus élevée dans les autres pays du G-7 qu'au Canada. Cependant, au chapitre des dépenses publiques par personne, le Canada se situe au 4^e rang.
- 20 ➤ • En 1998-1999, 74 % des Canadiens ont déclaré bénéficier d'une assurance publique, privée ou les deux pour les médicaments de prescription. Seulement 51 % des Canadiens ont déclaré avoir une assurance pour les lunettes et les lentilles cornéennes et un peu plus, pour les soins dentaires. Les personnes âgées et les jeunes adultes étaient les moins susceptibles d'avoir une assurance pour ces services, ce qui démontre l'importance de l'assurance associée à l'emploi.

Ce que nous ignorons

- La façon dont les changements dans les dépenses de santé influencent la santé des Canadiens.
- Les coûts associés au traitement de certaines maladies et affections, et les tendances des dépenses.
- La valeur de la contribution du gouvernement fédéral aux soins de santé depuis l'introduction du Transfert fédéral en matière de santé et de programmes sociaux.
- Comment les dépenses de santé varient d'une collectivité à l'autre.
- La somme d'argent que les particuliers dépensent pour la médecine

complémentaire et parallèle (par exemple, la massothérapie, l'homéopathie, les médicaments à base de plantes et les autres médicaments semblables).

L'équipe de santé

L'équipe du personnel de santé au Canada est formé d'un mélange complexe et changeant d'intervenants. Bien que nous disposions de beaucoup de renseignements au sujet du nombre d'infirmiers(ères) autorisés et de médecins, nous ne pouvons en dire autant des autres travailleurs de la santé et des répercussions que les récents changements ont eu sur la vie au travail de tous les gens qui font fonctionner le système.

Ce que nous savons

- En 1998, plus de 227 000 infirmiers(ères) autorisés travaillaient en soins infirmiers au pays. Ils sont de plus en plus nombreux à travailler à temps partiel ou à l'extérieur des hôpitaux. Le corps professionnel vieillit; de moins en moins de jeunes choisissent cette profession. 24
- Les infirmiers(ères) autorisés et les aide-infirmiers(ères) s'absentent du travail pour cause de maladie ou d'incapacité plus souvent que les autres travailleurs de la santé. Des études sur le stress au travail et d'autres aspects de la vie professionnelle des infirmiers(ères) nous en apprendrons davantage à ce sujet dans un avenir rapproché. 25
- En 1998, on comptait 56 000 médecins civils en pratique clinique et non clinique au Canada. Au cours des six dernières années, on a assisté à une augmentation du nombre des spécialistes et à une diminution du nombre des médecins de famille. Tout comme pour le personnel infirmier, l'âge moyen des médecins est de plus en plus élevé. La proportion de femmes médecins continuent de croître. 26
- En 1998, on estime que 569 médecins ont quitté le Canada (90 de moins qu'en 1997) 27

et que 321 médecins sont revenus au pays. Selon *Citoyenneté et Immigration Canada*, 125 immigrants sont entrés au pays avec un emploi réservé et un certain nombre de médecins étrangers possédaient un visa de travail temporaire.

- 23
- Des milliers d'autres professionnels dispensent des soins au pays, dont les infirmiers(ères) auxiliaires, les pharmaciens, les dentistes, les physiothérapeutes, les psychologues et les optométristes. Entre 1989 et 1997, le nombre de professionnels par habitant s'est accru de 20 % ou plus dans certains corps professionnels, notamment ceux des hygiénistes dentaires, physiothérapeutes et chiropraticiens. Par contre, le nombre d'infirmiers(ères) auxiliaires a chuté de 15 %.

Ce que nous ignorons

- L'âge, le sexe et les habitudes de travail des professionnels de la santé autres que les médecins et les infirmiers(ères) autorisés (par exemple, les ergothérapeutes, les techniciens de laboratoire et les administrateurs).
- La solution optimale en termes de nombre et de composition de professionnels pour une région donnée, et quels mécanismes pourraient être mis en place pour répondre adéquatement aux besoins de la population.
- Le nombre d'infirmiers(ères) qui quittent le Canada chaque année et le nombre de ceux qui y reviennent.
- La façon dont les changements qui se sont produits dans le système de santé ont affecté le rendement des professionnels de la santé et la qualité de leur vie au travail.

Promotion, prévention et soins primaires

La raison d'être de notre système de santé est de promouvoir et de protéger la santé, de prévenir la maladie et d'offrir des soins de

qualité. Ces objectifs prennent forme dans les collectivités où nous vivons, grâce aux programmes de santé publique, aux projets communautaires et aux soins primaires.

Ce que nous savons

- Les programmes de santé publique ont permis de remporter de nombreuses victoires au cours du siècle dernier. Par exemple, la vaccination a éliminé la variole. L'éradication de la polio dans le monde et de la rougeole au Canada sera bientôt réalité. Pourtant, de nombreuses luttes restent à gagner : celles contre le VIH et le SIDA, le tabagisme chez les adolescents, la prévention des blessures et les menaces à l'environnement physique.
- Les médecins de famille jouent un rôle central dans notre système, en orientant les patients vers d'autres professionnels de la santé. Il y a 50 ans, avant l'introduction de l'assurance-maladie universelle, les Canadiens les plus riches étaient plus à même de payer et de recevoir des services médicaux et des soins dentaires que les plus pauvres. Aujourd'hui, tous les Canadiens ont un accès égal aux services médicaux. Peu importe leur revenu, ils ont consulté également un médecin de famille au cours de l'année précédente. On ne peut en dire autant des visites chez le dentiste. En 1998-1999, environ 40 % des Canadiens à faible revenu ont déclaré avoir reçu des soins dentaires, comparativement à un peu moins de 80 % des mieux nantis.
- L'utilisation des programmes de dépistage (détection précoce de certaines maladies) varie d'un endroit à l'autre du pays. En 1998-1999, 77 % des femmes âgées entre 18 et 69 ont déclaré avoir passé un test de Pap au cours des trois années précédentes. Soixante-six pour cent des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré qu'elles avaient subi une mammographie au cours de la période suggérée (les deux années précédentes).

40

- Les femmes à faible revenu et peu instruites, comme celles n'ayant pas de médecin régulier, avaient moins de chances d'avoir subi ces tests.
- En 1998-1999, environ 2,5 millions de Canadiens ont consulté un chiropraticien et presque deux millions ont eu recours à d'autres services complémentaires et parallèles (comme la massothérapie et l'homéopathie). Ces services étaient plus populaires dans l'Ouest que partout ailleurs au Canada.

Ce que nous ignorons

- Le nombre d'enfants canadiens qui reçoivent les vaccins recommandés selon le calendrier établi.
- Les services dispensés par les médecins et les autres professionnels de la santé, qui ne sont pas rémunérés à l'acte. Comment les modèles de soins ou les résultats diffèrent selon le dispensateur de services.
- La contribution des organismes bénévoles, communautaires et confessionnels, ainsi que des groupes d'entraide, aux activités de promotion de la santé, de prévention des maladies et de protection de la santé.
- La fréquence d'utilisation, la sécurité et l'efficacité de plusieurs herbes et de remèdes non réglementés.

Les hôpitaux

Le secteur hospitalier au Canada est en pleine mutation. Le nombre de lits et d'hospitalisations est en baisse depuis plus d'une décennie, les durées prévues des séjours à l'hôpital ont été réduites et de plus en plus de patients sont soignés par l'entremise de programmes de chirurgie d'un jour. Pourtant, on constate encore des variations importantes dans la durée des séjours, les taux de chirurgie, les hospitalisations évitables et bien d'autres éléments.

Ce que nous savons

- En 1997, le Canada comptait plus de 800 hôpitaux généraux et spécialisés avec plus de 132 000 lits approuvés. Les soins aux personnes âgées (65 ans et plus), et ceux aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, représentent la part du lion des admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée. 43
- Des recherches effectuées récemment au Manitoba ont indiqué que les habitants des quartiers pauvres de Winnipeg étaient plus susceptibles d'être hospitalisés que les citoyens des quartiers mieux nantis. Toutefois, cette étude et d'autres réalisées en Ontario ont révélé que les habitants des régions à faible revenu avaient moins de chances de subir certaines interventions chirurgicales, comme les pontages aortocoronariens. 44
- Les taux de chirurgie varient considérablement selon le temps et les régions du pays. Par exemple, en dépit des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé à l'effet qu'une césarienne puisse être souhaitable pour au plus 10 % à 15 % des mères et bébés, au Canada, les taux de césarienne dépassent 15 % depuis 1979. En 1997-1998, 18,7 % des accouchements pratiqués dans les hôpitaux étaient des césariennes; ce taux se chiffrait à 17,7 % cinq ans auparavant. Les variations du taux de césarienne sont notables : six des plus grandes régions (population de 100 000 habitants ou plus) avaient des taux inférieurs à 15 % en 1997-1998, tandis que dans quatre autres, ces taux dépassaient 25 %. 45
- On observe également des variations importantes pour d'autres types de chirurgies. Des études ont aussi démontré que les résultats pour certaines conditions — comme les décès à la suite d'une crise cardiaque — varient grandement d'une collectivité à l'autre, même en rajustant les taux en fonction des variations dans les facteurs de risque. 46

47 ▶ • Le nombre de transplantations d'organes pratiquées chaque année continue d'augmenter et les taux de survie des receveurs de greffes s'améliorent. En 1997, plus de 12 000 Canadiens vivaient avec des greffons fonctionnels (62 % des organes transplantés étaient des reins; venaient ensuite le foie, le coeur et les poumons). Les taux de don d'organes au Canada (14,4 par un million d'habitants en 1997) ne suffisent pas à la demande. Par conséquent, les périodes d'attente sont de plus en plus longues.

49 ▶ • Des millions de Canadiens se rendent dans les salles d'urgence chaque année. Dans bien des endroits, ces visites atteignent un sommet à l'hiver, saison des gripes, et le débordement qui en résulte fait les manchettes. Dans une étude portant sur 14 hôpitaux dispersés un peu partout au pays, plus de la moitié des patients hospitalisés après s'être rendus à l'urgence ont attendu moins de deux heures pour un lit après qu'un professionnel de la santé ait recommandé l'admission. Toutefois, les périodes d'attente étaient plus longues d'une heure aux mois de janvier et février que pendant les mois d'été. Dans certaines collectivités, les autorités sanitaires ont commencé à utiliser cette information pour créer des programmes de prévention et gérer ces périodes de pointe. Ces nouvelles mesures semblent porter fruit.

51 ▶ • On ne dispose pas de données complètes sur les temps d'attente pour des interventions chirurgicales et d'autres soins. Des études rendent compte des efforts que certaines provinces ont faits pour recueillir et présenter l'information sur les temps d'attente relatifs à diverses conditions médicales.

Ce que nous ignorons

- Les types de services qui sont dispensés dans les services d'urgence et les cliniques

ambulatoires; qui a recours à ces services; quelles sont les périodes d'attente et si ces dernières se situent dans les limites recommandées.

- Les variations régionales des périodes d'attente et leur impact sur les patients et leurs familles.
- Comment les choses se passent pour les patients après leur départ de l'hôpital.
- Dans quelle mesure les services hospitaliers respectent les directives cliniques généralement reconnues et la manière dont cela varie en fonction du type de soins, des groupes de patients et de la collectivité.
- Le degré de satisfaction des patients et de leur famille relativement aux soins reçus dans les hôpitaux.

Les soins après l'hôpital

Plusieurs Canadiens ont besoin d'un suivi post-hospitalier et de services offerts par des établissements de réadaptation et de soins des malades chroniques, des organismes de soins à domicile et d'autres programmes. Comparativement aux hôpitaux, nous disposons de peu d'information sur ce type de soins, bien que l'on commence à faire le suivi du type de patients qui ont été soignés et des résultats obtenus.

Ce que nous savons

- En 1996-1997, 185 000 aînés vivaient dans un établissement de soins prolongés. Plus de la moitié de ceux qui avaient emménagé dans un établissement entre 1994-1995 et 1996-1997 avaient plus de 80 ans. La plupart d'entre eux souffraient d'affections chroniques qui exigent souvent un niveau de soins plus élevé que les soins réguliers, telles : l'incontinence, un accident cérébrovasculaire, la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences.

60

- 62 ➤ • Environ 12 % des aînés ont déclaré avoir reçu des services des programmes provinciaux de soins à domicile en 1998-1999. L'aide aux travaux domestiques, les soins infirmiers et les soins personnels sont, dans l'ordre, les services les plus fréquemment donnés.
- 63 ➤ • Des études indiquent que les soins à domicile peuvent représenter une solution de rechange rentable à la convalescence dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins prolongés pour bénéficiaires internes. Il ressort d'une étude menée en Saskatchewan que les patients qui ont ainsi bénéficié des soins à domicile avaient d'aussi bons résultats de santé que les autres et étaient tout aussi satisfaits. On estime que leur convalescence a permis une économie moyenne de 830 \$ par cas. Une étude réalisée en Colombie-Britannique en est arrivée aux mêmes résultats pour la plupart des patients en soins de longue durée qui recevaient de l'aide à la maison.
- 64 ➤ • Les membres de la famille et les amis soignent souvent les Canadiens plus âgés atteints de problèmes de santé à long terme ou d'incapacité. En 1996, quelque 2,1 millions d'adultes au Canada, la plupart des membres de la famille, fournissaient des soins à une ou plusieurs personnes âgées. Ils ont déclaré qu'une telle situation avait ses pour et ses contre.

Ce que nous ignorons

- L'efficacité de la coordination des services hospitaliers et communautaires pour les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques.
- Les résultats des services de réadaptation, de soins à domicile, de soins de longue durée et d'autres types de services et la manière dont ils se comparent au pays.
- Les clients ayant recours aux services publics et privés de soins à domicile et les types d'affections qu'ils présentent, qui fournit ces services, leur efficacité et la satisfaction des utilisateurs.
- Le nombre, le type et la qualité des services de soins palliatifs données aux personnes gravement malades ou mourantes.

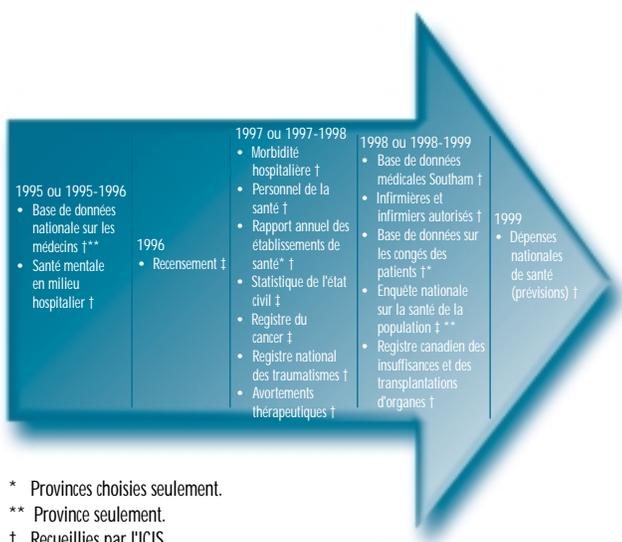
Introduction

La santé étant une préoccupation universelle, bénéficier d'un système de santé efficace apparaît comme une priorité aux yeux des Canadiens. Si nous nous comparons à d'autres pays, nous pouvons être fiers de ce que nous avons accompli. Pourtant, dans le domaine de la santé, nous sommes loin d'avoir réalisé notre plein potentiel.

Il est difficile d'améliorer ce que nous ne mesurons pas. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada commencent à relever le défi en faisant rapport conjointement sur la santé de la population et sur le rendement du système de santé. Ce rapport, *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, met l'accent sur le système de santé. Un rapport complémentaire, *La santé de la population canadienne*, porte sur l'état de santé de la population et sur les facteurs qui l'influencent. Cette édition spéciale des *Rapports sur la santé* a été publiée par Statistique Canada au printemps 2000.

D'où viennent les données

Année de données la plus récente pour les banques de données nationales de l'ICIS et de Statistique Canada (en date d'avril 2000).



* Provinces choisies seulement.

** Province seulement.

† Recueillies par l'ICIS.

‡ Recueillies par Statistique Canada.

Au sujet de ce rapport

Le présent rapport et le rapport complémentaire publié par Statistique Canada sont les premiers d'une série qui présenteront des données à jour sur l'état de santé des Canadiens, la façon dont les déterminants occasionnent des différences dans l'état de santé et l'impact du système de santé. Les données sur lesquelles s'appuient ces rapports proviennent de différentes sources : **Statistique Canada** produit la majeure partie de l'information sur l'état de santé et les déterminants non médicaux de la santé. Pour sa part, **l'Institut canadien d'information sur la santé** recueille la majeure partie de l'information sur les ressources et le rendement du système de santé.

Ce rapport est divisé en trois parties.

La Partie A, **La face changeante du système de santé au Canada**, présente brièvement ce que nous savons et ce que nous ignorons de l'évolution du système de santé, la façon dont le public le perçoit, les coûts des soins de santé et la composition changeante des professionnels.

La Partie B, **Le continuum des soins et des services**, présente ce que nous savons et ce que nous ignorons de la complexité des services de santé au Canada. Cette section s'appuie sur des données recueillies pour élaborer des indicateurs du système de santé tels que définis en mai 1999 à la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population. Cette section s'inspire aussi des résultats de recherches effectuées à l'échelle provinciale, régionale ou locale.

La Partie C, **Orientations**, propose ce qu'il faudrait faire pour dresser un tableau complet du rendement général du système de santé dans les rapports à venir.

Un encart intitulé *Indicateurs de la santé 2000* accompagne ce rapport. On y trouve les toutes premières données permettant de comparer une gamme d'indicateurs de la santé et du système de santé pour les provinces et les territoires, ainsi que pour 63 régions sanitaires au pays (qui représentent 90 % de la population). Le symbole dans la marge indique les parties pour lesquelles des données provinciales, territoriales et régionales sont disponibles et présentées dans l'encart.

i

Pour en savoir davantage

Les points saillants et le texte intégral du présent rapport sont affichés sur le site Web de l'ICIS : <http://www.cihi.ca>. Pour obtenir des exemplaires, version papier (moyennant des frais minimales, pour couvrir les coûts d'impression, d'expédition et de manutention), veuillez communiquer avec :

Institut canadien d'information
sur la santé
Bureau des commandes
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860
Télééc. : (613) 241-8120

Pour faciliter la lecture du rapport, on se limite à donner les références entre parenthèses; pour en connaître la référence complète, reportez-vous aux bibliographies des parties A, B et C. Pour plus de détails sur les sources des données et les méthodes de recherche utilisées pour ce rapport, consultez le site Web de l'ICIS.

Nous serons heureux de connaître vos commentaires et vos suggestions sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. À cette fin, vous trouverez à la fin du rapport une feuille de rétroaction, *À vous la parole*. Vous pouvez aussi communiquer avec nous par courriel à rappportsante@cihi.ca.

Pour recevoir les mises à jour de ce rapport, consultez le site Web de l'ICIS où vous trouverez la façon de procéder. Nous vous invitons à inscrire votre nom sur une liste d'envoi par courriel.

Le document complémentaire, *La santé de la population canadienne*, est accessible sur le site Web de Statistique Canada : <http://www.statcan.ca>.

Partie A : La face changeante du système de santé au Canada

Le 4 octobre 1998, le Bow Valley Health Centre de Calgary, un hôpital situé au centre-ville, a explosé. Ce n'était pas l'oeuvre de terroristes. Ni un accident. C'était là un élément de la stratégie de l'autorité sanitaire régionale en vue de restructurer le système de santé de la ville pour répondre aux besoins à venir.

Les effets de la réforme des soins de santé n'ont peut-être pas été aussi spectaculaires ailleurs. Mais les années 1990 ont vu de profonds bouleversements dans l'organisation et la prestation des services de santé au pays. Cette section présente un aperçu des récents changements qui se sont produits dans le système de santé.

1. Plus ça change ...

Plusieurs changements sont survenus dans la prestation des soins de santé au Canada au XX^e siècle. Toutefois, certaines choses sont restées telles quelles et ne changeront vraisemblablement pas dans un avenir prévisible.

La première constante est que la santé des personnes comme celles des populations ne dépend pas uniquement des soins de santé. Qu'est-ce qui fait qu'une personne ou une collectivité est en santé? Plusieurs facteurs y contribuent : le revenu, le niveau d'instruction, la sécurité et la capacité de valorisation de l'environnement, le travail et les gènes transmis par les parents. Les habitudes de vie, telles le tabagisme, le port de la ceinture de sécurité et un régime alimentaire sain, font aussi une différence. Les environnements physique et social dans lesquels nous vivons influent également sur notre santé, tout comme les diverses activités des gouvernements, de l'enlèvement des ordures ménagères en passant par les programmes de bien-être.¹

Le système de santé influence, lui aussi, notre santé. Des services tels que la vaccination des enfants, les médicaments pour réduire l'hypertension artérielle et la chirurgie cardiaque contribuent grandement au bien-être de la population. En dépit de l'accès universel aux soins de santé, des différences majeures persistent entre les groupes.²

La géographie et la démographie sont d'autres constantes. Le Canada est un pays dont la population diversifiée et vieillissante est dispersée sur un vaste territoire qui s'étale de Corner Brook à Coquitlam. Ces facteurs importants contribuent à façonner notre système de santé et continueront de le faire.

Comment se portent les Canadiens?

L'espérance de vie au Canada a augmenté de façon constante au cours du XX^e siècle. Elle atteignait 59 ans au début des années 1920 et à 69 ans dans les années 1950. En 1997, l'espérance de vie à la naissance était de 79 ans au Canada, la même qu'en Islande. Seul le Japon (80 ans) surpassait le Canada.*

Mais les Canadiens ne jouissent pas tous de la même chance de vivre longtemps. Statistique Canada a récemment calculé l'espérance de vie pour 136 régions sanitaires au pays qui représentent plus de 99 % de la population.³ Les résultats varient considérablement. Ainsi, l'espérance de vie dans certaines régions rurales et nordiques est de moins de 75 ans, alors qu'elle est de plus de 81 ans dans la région de Richmond en Colombie-Britannique (la région où l'espérance de vie est la plus élevée). L'Ontario et la Colombie-Britannique comptent plusieurs régions où l'espérance de vie est de plus de 80 ans.

Au sein même des villes, on trouve des disparités semblables. Par exemple, une étude réalisée en 1995 à Vancouver a révélé des écarts importants du taux de mortalité entre différentes parties de la ville, comme Downtown Eastside et Point Grey.⁴ On a aussi constaté des écarts de plus de 10 ans (de 70,7 à 81,4) entre l'espérance de vie la plus courte et la plus longue de certaines municipalités de l'île de Montréal (de 1995 à 1997).⁵

Des études ont également démontré que l'espérance de vie des autochtones au Canada est plus courte de 5 ans, et même plus, que celle de l'ensemble de la population canadienne.⁶ Comparativement aux autres Canadiens, un grand nombre d'autochtones ont plus de probabilités d'être sans emploi, d'être moins instruits, mal logés et de vivre dans la pauvreté, ce qui n'est sûrement pas étranger au fait qu'ils aient une espérance de vie moins bonne.⁷

Un écart de cinq à six ans dans l'espérance de vie est une différence importante. Pour augmenter l'espérance de vie de cinq ans, on estime qu'il faudrait éliminer tous les décès causés par les maladies cardiovasculaires, la principale cause de décès, et presque tous les décès causés par le cancer, la deuxième cause⁸

Pourquoi certaines régions font-elles mieux que d'autres?

Bien que la réponse à cette question ne soit pas claire, nous savons toutefois, que les différences régionales dans l'espérance de vie résultent de l'interaction complexe de plusieurs facteurs. Dans les régions où l'espérance de vie est élevée, on retrouve généralement un revenu moyen élevé, des niveaux d'instruction et des taux d'emploi élevés. Les autres facteurs associés à une bonne santé sont : une répartition équitable des revenus, des logements adéquats, un environnement social adéquat et propice au développement précoce de l'enfant. Il importe que les services de santé soient disponibles pour que les gens recouvrent la santé et pour les fins de la prévention, de la promotion et de la protection de la santé. Toutefois, cette disponibilité est d'importance secondaire quand vient le temps d'expliquer les écarts notés dans l'espérance de vie.⁹

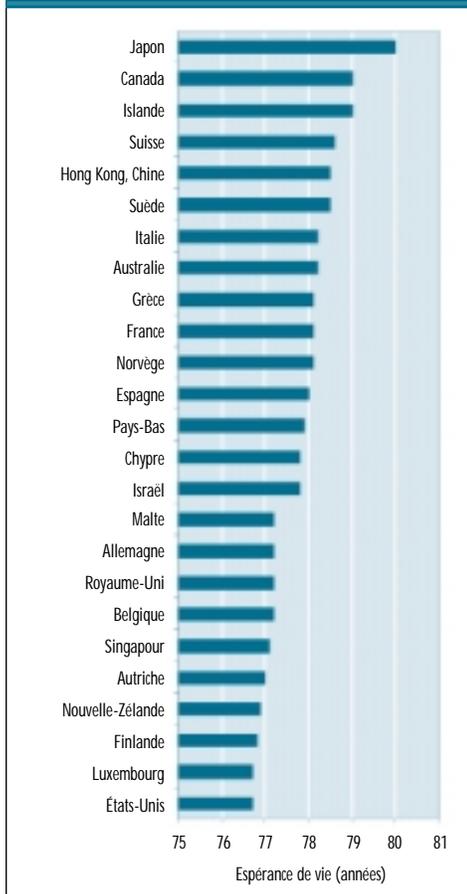
Il n'est pas clair pourquoi les personnes à faible revenu, avec des niveaux de scolarité peu élevés, sans emploi et sans appui social, sont plus à risque d'être malades. Les différences ne sont expliquées qu'en partie par des taux élevés de tabagisme et d'autres modes de vie nocifs chez les personnes socio-économiquement défavorisées. Une vulnérabilité accrue au stress, liée à des circonstances de vie difficiles à maîtriser, des difficultés d'adaptation et de manque de soutien social peuvent aussi expliquer la situation.¹⁰

* Les chiffres annuels sur l'espérance de vie sont calculés en fonction des taux de mortalité spécifiques à l'âge pour la population au cours de l'année à l'étude.



Les 25 meilleurs au monde

Espérance de vie à la naissance dans les 25 pays où elle est la plus longue (données de 1997).



Source : Rapport mondial sur le développement humain
Programme des Nations unies pour le développement

Notre système de santé en mutation

Au Canada, le système de santé au Canada permet à tous les citoyens, peu importe leur revenu, de recevoir des services médicaux et hospitaliers jugés nécessaires d'un point de vue médical. Au fil du temps, le système s'est composé d'une série de régimes d'assurance-maladie administrés par les provinces et les territoires conformément à des principes nationaux communs. Le gouvernement fédéral est directement responsable de certains services de santé pour des groupes particuliers dont la Gendarmerie royale du Canada, les forces armées, les anciens combattants, les Indiens et les Inuits de plein droit et les prisonniers des pénitenciers fédéraux.

Les Canadiens ont aussi recours à d'autres services de santé, par exemple les soins dentaires, la physiothérapie et les traitements complémentaires et parallèles, ainsi qu'aux médicaments. Ces services sont financés au moyen d'un mélange complexe d'assurance publique et privée et de débours divers.

La réforme du système de santé

Dans les années 1980, on a passé en revue le système de santé en raison des pressions financières et d'un intérêt grandissant pour la promotion de la santé. Un par un, les commissions royales et les groupes de travail ont introduit une réforme du système de santé au pays.

Une telle réforme n'est pas réservée au Canada et ne se limite pas à la dernière décennie. Les gouvernements et les citoyens du monde entier sont confrontés à des enjeux semblables. La plupart des pays discutent de : qui doit payer pour quoi, la meilleure façon d'organiser et de dispenser les soins de santé, d'utiliser l'argent et ce, en tenant compte des pressions pour réduire la

Dates importantes dans l'établissement du système de santé au Canada

- 1867 : l'*Acte de l'Amérique du nord britannique* établit les bases de la responsabilité provinciale à l'égard des hôpitaux.
- 1947 : la Saskatchewan lance le premier programme d'assurance-hospitalisation universelle subventionné par l'État.
- 1957 : la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* est adoptée. Dès 1961, toutes les provinces et les territoires sont couverts en vertu du programme à frais partagés pour l'assurance-hospitalisation.
- 1966 : la *Loi sur les soins médicaux* introduit le partage des coûts entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les services médicaux à l'extérieur des hôpitaux. Dès 1971, toutes les provinces participaient au programme.
- 1974 : le ministre fédéral de la Santé publie *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Le rapport réitère l'importance des déterminants généraux de la santé et réclame une réorientation des services de santé vers la promotion de la santé.
- 1977 : les Accords sur le Financement des programmes établis introduisent un programme de transferts fédéraux qui ne sont pas directement liés aux coûts des programmes provinciaux et territoriaux.
- 1984 : la *Loi canadienne sur la santé* renforce les principes fondamentaux que les provinces et les territoires doivent respecter pour être admissibles au financement fédéral : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Elle interdit l'imposition de frais modérateurs pour les services assurés en vertu de la loi.
- 1996-1997 : la contribution fédérale aux services de santé et sociaux est consolidée sous le *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*, un changement majeur dans les ententes de partage des coûts pour les services de santé.

dette et les dépenses des gouvernements tout en améliorant la santé de la population.

Le rythme des changements diffère d'une région à l'autre du pays, mais l'orientation est la même. En général, le point de mire de la réforme était la santé de la population et la gamme de facteurs qui influent sur la santé. Cela comprend la nécessité de maintenir et d'améliorer la santé au moyen d'un système de santé intégré et responsable, c'est à dire, un système qui fournit les bons services aux bonnes personnes, au bon moment, et de la façon la plus rentable et la plus efficace qui soit. Certains plans mettent l'accent sur des solutions de rechange aux soins offerts en établissement. Par exemple,

en se servant des économies réalisées par la fermeture des lits d'hôpitaux pour offrir plus de services communautaires tels que les soins à domicile.¹¹

La régionalisation des services de santé est l'autre changement important. Les provinces et les territoires ont été découpés en petites régions géographiques pour essayer de rapprocher les services de santé et la population. La taille des régions varie considérablement. Par exemple, la **région sanitaire de Montréal-Centre** compte 1,8 million d'habitants et fournit des services spécialisés à de nombreux habitants des régions avoisinantes. Par opposition, la région de Churchill au nord du Manitoba dessert environ mille habitants.

Chaque région sanitaire compte un organisme (souvent appelée « autorité sanitaire régionale ») responsable de certains services de santé dispensés dans la région. Sauf en Ontario, les autorités régionales administrent les soins hospitaliers, les soins de longue durée, les services de santé communautaires et les programmes de santé publique. Dans la plupart des cas, le financement des services médicaux, oncologiques, pharmaceutiques et certains services spécialisés, demeure la responsabilité des provinces et des territoires.¹²



Garder un œil sur la réforme de la santé à Montréal
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a lancé son plan de réorganisation des services de santé en 1995, en mettant l'accent surtout sur les services communautaires et les soins de longue durée. La Régie a mis en place une série d'indicateurs pour suivre la progression des événements. Elle utilise encore aujourd'hui l'information à des fins de planification et de surveillance dans quatre domaines clés — l'accessibilité des soins, l'utilisation des services dans la collectivité, les effets de la réforme sur santé et la stabilité financière.

Le personnel de la région et la Régie continuent à surveiller ces indicateurs et à les utiliser pour évaluer les réussites et planifier pour l'avenir. La population y a également accès. Vous voulez savoir quel est le nombre de patients qui, plus tôt ce mois-ci, attendaient sur des civières dans les urgences de Montréal ou le nombre de personnes, en attente d'une chirurgie cardiaque? Visitez le site Web www.rrss06.gouv.qc.ca.

En raison du rôle de plus en plus important des régions dans le système de santé actuel, ce rapport et l'encart Indicateurs de la santé 2000 présentent des comparaisons régionales, lorsque cela est possible.

Les répercussions de la fermeture des lits d'hôpitaux sur notre santé

Un des plus grand changements que le système de santé ait connu au cours des années 1990 au Canada est la réduction du nombre d'hôpitaux de soins de courte durée. Habituellement, les lits de courte durée sont occupés par des personnes hospitalisées pour un accouchement, une chirurgie ou des traitements pour une maladie grave.

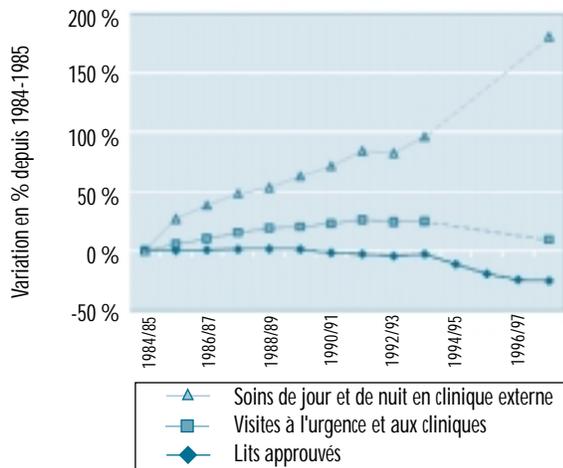
Au cours de la dernière décennie, le nombre de lits d'hôpitaux et d'admissions ainsi que la durée des séjours dans les hôpitaux ont diminué d'année en année. Par rapport à 1984-1985, les hôpitaux comptaient à peu près 25 % de lits de moins en 1997-1998, tandis que les visites aux salles d'urgence et aux cliniques avaient augmenté de 9 %. Les services externes aux patients étaient trois fois plus nombreux en 1997-1998 qu'en 1984-1985 (figure 3).

Pourquoi cela? Au-delà de la nécessité de réduire les coûts et l'utilisation inappropriée des lits de courte durée pour les patients hospitalisés à long terme, plusieurs études ont révélé que de nombreux patients peuvent être traités avec succès à l'extérieur des hôpitaux.^{13, 17} De plus, les congés peu de temps après les accouchements sont maintenant la norme. L'augmentation continue des chirurgies d'un jour peut être un autre élément de cette explication.

Plusieurs types d'opérations comme les transplantations et les arthroplasties de la hanche, exigent encore un séjour de plusieurs jours à l'hôpital. Mais des

L'évolution des hôpitaux

Variation en pourcentage dans le volume de lits approuvés et de services choisis dans les hôpitaux généraux depuis 1984-1985; 1984-1985 à 1997-1998.



Source : Rapport annuel des établissements de santé, Statistique Canada (jusqu'en 1994-1995) et ICIS (1997-1998) * Estimations provisoires en fonction des hôpitaux déclarants.

nouvelles méthodes permettent de pratiquer plusieurs types d'interventions (comme les chirurgies de la cataracte) en clinique externe, et ce, en toute sécurité et à meilleur marché, à condition que la préparation soit faite à l'avance.

Quelles sont les conséquences de ces changements sur la santé des Canadiens? Il est encore trop tôt pour répondre à cette question de façon concluante, mais les premiers résultats d'études provinciales et locales sont plus positifs que prévu. C'est ce que démontre la recherche dont il est question ci-dessous, qui a été réalisée dans les régions rurales de la Saskatchewan et au Manitoba (région urbaine).

L'expérience de la Saskatchewan

En 1993, 52 petits hôpitaux qui comptaient en moyenne moins de dix patients, situés dans les régions rurales de la Saskatchewan, ont été fermés ou convertis en centres de santé. Une étude récente de la [Health Services Utilization and Research Commission \(HSRUC\)](#) de la Saskatchewan

a évalué les conséquences des compressions.¹⁸ L'étude portait sur la satisfaction du public à l'égard des changements, de l'accessibilité des services et de l'état de santé. À cette fin, les chercheurs ont identifié trois groupes de communautés rurales — celles où on avait fermé un hôpital, celles qui n'en avaient jamais eu et celles qui ont conservé le leur. Ces collectivités ont fait l'objet de comparaisons avant et après les compressions.

Les taux d'hospitalisation d'une nuit ont chuté entre 1990 et 1996 dans toutes les collectivités, ce qui était conforme aux tendances nationales. Comme on pouvait s'y attendre, les collectivités touchées par les réductions ont eu les baisses les plus marquées.

Plus de la moitié (54 %) des habitants se disaient insatisfaits des services de santé actuels, et la plupart d'entre eux (82 %) se souvenaient qu'ils étaient satisfaits des services avant les compressions de 1993. Ils étaient particulièrement préoccupés de la disponibilité des services d'urgence et des médecins.

En même temps que ces préoccupations bien justifiées étaient exprimées, d'autres résultats de la HSURC apportaient un autre éclairage sur la question (figure 4). Dans l'ensemble de la province, on a observé une baisse des taux de mortalité; mais c'est dans les collectivités où, en 1993, on avait fermé l'hôpital, qu'on a trouvé l'amélioration la plus prononcée de l'état de santé de la population. Les collectivités qui avaient conservé leur hôpital avaient réalisé le moins de progrès. Les collectivités les mieux en point étaient celles qui n'avaient jamais eu d'hôpital. Les taux de décès causés par des crises cardiaques et des accidents impliquant des véhicules à moteur — des événements extrêmement graves reconnus comme étant des tests de la capacité et des temps de réponse des services d'urgence — ont chuté dans une plus grande mesure

Taux de mortalité avant et après les compressions de 1993

Variation en pourcentage dans les taux de mortalité rajustés selon l'âge et le sexe par 100 000 habitants pour trois collectivités et le reste de la province avant et après les compressions dans le financement des hôpitaux en Saskatchewan.

Collectivité	Variation en %
Hôpital fermé	-6 %
Hôpital maintenu	-2 %
N'a jamais eu d'hôpital	-5 %
Reste de la province	-3 %

Source : Health Services Utilization and Research Commission, Saskatchewan

après les compressions de 1993 dans les collectivités touchées que dans celles qui avaient conservé leur petit hôpital. Néanmoins, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation de ces résultats en raison du nombre peu élevé de décès.

Ces résultats concordaient avec ce que les habitants ont dit aux chercheurs lors d'un sondage téléphonique. Malgré la peur de voir les réductions nuire à leur santé, une écrasante majorité des habitants (89 %) ont déclaré que leurs craintes ne s'étaient pas concrétisées. De même, plus de la moitié des répondants avaient prévu que les compressions limiteraient l'accessibilité des services de santé; presque 75 % d'entre eux ont affirmé que leur utilisation des services était restée la même ou avait augmenté.

D'autres groupes ciblés parmi 10 des collectivités touchées ont présenté une perspective plus détaillée. Si certaines collectivités continuaient à se battre avec les compressions, d'autres semblaient s'être bien adaptées en raison d'un leadership communautaire solide, de la mise en place de solutions de rechange bien acceptées et de l'appui local aux solutions novatrices.

La commission a conclu qu'il n'était pas efficace de consacrer des ressources rares à des types de services de santé dispendieux, tels que les petits hôpitaux en milieu rural. La commission a aussi souligné le fait que certaines questions demeuraient sans

réponse. Notamment : pourquoi l'état de santé semblait s'améliorer plus rapidement dans les collectivités où on a procédé à des compressions? Et pourquoi les collectivités qui n'avaient jamais eu d'hôpital semblaient avoir des taux de mortalité moins élevés que dans le reste de la province.

L'expérience de Winnipeg

Le [Centre for Health Policy and Evaluation du Manitoba](#) en est venu aux mêmes conclusions dans leurs études portant sur la fermeture de lits d'hôpitaux à Winnipeg. Les chercheurs ont constaté que, malgré la fermeture de 727 lits d'hôpitaux au milieu des années 1990, ni l'accès aux hôpitaux, ni la qualité des soins, ni la santé des habitants de Winnipeg ne s'étaient pas détériorés.¹⁹

En 1997, les hôpitaux de Winnipeg ont traité autant de patients qu'avant la fermeture des lits. Les hôpitaux se sont adaptés en ayant recours plus souvent à la chirurgie d'un jour et en diminuant la durée moyenne du séjour à l'hôpital.

Des entrevues menées auprès d'habitants de Winnipeg âgés de 65 ans et plus ont révélé que le taux de satisfaction à l'égard des soins hospitaliers était à la baisse un an après la deuxième série de compressions, comme en faisait foi l'augmentation des reportages négatifs dans les médias.²⁰ Toutefois, la qualité des soins — telle que mesurée par les taux de mortalité, les visites aux cabinets des médecins et aux salles d'urgence et les réadmissions après un congé pour des affections courantes — n'avait pas diminué après les compressions. D'autres facteurs importants n'ont pas pu être évalués avec les données actuelles, notamment le temps passé à attendre un lit dans les unités d'observation des hôpitaux, la qualité de vie du patient après son hospitalisation et l'opinion des professionnels de la santé.

Il est intéressant de noter qu'en ce qui concerne les questions de l'accessibilité et des

périodes d'attente, les personnes qui avaient été hospitalisées pendant la période de réduction d'un grand nombre de lits se sont montrés plus confiantes que celles qui n'avaient pas été hospitalisées. D'après les chercheurs, ce fait vient confirmer la théorie voulant que l'appréciation des gens à l'égard de certaines facettes du système de santé est grandement influencée par les médias lorsqu'ils ne peuvent porter un jugement en s'appuyant sur leur propre expérience.²¹

En général, la santé des habitants de Winnipeg est demeurée stable entre 1991 et 1996. Une seule exception à la règle : la santé des habitants les plus pauvres de Winnipeg semble s'être détériorée. Les chercheurs ont cependant conclu que les compressions ne pouvaient pas expliquer cette situation, l'accessibilité aux soins hospitaliers n'ayant pas changé pour ce groupe.

Les attentes des Canadiens

Les professionnels de la santé veulent offrir des soins de qualité tout en fournissant des services à un coût raisonnable. Ils espèrent ainsi répondre aux besoins des patients et des collectivités qu'ils servent. Y réussissent-ils?

Cette section examine ce que les collectivités et les patients ont à dire lorsqu'on leur demande leur opinion au sujet du système de santé, des soins qu'ils ont reçus et de leur consommation de soins outre-frontière.

La satisfaction des patients et des collectivités

Plusieurs organismes (gouvernements et groupes de revendication) et des journaux publient des sondages d'opinion sur le système de santé.* Certains hôpitaux font aussi régulièrement des sondages sur la satisfaction des patients.

* Différentes questions et différentes méthodes sont souvent utilisées dans le cadre des sondages. Pour cette raison, les résultats ne sont pas directement comparables.

À l'exception des sondages d'opinion périodiques, les sondages à l'échelle des provinces sont plutôt rares. Une exception : l'Enquête nationale sur la santé de la population qu'a menée Statistique Canada en 1996-1997, et au cours de laquelle on a posé une série de questions aux Albertains. Lors de cette enquête, 85 % des Albertains ont évalué la qualité des soins qu'ils avaient personnellement reçus pendant l'année précédente comme bonne ou excellente. Comme c'est souvent le cas dans ce type de sondage, les répondants ont donné une appréciation un peu moins bonne (mais tout de même assez élevée) à la qualité des soins dans leur collectivité : 74 % l'ont évaluée comme bonne ou excellente.

Plus récemment, plusieurs hôpitaux de l'Ontario ont pris part à un sondage sur la satisfaction des patients dans le cadre du *Hospital Report '99* de la [Ontario Hospital Association](#) et de l'[université de Toronto](#).²² Les résultats variaient d'un hôpital à l'autre, mais les patients qui avaient passé une nuit dans un hôpital de soins de courte durée en Ontario étaient en général assez satisfaits de leur expérience : 88 % des patients ont évalué les soins reçus comme excellents ou bons. Dans la même proportion (87 %), les répondants ont dit qu'ils auraient encore recours à un hôpital pour y recevoir des soins médicaux. Seulement quelques patients (5 %) ont déclaré qu'ils ne recommanderaient pas l'hôpital à leurs amis ou à leur famille.

Les chercheurs ont aussi étudié l'opinion des patients relativement à des domaines spécifiques. Selon les chercheurs de l'université de Toronto, les hôpitaux ontariens les mieux évalués pour certains indicateurs seraient considérés comme excellents selon toute autre mesure. En particulier, les patients ont fait l'éloge du personnel infirmier et médical mais étaient quelque peu moins satisfaits des services de soutien des hôpitaux, comme les services d'alimentation et d'entretien ménager.

On prévoit effectuer un autre sondage comme celui-ci en l'an 2000. En suivant l'évolution des niveaux de satisfaction au fil du temps, on sera à même d'évaluer si un hôpital spécifique et les hôpitaux dans leur ensemble (en tant que système) répondent aux attentes des patients et des collectivités.

L'opinion publique : une comparaison internationale

Il est facile de se procurer des statistiques sur les dépenses de santé de différents pays auprès d'organismes comme l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation pour la coopération et le développement économiques, etc. Des données comparatives sur l'opinion du public au sujet des soins de santé qu'il finance sont recueillies et présentées moins souvent.

5

Ce que pense le public

Pourcentage de personnes qui ont déclaré les opinions suivantes dans le cadre d'un sondage international effectué en 1998 dans cinq pays*.

	Australie	Canada	Nouvelle-Zélande	Royaume-Uni	États-Unis
Le système de santé n'a besoin que de changements mineurs	19 %	20 %	9 %	25 %	17 %
J'ai vécu un moment au cours des 12 derniers mois où j'avais besoin de services médicaux que je n'ai pas reçus	8 %	10 %	12 %	10 %	14 %
Il est extrêmement ou très difficile de voir des spécialistes au besoin	14 %	16 %	17 %	10 %	15 %
J'ai eu de la difficulté à payer mes factures médicales dans la dernière année	10 %	5 %	15 %	3 %	18 %
Mes dépenses personnelles pour des services médicaux dans la dernière année étaient de 750 \$ US ou plus	19 %	9 %	10 %	1 %	29 %
Dans l'ensemble, les soins médicaux que moi et ma famille avons reçus pendant les 12 derniers mois étaient excellents (EX) ou très bons (TB)	EX : 19 % TB : 35 %	EX : 24 % TB : 30 %	EX : 20 % TB : 34 %	EX : 15 % TB : 35 %	EX : 19 % TB : 30 %

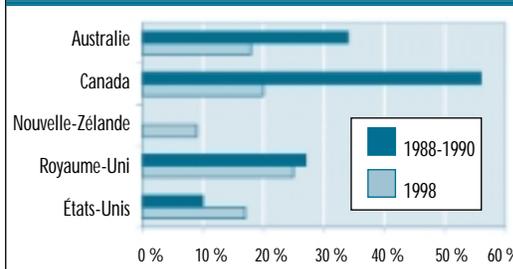
Source : Commonwealth Fund 1998 International Health Policy Survey

* Les résultats sont généralement exacts 19 fois sur 20 à trois points de pourcentage près.

6

Tendances de la confiance du public

Pourcentage de répondants ayant déclaré que le système de santé « n'a besoin que de changements mineurs » (cinq pays).



Source : Donelan, et al. (1999)

Toutefois, on trouve de telles données dans le 1998 International Health Policy Survey²³ du Commonwealth Fund qui porte sur cinq pays (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis). Les chercheurs ont constaté que moins d'un répondant sur quatre a déclaré que le système de santé dans son pays fonctionnait bien dans sa forme actuelle, bien qu'une proportion beaucoup plus importante ait évalué les soins reçus comme très bons ou excellents. Les chercheurs ont conclu que différents systèmes posent différents problèmes : dans les systèmes qui assurent l'universalité des soins, le mécontentement se situe au niveau du financement et de l'administration, y compris les périodes d'attente. Aux États-Unis, le public est surtout préoccupé par l'accès financier.

Le niveau de confiance du public au Canada atteignait 20 %, une baisse par rapport à 56 % en 1988. Seul le Royaume-Uni surpassait le Canada dans ce domaine. Néanmoins, plus de la moitié des répondants ont déclaré que dans l'ensemble, les soins reçus au cours de l'année précédente étaient très bons ou excellents. Ceci correspond aux résultats des autres sondages qui concluent qu'en moyenne, les répondants ont tendance à déclarer des niveaux de satisfaction plus élevés pour les soins reçus que pour le système de santé en général.

Le magasinage outre-frontière pour des soins de santé?

Étant donné que la plupart des Canadiens vivent à moins d'une centaine de kilomètres des États-Unis, le magasinage outre-frontière pour des soins de santé peut être un indice de problèmes liés à l'accessibilité des soins de santé au Canada.

Est-ce chose courante?

Le magasinage outre-frontière prend quatre formes : les services d'urgence pour les voyageurs, les soins dispensés aux Canadiens qui vivent temporairement aux États-Unis, les services que payent les régimes provinciaux d'assurance aux hôpitaux américains et les soins encourus sur une base individuelle. Malgré les préoccupations voulant que cette pratique soit courante, elle est trop rare pour être mesurée dans les sondages nationaux actuels. Moins de 0,1 % des Canadiens ont déclaré avoir été soignés aux États-Unis dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999.

Un rapport produit en 1998 sur les dépenses du régime d'assurance-maladie de l'Ontario engagées aux États-Unis fournit plus de renseignements. Les chercheurs ont constaté que la facture totale de l'Ontario pour les soins dispensés aux États-Unis représentait moins d'un pour cent des dépenses totales entre 1987 et 1995. La plupart de ces dépenses ont été engagées avant l'introduction, en 1991, des restrictions sur les paiements pour des soins obtenus à l'extérieur du pays.²⁴

Les services dispensés aux visiteurs à long terme, tels que les « snowbirds », représentaient une partie importante des dépenses de l'Ontario relativement aux soins obtenus aux États-Unis. Les chercheurs ont constaté qu'entre 1992 et 1995, le magasinage outre-frontière pour des soins de santé n'était

pas répandu. Toutefois, une étude réalisée en 1998 a démontré que certains Ontariens se rendaient aux États-Unis pour des types de services précis, comme les pontages aortocoronariens, les traitements en établissement pour la toxicomanie, les traitements expérimentaux pour le cancer et un type précis de chirurgie orthopédique spécialisée. La mesure dans laquelle cela s'est produit pour des types de soins précis variait d'une année à l'autre, en partie à cause des programmes provinciaux qui permettent l'achat des services pour le compte du public et pour lesquels la demande dépasse l'offre. Ces types de programmes se poursuivent de façon périodique. Par exemple, [Cancer Care Ontario](#) a annoncé qu'elle paierait pour des services de radiothérapie aux États-Unis pour certains patients cancéreux.

Des recherches de suivi qui ont cours à l'université de la Colombie-Britannique (en collaboration avec des collègues américains)²⁵ font appel à des méthodes semblables pour étudier le magasinage outre-frontière pour des soins de santé par les habitants de plusieurs autres provinces et un certain nombre de centres de soins aux États-Unis. À ce jour, les chercheurs concluent encore que cette pratique n'est pas courante. À de rares exceptions près, mêmes les centres les plus en vue, qualifiés de meilleurs hôpitaux aux États-Unis, ont soigné très peu de Canadiens.

Bien sûr, la frontière est ouverte dans les deux sens. Par exemple, les données de l'ICIS indiquent qu'en 1998-1999, plus de 3 200 Américains ont passé une nuit dans les hôpitaux de soins de courte durée des provinces de l'Atlantique, de l'Ontario, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique et des territoires. Le plus grand nombre de ces patients sont venus pour faire traiter une hernie.

Les lacunes de l'information : la réforme des soins de santé

Ce que nous savons

- L'état de santé des Canadiens, tel que mesuré par l'espérance de vie et les taux de mortalité, s'est amélioré tout au long de la réforme.
- Selon des sondages d'opinion et des reportages dans les médias, un nombre important de Canadiens et de dispensateurs de soins sont préoccupés par la qualité des soins et leur accessibilité. Les répondants ont tendance à mieux évaluer les soins qu'ils ont personnellement reçus que le système de santé dans son ensemble.
- Dans au moins deux milieux — les régions rurales de la Saskatchewan et la région urbaine de Winnipeg — la qualité des soins (mesurée par des indicateurs comme les taux de mortalité, les réadmissions et les visites aux salles d'urgence) ne s'est pas détériorée après des compressions dont les hôpitaux ont fait l'objet.

Ce que nous ignorons

- Si on peut généraliser les résultats des études et des sondages d'opinion réalisés dans des régions spécifiques.
- Les effets de la réforme sur la qualité de vie des patients après une hospitalisation, les niveaux de stress des aidants naturels (membres de la famille et amis) et la satisfaction des patients et de leur famille.
- L'évolution du rendement du système des soins de santé au fil de la réforme.

Ce qui se passe

- Des chercheurs, des administrateurs et des décideurs dans plusieurs régions du pays continuent de suivre de près les répercussions immédiates et à long terme de la réforme des soins de santé.
- Des activités communes ont été mises en oeuvre dans certaines régions pour mesurer les changements relatifs à la réforme.
- En l'an 2000, il est prévu de faire un troisième sondage à l'échelle de l'Ontario sur la satisfaction à l'égard des hôpitaux. Ce sondage aura une plus vaste portée.

2. Le coût des soins de santé

En 1997, les activités relatives aux soins de santé représentaient 8,9 % de la production économique canadienne. Le Canada se situait toujours au quatrième rang parmi les pays du G-7, derrière les États-Unis, la France et l'Allemagne. Les États-Unis ont consacré la proportion la plus importante du produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé (13,9 %).

Des dépenses élevées se traduisent-elles par l'amélioration de la santé? Pas nécessairement. Les dépenses des États-Unis sont beaucoup plus élevées que celles du Canada, mais les Canadiens vivent plus longtemps et les nouveau-nés ont moins de chance de mourir. De même, certains pays qui dépensent moins que nous, le Japon par exemple, affichent une espérance de vie plus longue et des taux de mortalité infantile moins élevés qu'au Canada.

Où va l'argent de la santé?

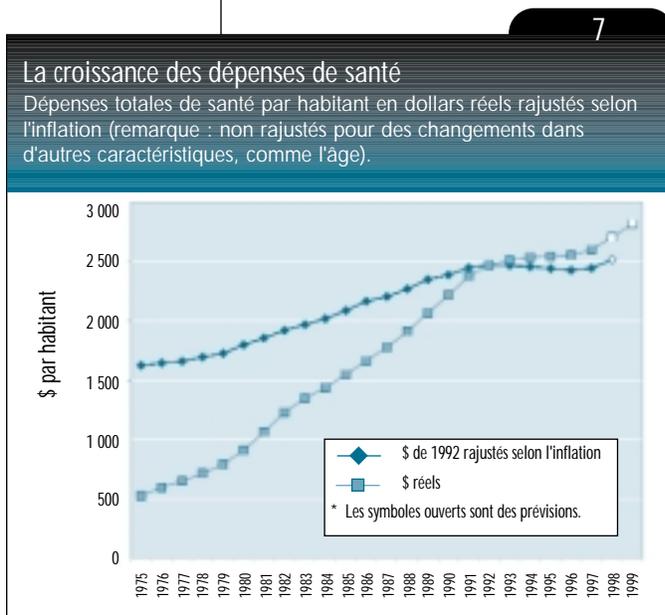
Selon les dernières prévisions de l'ICIS, les soins de santé au Canada ont coûté 2 815 \$ par habitant en 1999. Les dépenses totales de santé des secteurs public et

privé devraient atteindre 86 milliards de dollars, une augmentation de 5 % ou d'environ 100 \$ par habitant par rapport à l'année précédente. On estime que les dépenses de santé du Canada atteindraient 9,1 % du PIB en 1998 et 9,2 % en 1999.

Au cours des 25 dernières années, on a assisté à une augmentation des coûts de la santé au Canada. Parmi les facteurs qui peuvent donner lieu à un tel phénomène, mentionnons la croissance démographique, l'augmentation des coûts des services établis et la prestation de services plus intensifs pour une même affection.

Même en tenant compte des effets de l'inflation et de la croissance démographique, on constate que les dépenses de santé ont augmenté régulièrement entre 1975 et le début des années 1990. Entre 1993 et 1996, les dépenses par

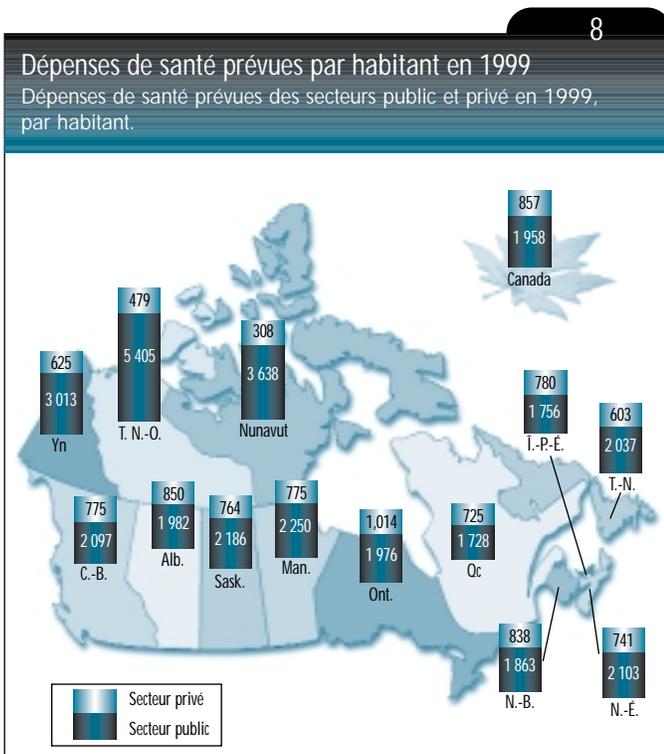
habitant ont connu des légères diminutions annuelles. La tendance s'est renversée en 1997 et 1998, les dernières années pour lesquelles les chiffres rajustés en fonction de l'inflation sont disponibles. Sans cette correction, on estime que les dépenses de santé par habitant pourraient s'accroître de 4 % en 1999.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

Les territoires continuent d'afficher les dépenses de santé par habitant les plus élevées, en partie à cause des coûts de la prestation de soins pour une population relativement petite répartie sur un vaste territoire. L'écart dans les dépenses des provinces est plus mince. En 1999, le Manitoba devrait avoir dépensé le plus d'argent par habitant, suivi de près par l'Ontario et la Saskatchewan. Les dépenses par habitant devraient être les moins élevées à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec (figure 8).

i



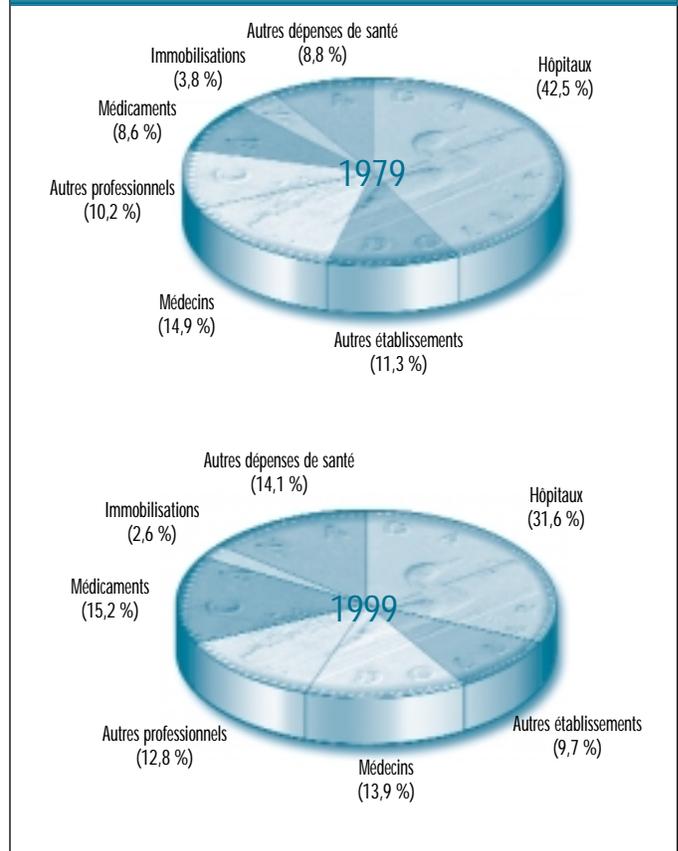
Comment l'argent est-il dépensé?

Les soins hospitaliers sont de loin la catégorie la plus importante dans l'histoire des dépenses de santé. En 1976, ils représentaient un peu plus de 45 % des dépenses totales. Depuis, la part des dollars consacrés aux hôpitaux a diminué chaque année, au même titre que le taux d'hospitalisations d'une nuit.

9

Où vont les dollars de la santé

Pourcentage des dépenses totales de santé publiques et privées au Canada, par affectation de fonds, en 1979 et 1999 (prévisions).



En 1999, les dépenses liées aux hôpitaux devraient atteindre 27,2 milliards de dollars, soit un peu moins du tiers des dépenses totales de santé. Même si, en 1993, les dépenses des hôpitaux ont augmenté (3,9 % en 1998 et 3,2 % en 1999), la part des soins hospitaliers n'a cessé de diminuer jusqu'en 1999.

Par rapport à la fin des années 1970, la vente au détail de médicaments représentent maintenant six dollars de plus pour chaque tranche de 100 \$ dépensés en soins de santé. En 1997, les dépenses pour les médicaments ont dépassé celles pour les services médicaux — lesquels étaient la deuxième catégorie en importance depuis au moins 1975 — année où, pour la première fois, on disposait de

données pouvant être comparées. Les dépenses totales en médicaments atteignaient 11,3 milliards de dollars, une augmentation de près de 10 % par rapport à l'année précédente. La plupart des dépenses étaient liées aux médicaments de prescription mais un peu plus d'un quart ont été consacrées à d'autres produits, y compris les médicaments en vente libre et les fournitures sanitaires personnelles comme les trousses de test de grossesse et les solutions pour lentilles cornéennes. On s'attend à ce que les données finales pour 1998 et 1999 feront état d'augmentations continues.

En 1997, on a consacré 11,1 milliards de dollars aux services médicaux. Après une croissance relativement rapide au milieu des années 1980, il y a eu un ralentissement des dépenses dans ce secteur au cours des années 1990. D'où une diminution de la part relative aux services médicaux dans les dépenses totales de santé. Les prévisions de l'ICIS révèlent des taux de croissance sous la moyenne pour 1999.

Qui paie?

Le débat entourant le financement public et privé continue de faire les manchettes. À l'heure actuelle, presque 70 % des services de santé sont subventionnés par l'État. En général, les gens doivent payer certains services, par exemple les médicaments et les soins dentaires, au moyen d'une assurance complémentaire (généralement offerte par l'employeur), ou en payant de leur poche.

Ce débat a une longue histoire. On tente depuis longtemps de trouver un compromis satisfaisant pour les Canadiens entre les services qu'ils paient et ceux qui sont payés par l'État.

10

Le mélange public et privé

Au Canada, comme dans presque tous les pays, les secteurs public et privé participent au financement et à la prestation des soins de santé. Notre équilibre actuel est illustré dans le tableau ci-dessous. (● = surtout public; ○ = mixte; ○ = surtout privé).

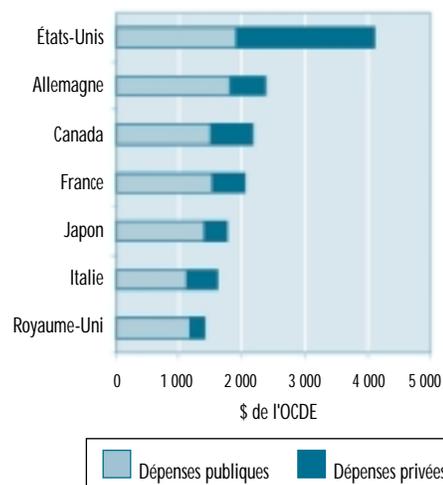
	Financement	Prestation
Santé publique	●	●
Services hospitaliers	●	○
Services aux Indiens et aux Inuits de plein droit	●	○
Services médicaux	●	○
Soins à domicile	○	○
Services de réadaptation	○	○
Soins prolongés pour bénéficiaire interne	○	○
Ambulances	○	○
Médicaments de prescription	○	○
Soins dentaires/de la vue	○	○
Médicaments vendus sans ordonnance	○	○
Autres professionnels de la santé	○	○
Médecine complémentaire	○	○

Source : extrait adapté d'une publication du Forum national de la santé

11

Comment le Canada se compare

Dépenses de santé par habitant des secteurs privé et public en 1997 pour les pays du G-7, après rajustement en fonction des différences dans les prix (pouvoir d'achat) entre les pays.



Source : Éco-Santé OCDE de 1999 (Organisation de coopération et de développement économiques)

La part du secteur public

Le secteur public a recours aux taxes recueillies par les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux pour financer les services de santé. En 1997, la part publique des dépenses totales de santé s'élevait à 69 % (54 milliards de dollars). Exception faite des États-Unis (46 %), la proportion du financement public était plus élevée dans les autres pays du G-7 qu'au Canada. Le Royaume-Uni était en tête de liste avec 85 %. Toutefois, le Canada s'est classé 4^e pour ce qui est du niveau de dépenses publiques par habitant.

partie du budget de la santé du secteur public, donc le financement provient (en partie) des transferts fiscaux du gouvernement fédéral et des transferts monétaires. Grâce aux transferts fiscaux, le gouvernement fédéral a réduit son taux d'imposition, permettant aux gouvernements provinciaux d'augmenter le leur, sans qu'il y ait de différence pour les contribuables. Les taxes qui en découlent deviennent des revenus provinciaux généraux qui peuvent être utilisés à diverses fins.

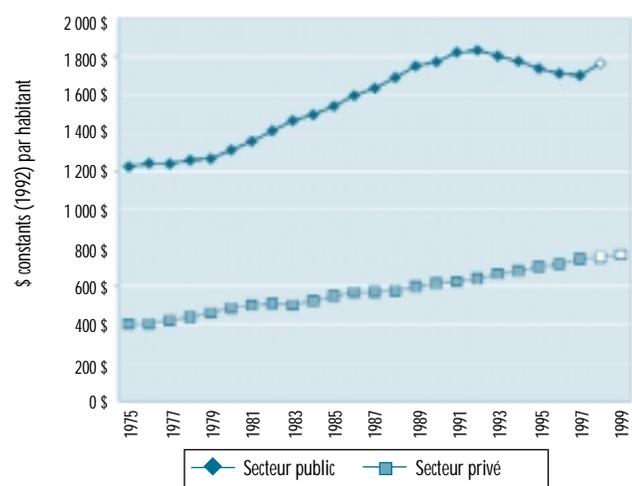
En 1975, les transferts fédéraux pour la santé représentaient un peu moins de 39 % des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les transferts ont connu une croissance à deux chiffres pendant les années 1970 et au début des années 1980, mais celle-ci a ralenti depuis. Les augmentations ont chuté pour atteindre moins de 2 % en 1995, alors que les modes de financement étaient modifiés et les transferts réduits. En 1995, la part du gouvernement fédéral dans les dépenses de santé avait chuté à 33 %.

Depuis l'introduction du **Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)** en avril 1996, il est difficile de préciser quelles sont les

12

L'évolution des dépenses de santé

Dépenses de santé par habitant des secteurs public et privé de 1975 à 1997, après rajustement en fonction de l'inflation (en dollars constants de 1992).



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

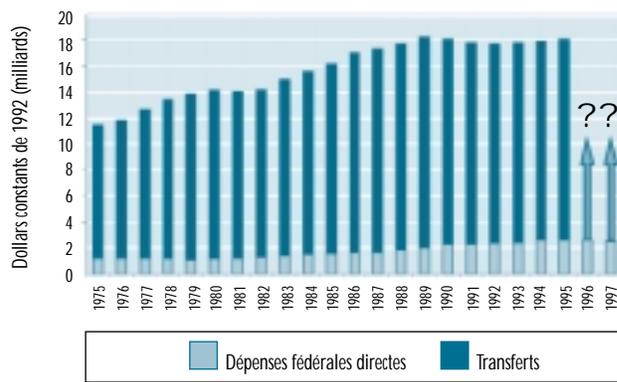
Les dépenses de santé par habitant engagées par le gouvernement canadien et ses organismes ont augmenté régulièrement pendant les années 1980, puis ont chuté entre 1993 et 1996 alors que les gouvernements tentaient de maîtriser les coûts. Dernièrement, les dépenses publiques allouées ont recommencé à augmenter. Pour 1999, on prévoit une croissance d'environ 4 % avant inflation.

Les provinces et les territoires sont responsables d'administrer la plus grande

13

La contribution d'Ottawa aux soins de santé

Les dépenses fédérales en soins de santé incluent des transferts aux provinces et aux territoires plus les dépenses engagées par les presque 30 ministères et organismes du gouvernement fédéral qui fournissent des soins directs aux Canadiens. Les données sur les transferts en matière de santé ne sont pas disponibles après 1996 en raison de l'introduction du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

contributions fédérales totales pour les soins de santé. Les TCSPS sont des transferts monétaires et fiscaux dont bénéficient les provinces et les territoires pour appuyer les soins de santé, l'éducation post-secondaire, l'aide sociale et d'autres programmes sociaux. Les provinces et les territoires peuvent allouer ces fonds à des programmes de santé et à d'autres programmes sociaux, selon leurs priorités. En conséquence, sauf dans des cas spéciaux — comme l'entente annoncée en 1999 sur l'injection de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans dans le secteur de la santé — l'information sur l'affectation des fonds du TCPS n'est pas disponible, comme l'a fait remarquer le vérificateur général dans son rapport annuel de 1999.

La part du secteur privé

En 1999, chaque Canadien aura consacré en moyenne plus de 850 \$ à l'assurance (surtout offerte par l'employeur) et aux coûts des soins de santé — soit 26 milliards de dollars en tout. Les dépenses du secteur privé sont surtout engagées pour les médicaments, les soins dentaires et de la vue. Nous savons aussi que plusieurs Canadiens paient de leur poche pour des médicaments et des traitements complémentaires et parallèles, mais nous ignorons à combien se chiffrent leurs dépenses. Des études réalisées dans d'autres pays indiquent que le montant est élevé.^{26, 27}

Les dépenses du secteur privé tendent à être plus volatiles que celles du secteur public et suivent les tendances cycliques de l'économie générale. Dans l'ensemble, elles ont augmenté partout au pays au cours des années 1990. Au milieu de cette décennie, la croissance des dépenses du secteur privé avait supplanté celles des dépenses publiques. D'où une plus grande part du secteur privé dans les dépenses totales de santé. Les taux de croissance des dépenses dans les secteurs public et privé devraient être semblables en 1999.

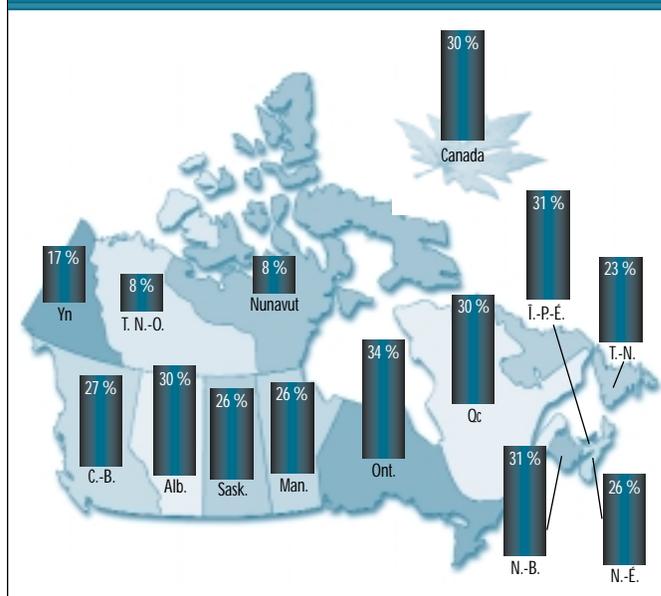
En 1997, c'est en Ontario que l'on retrouvait la proportion la plus élevée (33,8 %) des dépenses de santé financées par des sources privées, puis en Alberta et au Nouveau-Brunswick. Les prévisions indiquent qu'en 1999, ces provinces, plus l'Île-du-Prince-Édouard, continueront d'avoir la part la plus élevée des dépenses de santé financées par des sources privées (figure 14).



14

La part privée

Part estimée du secteur privé dans les dépenses totales de santé en 1999, au Canada, dans les provinces et les territoires.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

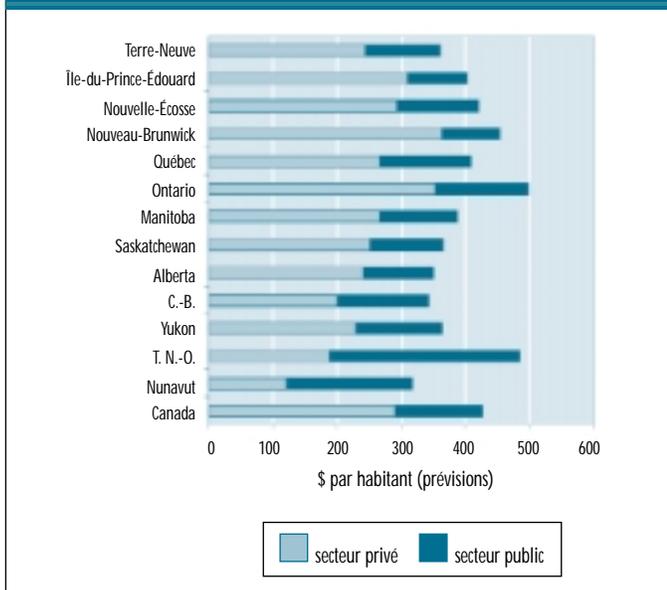
L'inégalité dans l'accès à l'assurance pour les médicaments, les soins dentaires et de la vue

Au départ, le système d'assurance-maladie universel a été mis sur pied pour couvrir les hôpitaux, puis les services médicaux. Au fil du temps, les provinces et les territoires y ont ajouté d'autres services à l'intention de groupes ciblés, comme les soins à domicile et les médicaments de prescription. Cela a donné lieu à un accès disparate à ces services au pays. Les gouvernements ont aussi introduit des crédits d'impôt associés au revenu pour une série de dépenses médicales.

Encore aujourd'hui, que ce soit de leur poche ou en contribuant à un régime privé d'assurance ou les deux, la plupart des Canadiens paient pour les médicaments d'ordonnance (sauf quand ils sont hospitalisés), les soins dentaires et les soins de la vue. L'assurance-maladie complémentaire est souvent offerte par l'employeur. Les avantages sociaux liés aux soins médicaux et dentaires payés par les employeurs sont indirectement subventionnés par le système fiscal. En effet, les entreprises peuvent déduire les primes d'assurance, mais les employés ne paient pas de taxes pour ces avantages.

15

Dépenses en médicaments : le partage public/privé
Dollars par habitant que les secteurs privé et public ont consacré aux médicaments, selon la province et le territoire en 1999 (prévisions).



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

L'éventail des protections offertes par l'assurance privée a rapidement pris de l'ampleur à la fin des années 1970. Par exemple, la plupart des gens payaient eux-mêmes pour les soins dentaires avant 1976. Dès la fin de la décennie, le nombre de personnes possédant une assurance privée s'était accru de 5 millions.

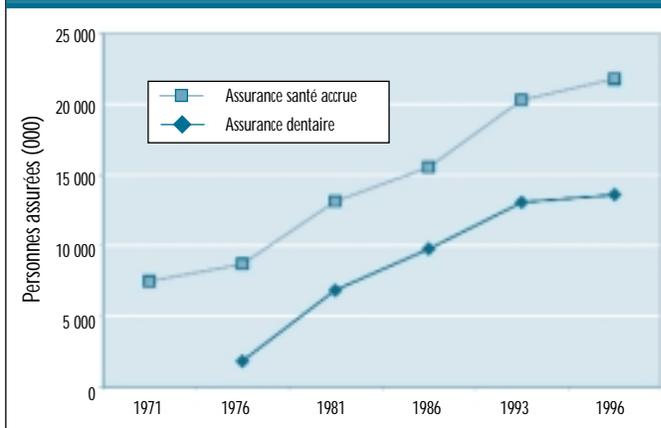
Pendant les années 1980 et au début des années 1990, la couverture d'assurance-

maladie complémentaire augmentait d'environ 4 % annuellement. Plus récemment, la croissance annuelle avait chuté à environ 2,5 %. L'assurance dentaire a suivi la même tendance jusqu'en 1993, mais dernièrement, sa croissance a ralenti (figure 16).

16

Tendances de l'assurance privée

Canadiens bénéficiant d'une assurance privée pour les soins dentaires et d'une couverture accrue pour la santé (y compris les régimes offerts par l'employeur), de 1971 à 1996.



Source : Association canadienne des compagnies d'assurance de personne

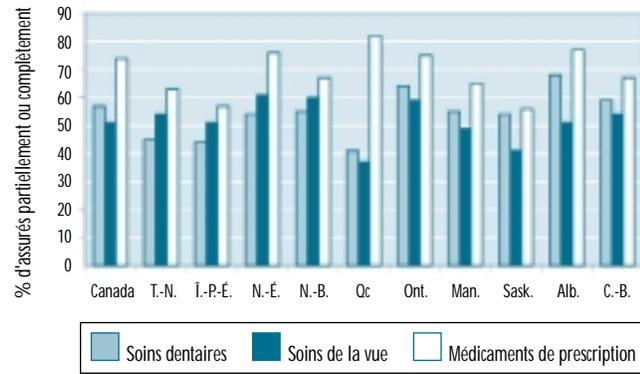
Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, 74 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré détenir une assurance (publique ou privée) pour les médicaments de prescription. Ce nombre était beaucoup plus élevé que deux ans auparavant, en raison de l'introduction d'un nouveau programme d'assurance publique au Québec en août 1996. Les niveaux d'assurance complémentaire pour les médicaments de prescription varient d'un endroit à l'autre du pays, en partie à cause des différences qui existent dans les programmes financés par les fonds publics (figure 17). Le Québec a connu les augmentations les plus marquées de 1996-1997 à 1998-1999. Les taux au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta étaient aussi à la hausse par rapport à 1994-1995.

Peu de gens possèdent d'autres types d'assurance. Cinquante et un pour cent des Canadiens ont déclaré avoir une assurance

17

Couverture d'assurance au pays

Proportion de la population déclarant avoir une assurance (publique ou privée) pour des services choisis en 1998-1999.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

pour les lunettes et les lentilles cornéennes. Un nombre un peu plus élevé a déclaré avoir une assurance pour les soins dentaires. Les aînés et les jeunes adultes (âgés entre 20 et 24 ans) étaient les moins susceptibles de bénéficier d'une telle couverture. Cela reflète en partie le fait que l'assurance privée fait souvent partie des avantages sociaux offerts par les employeurs.

Tout comme les taux d'assurance complémentaire, les avantages varient d'un endroit à l'autre du pays. Dans toutes les provinces et les territoires, les personnes qui reçoivent de l'aide sociale bénéficient des régimes gouvernementaux d'assurance-médicaments. La plupart des ces régimes ciblent les personnes âgées (bien que dans

certaines provinces, la couverture varie en fonction du revenu) et les personnes atteintes de maladies spécifiques, comme le SIDA et le cancer qui exigent souvent des médicaments coûteux. En vertu de la plupart des régimes, les clients doivent déboursier une partie des coûts de leurs médicaments par des franchises ou des co-paiements.

En dépit de ces programmes, en 1998-1999, les Canadiens à faible revenu et avec des niveaux de scolarité peu élevés étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir une assurance complète ou partielle pour les soins dentaires, les soins de la vue et les médicaments de prescription que les Canadiens mieux nantis ou plus instruits (figure 18).

18

La ligne de partage : l'assurance selon le niveau d'instruction et le revenu

Pourcentage de Canadiens, selon l'instruction et le revenu, qui ont déclaré avoir une assurance en 1998-1999.

	Soins dentaires	Soins de la vue	Médicaments de prescription
Moins qu'études secondaires	48 %	45 %	71 %
Études secondaires	55 %	52 %	72 %
Collège	59 %	51 %	75 %
Université	66 %	60 %	80 %
Faible revenu	30 %	29 %	58 %
Revenu moyen faible	41 %	37 %	66 %
Revenu moyen élevé	65 %	59 %	80 %
Revenu élevé	79 %	70 %	87 %
Non déclaré	50 %	46 %	73 %

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

Les lacunes de l'information : le coût des soins de santé

Ce que nous savons

- Le montant d'argent que chaque province et chaque territoire alloue aux divers types de soins de santé, tels que les hôpitaux, les services médicaux et les médicaments.
- La part des dépenses engagées par le secteur public ou le secteur privé.
- La variation des dépenses au fil du temps.
- La manière dont les dépenses au Canada se comparent à celles des autres pays.

Ce que nous ignorons

- La manière dont les changements dans les dépenses de santé influencent la santé de la population.
- Les différences régionales des dépenses de santé.
- Les coûts associés au traitement de maladies spécifiques.
- Le montant que les Canadiens dépensent pour la médecine complémentaire et parallèle (par exemple, la massothérapie, l'homéopathie, les médicaments à base de plantes et les autres médicaments semblables).
- Les coûts associés à la réadaptation, à la promotion de la santé et à d'autres services communautaires.

Ce qui ce passe

- On a récemment terminé une revue des méthodes de la collecte des données sur les dépenses du secteur privé.
- Le travail est en cours pour évaluer les dépenses par région sanitaire.
- Les statistiques sur le coût de la maladie du Canada sont mises à jour.
- Plusieurs provinces ont des plans visant à améliorer la cohérence et l'opportunité de données financières des hôpitaux.
- Des experts étudient des façons de mieux mesurer l'inflation dans le secteur de la santé.

3. L'équipe de santé

Les dispensateurs de soins et les administrateurs du secteur de la santé forment la base de notre système de santé. Ils sont formés pour promouvoir la santé, soigner et reconforter les malades, accroître nos connaissances au sujet de la santé et des soins de santé, et améliorer l'efficacité du système de santé.

Une composition en évolution

La médecine et la guérison sont des actes anciens qui étaient traditionnellement confiés à des personnes désignées dans une collectivité. Plus récemment, la composition des équipes de professionnels de la santé a évolué. Plus de 30 groupes

sont maintenant réglementés par des lois dans au moins une province ou un territoire. De nombreux autres groupes ne sont pas encore assujettis à de telles règles.

Dans chaque profession, on tend à se spécialiser, bien que les compétences et les rôles varient et se recoupent souvent. Dans certaines collectivités nordiques par exemple, des infirmiers(ères) spécialisés sont responsables des soins pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance. Dans les plus grands centres au sud du pays, ce sont les obstétriciens et les médecins de famille qui effectuent les accouchements. Mais les choses changent. Les sages-femmes sont depuis autorisées à en faire à la maison comme à l'hôpital et ont maintenant droit au financement public dans certaines provinces.

Chaque année, des milliers d'étudiants des collèges, des universités et d'autres établissements du pays (figure 20) obtiennent un diplôme de l'un des programmes de formation en santé.

19

Une composition changeante

Professionnels autorisés par 100 000 habitants et variation en pourcentage de 1989 à 1997 pour les professions de la santé réglementées dans toutes les provinces.*

	1989	1997	Variation
Infirmiers(ères) autorisés	804	762	- 5 %
Infirmiers(ères) auxiliaires	301	255	- 15 %
Médecins	187	183	- 2 %
Pharmaciens	67	76	+ 13 %
Dentistes	52	54	+ 4 %
Physiothérapeutes	37	48**	+ 30 %
Psychologues	32	38**	+ 19 %
Hygiénistes dentaires	29	44**	+ 52 %
Chiropraticiens	12	15	+ 23 %
Optométristes	11	12**	+ 9 %

* Les chiffres sur les infirmiers(ères) autorisés sont en fonction de ceux qui travaillent en soins infirmiers.

** Estimations

Source : Base de données sur le personnel de la santé, ICIS

La prochaine génération

Le nombre de diplômés en 1988 et en 1997 au Canada dans des professions choisies qui étaient réglementées dans toutes les provinces en 1997, et la province hôte de leur formation.

	N ^{bre} dipl. en 1988	N ^{bre} dipl. en 1997	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Oc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Chiropraticiens	134	151					x†	x				
Hygiénistes dentaires	561	s.o.			x		x	x	x		x	x
Dentistes	504	477			x		x	x	x	x	x	x
Infirmiers (ères) auxiliaires	2 589	s.o.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Optométristes	100	97					x	x				
Pharmaciens	722	674	x		x		x	x†	x	x	x	x
Médecins	1 781	1 577	x		x		x	x	x	x	x	x
Physiothérapeutes	444	636			x		x	x	x	x	x	x
Infirmiers (ères) autorisés*	9 246	s.o.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Inhalothérapeutes	320	s.o.	x			x	x	x	x		x	x

* Comprend diplôme initial et programmes de baccalauréat et de maîtrise. † . Le programme existait mais n'a pas produit de diplômés en 1997. ‡ Aucun étudiant n'a obtenu son diplôme de l'Université de Toronto en 1997 en raison d'un changement dans la durée du programme.

Source : Base de données sur le personnel de la santé, ICIS

Les infirmiers et les infirmières

Les soins infirmiers représentent la plus grosse de toutes les professions de la santé. Les infirmiers et les infirmières oeuvrent dans des circonstances et des milieux très variés — des soins de crise dans des salles d'urgence débordées aux soins de courte durée en milieu hospitalier, en passant par l'aide apportée aux nouvelles mères jusqu'à la promotion du règlement sur le tabac dans les lieux publics. Les infirmiers et les infirmières effectuent aussi des recherches dans les universités, travaillent dans les services de soins à domicile, et beaucoup plus. On compte trois groupes réglementés d'infirmiers et d'infirmières : les infirmiers(ères) autorisés, les infirmiers(ères) auxiliaires et les infirmiers(ères) autorisés en psychiatrie.

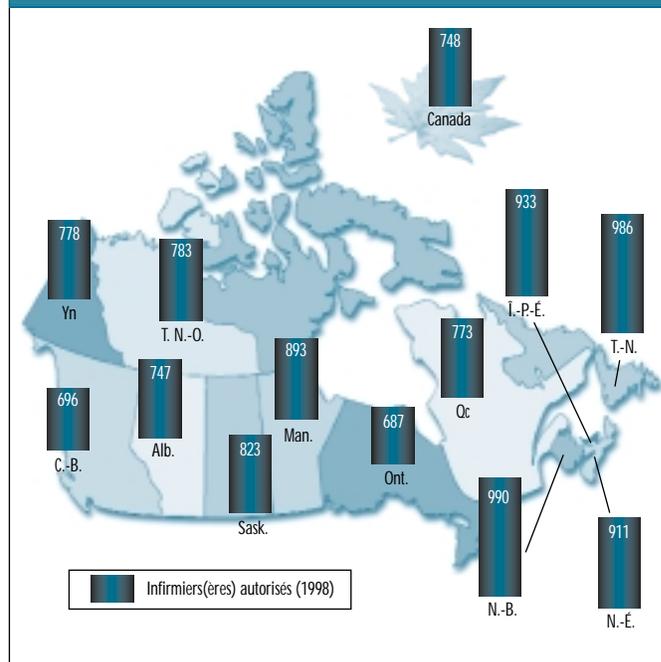
En 1998, plus de 227 000 infirmiers(ères) autorisés travaillaient en soins infirmiers au pays, selon les chiffres tirés de la Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés de l'ICIS. Un peu moins de la moitié travaillait à temps partiel (48 %), par

rapport à 39 % cinq ans auparavant. La plupart (62 %) travaillaient toujours dans les hôpitaux mais en raison de l'élargissement des soins communautaires, un plus grand nombre d'infirmiers(ères) occupaient un emploi à l'extérieur des hôpitaux. De 1993 à 1998, la proportion d'infirmiers(ères) travaillant en santé communautaire et dans les soins à domicile est passée de 9,2 % à 11,5 %.



Les infirmières et infirmiers autorisés au Canada

Infirmiers(ères) autorisés travaillant en soins infirmiers, par habitant, selon la province et le territoire, 1998.



Source : Base de données sur les infirmières et les infirmiers autorisés, ICIS

Au Canada, la main-d'oeuvre en soins infirmiers vieillit et de moins en moins de jeunes entrent dans la profession. En 1998, le nombre d'infirmiers(ères) autorisés toujours actifs et âgés de plus de 50 ans s'était accru de 20 % par rapport à 1993. Ce groupe représente maintenant plus d'un quart de tous les infirmiers(ères) autorisés actifs. Par opposition, les infirmiers(ères) autorisés actifs âgés de moins de 29 ans ne représentaient que 10 % de la main-d'oeuvre, une diminution de plus de 30 % de 1993 à 1998.

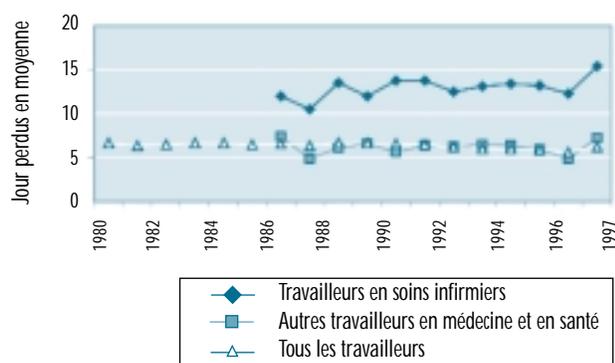
La santé et la vie au travail du personnel infirmier

Si l'un des objectifs du système de santé est de promouvoir la santé et de prévenir la maladie et les blessures, il va sans dire qu'il faut aussi s'intéresser à la santé de ceux qui oeuvrent au sein de ce système. Comment se portent les membres du plus gros groupe des travailleurs de la santé?

22

Jours de travail perdus

Nombre moyen de jours de travail perdus pour cause de maladie ou d'incapacité, par travailleur en soins infirmiers à temps plein (infirmiers[ères], brancardiers, aide-infirmiers); tous les travailleurs de la santé et des services sociaux, et tous les travailleurs, de 1980 à 1997.*



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

* Contrairement aux chiffres de 1997 présentés dans le texte, les données sur les tendances temporelles des jours travaillés incluent les congés de maternité.

Des données tirées de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada menée en 1997 révèlent que, en moyenne, chaque semaine, 8,4 % des infirmiers(ères) (y compris les infirmiers[ères] autorisés, les aides-soignants et d'autres groupes) se sont

absentés du travail en raison de maladie ou des blessures.²⁸ Les personnes des autres professions médicales et de la santé étaient deux fois moins susceptibles (4,8 %) d'être absents du travail. Pendant l'année, les infirmiers(ères) ont manqué en moyenne plus de trois semaines de travail (15,6 jours) pour cause de maladie et d'incapacité — plus que tout autre groupe. Les groupes suivants, soit les cols bleus et ceux qui travaillent dans le transport, ont manqué moins de 10 jours chacun. La moyenne pour les emplois dans tous les secteurs était de 6,2 jours par travailleur.

Une étude récente effectuée par des chercheurs de l'Institut de recherche sur le travail et la santé propose certaines explications du taux élevé d'absentéisme. Ils ont utilisé un certain nombre de variables pour mesurer le stress au travail pour trois groupes de femmes travaillant dans le secteur de la santé en 1994-1995. Un des groupes était composé principalement d'infirmières. Lorsqu'on les a comparé aux femmes qui occupaient des postes semblables dans d'autres secteurs, on a constaté que les infirmières faisaient part des niveaux plus élevés de stress psychologique, des niveaux moins élevés de prises de décision, des niveaux plus élevés de stress physique, une charge de travail plus lourde et des niveaux moins élevés de satisfaction professionnelle.²⁹

Les infirmiers et les infirmières dans les hôpitaux prennent la parole

Des chercheurs canadiens ont récemment effectué un sondage auprès de milliers d'infirmiers(ères) travaillant dans des hôpitaux de soins de courte durée en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique dans le cadre d'une étude internationale sur le personnel hospitalier.³⁰ L'analyse des données se poursuit, mais déjà les premiers points saillants du sondage de novembre 1998 sont disponibles.

La grande majorité des infirmiers(ères) autorisés travaillant dans des hôpitaux de soins de courte durée dans les trois provinces, ont déclaré qu'ils recommanderaient l'hôpital où ils travaillent aux membres de leur famille qui avaient besoin de soins. Plus de 80 % croyaient aussi que la qualité des soins dans leur unité était bonne ou excellente, à la fois dans l'ensemble et pendant leur dernier quart de travail, bien que certains aient signalé n'avoir pu terminer des tâches nécessaires, faute de temps. Par exemple, bien que plus de 80 % des infirmiers(ères) en Alberta ont déclaré que des tâches nécessaires, comme la préparation des patients et de leur famille en vue

des congés de l'hôpital, l'hygiène buccale et la documentation des soins infirmiers dispensés, avaient été complétées pendant leur dernier quart de travail. Cependant, plusieurs n'ont pas été en mesure de terminer l'enseignement régulier (24 %), n'ont pas pu parler aux patients et les reconforter (44 %) et n'ont pas réussi à élaborer des plans de soins infirmiers (45 %).

L'étude présente aussi un portrait des perceptions des infirmiers(ères) quant à leurs conditions de travail dans les hôpitaux et leur satisfaction professionnelle.

- **Satisfaction professionnelle** : la plupart des infirmiers(ères) autorisés ont déclaré être satisfaits de leur profession (75 % en Colombie-Britannique et 80 % en Alberta), mais ils étaient un peu moins nombreux à être satisfaits de leur travail actuel (66 % et 72 % respectivement). De même, la plupart des infirmiers(ères) en Ontario croyaient que leur travail leur apportait des récompenses au moins aussi grandes que les efforts consentis. Quatorze pour cent ont toutefois déclaré que leurs efforts dépassaient les récompenses retirées de leur travail. Ces infirmiers(ères) étaient les plus susceptibles d'éprouver des douleurs au dos, au cou et aux épaules et de se trouver parmi les 36 % d'infirmiers(ères) autorisés en Ontario qui présentent des signes d'épuisement professionnel.
- **Fatigue émotionnelle (épuiement professionnel)** : les niveaux de fatigue — mesurés par des questions concernant leurs impressions sur la nature émotionnelle et professionnelle de leur épuiement, frustration ou stress au travail — étaient semblables dans les trois provinces. Sur une échelle de 45, les infirmiers(ères) de l'Alberta atteignaient 21,8 en moyenne (plus la note est élevée, plus la fatigue émotionnelle augmente). La moyenne des infirmiers(ères) de l'Ontario et de la Colombie-Britannique était de 22,0 et 22,9.
- **Sécurité au travail** : un nombre important d'infirmiers(ères) ont déclaré avoir eu à composer avec des gestes de violence en milieu de travail pendant leurs cinq derniers quarts de travail. Les attitudes ou les remarques blessantes, telles que des insultes, l'humiliation devant l'équipe de travail ou la coercition, étaient les plus courantes — ont été signalées par 38 % des infirmiers(ères) autorisés en Colombie-Britannique et en Alberta. De plus, 23 % d'entre eux en Colombie-Britannique et 18 % en Alberta ont déclaré avoir reçu des menaces verbales ou écrites; 21 % des infirmiers(ères) en Colombie-Britannique et 17 % en Alberta se sont faits cracher dessus, ont été mordus, poussés, ou victimes d'autres agressions physiques. Le harcèlement sexuel verbal — des questions intimes répétées et non voulues ou des remarques de nature sexuelle — a été signalé par 8 % des infirmiers(ères) dans les deux provinces. Moins d'un pour cent d'entre eux ont été victimes d'agression sexuelle (définie comme un contact physique ou des actes sexuels imposés par la force, y compris les attouchements, les caresses et les rapports sexuels). Les patients étaient responsables de la grande majorité de ces agressions. Cependant, les données de l'Alberta indiquent que 26 % des attitudes ou des remarques blessantes venaient d'autres membres de l'équipe de soins — la moitié provenait des médecins et l'autre moitié, des collègues en soins infirmiers.

Le personnel infirmier et la qualité des soins

Pourcentage d'infirmiers(ères) travaillant dans des hôpitaux de soins de courte durée en novembre 1998 qui étaient d'accord avec les énoncés ci-dessous.

	C.-B.	Alberta	Ontario
Dans l'ensemble, la qualité des soins dans mon unité est bonne ou excellente	88,4 %	89,9 %	89,6 %
La qualité des soins infirmiers pendant mon dernier quart de travail était bonne ou excellente	80,0 %	84,2 %	88,5 %
Je recommanderais l'hôpital où je travaille à mes et à ma famille s'ils avaient besoin de soins	82,0 %	87,5 %	85,1 %

Remarque : En Ontario, la qualité des soins déclarée était plus élevée dans les petits hôpitaux que dans les plus gros hôpitaux communautaires ou d'enseignement. Parce que les infirmiers(ères) des petits hôpitaux avaient plus de chances de participer au sondage, la qualité générale déclarée peut être plus élevée que si tout le personnel infirmier en Ontario y avait participé.

Source : Hospital and Patient Outcomes : A Cross-National Study

Les médecins

Après les infirmiers(ères) autorisés et les infirmiers(ères) auxiliaires, les médecins représentent le deuxième groupe en importance des professions réglementées de la santé. En 1998, selon la Base de données médicales Southam, on comptait 56 000 médecins civils en pratique clinique et non

clinique au Canada. Au cours des six dernières années, le nombre de spécialistes a augmenté de 7,2 %. Pendant cette période, le nombre de médecins de famille a baissé de 2,8 %. Dans l'ensemble, le ratio du nombre de médecins par rapport au nombre d'habitants est demeuré relativement stable au cours des années 1990.



Comme dans le cas des infirmiers(ères), la proportion de médecins plus âgés est à la hausse. En 1993, les médecins âgés entre 50 et 59 ans représentaient 18 % de l'ensemble des médecins, par rapport à 22 % en 1998. Les derniers chiffres révèlent que presque 16 % des médecins actifs au Canada sont âgés de 60 ans et plus.

D'autres caractéristiques démographiques de la profession changent aussi. Selon [l'Association canadienne des facultés de médecine](#), presque la moitié des étudiants qui entreprennent des études en médecine aujourd'hui sont des femmes, une augmentation de 12 % par rapport à 1970. Par conséquent, au sein de la profession, la proportion de femmes continue d'augmenter. En 1998, 28 % de tous les médecins actifs étaient des femmes. Ce nombre était de 25 % en 1993.

Les allers et les retours des médecins

Bien que le nombre total de médecins qui quittent le pays varie d'année en année, on peut affirmer qu'annuellement, de 1 à 2 % des médecins ont quitté le pays depuis 1980.

Selon l'ICIS, 569 médecins ont quitté le Canada en 1998, 90 de moins qu'en 1997.

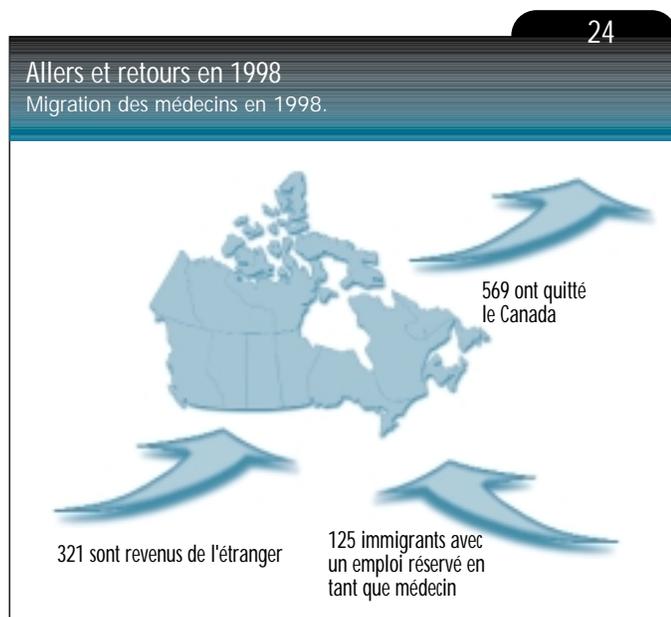
Si certains quittent, d'autres reviennent : 321 médecins sont revenus en 1998. De plus, plusieurs médecins immigrent au Canada dans l'intention d'y pratiquer la médecine. Selon [Citoyenneté et Immigration Canada](#), on comptait 125 résidents permanents avec un emploi réservé et 133 sans emploi réservé en 1998. De plus, les médecins possédant un visa de travail temporaire peuvent entrer au pays. En 1997, 790 médecins vivaient au Canada en vertu d'une telle entente.³¹

Les médecins déménagent aussi d'une province à l'autre. En 1998, le Québec a affiché la perte nette de médecins la plus marquée, soit 82. La Colombie-Britannique, avec un gain net de 123 médecins, continue d'être un lieu de prédilection pour les médecins.

Les administrateurs

La gestion des opérations quotidiennes du système de santé et la planification incombent aux dirigeants des services de santé. Ils sont chargés d'élaborer des objectifs organisationnels et des politiques novatrices, ainsi que de mettre en place des programmes et des systèmes qui répondent aux besoins changeants. Ils doivent aussi recruter le personnel, assurer la coordination des régions, des divisions, des départements et des programmes et, finalement représenter le réseau lors des négociations et autres activités du genre.

On ne connaît pas le nombre exact des dirigeants car il n'y a pas de processus officiel d'inscription. Les estimations proviennent de la liste des membres du [Collège canadien des directeurs des services de santé \(CCDSS\)](#). Puisque l'affiliation au Collège n'est pas obligatoire et que la situation professionnelle des membres n'est pas connue, on ne peut qu'estimer le nombre d'administrateurs dans le réseau.



Source : [Base de données médicales Souham](#) (données sur la migration) et [Citoyenneté et Immigration Canada](#) (données sur les immigrants)

Les administrateurs des soins de santé à l'oeuvre au Québec

On sait très peu de choses sur les administrateurs des services de santé, leurs conditions de travail et comment ils ont été affectés par les changements qui sont survenus dans le système de santé. Une enquête effectuée récemment auprès des membres de l'Association professionnelle des administrateurs du système de santé au Québec, commence à faire la lumière sur le sujet.

Des chercheurs ont réalisé un sondage auprès des membres de l'association qui occupaient des postes de gestion à temps plein en 1999. La plupart d'entre eux (69 %) étaient âgés entre 45 et 54 et travaillaient dans des hôpitaux psychiatriques, des établissements de soins de longue durée ou de réadaptation. En moyenne, chacun supervisait 28,6 employés; 8 % supervisaient 70 employés ou plus.

Les taux de roulement des administrateurs étaient élevés — seulement 68 % d'entre eux occupaient le même poste depuis 1996. De ce nombre, 80 % croyaient qu'ils avaient plus de responsabilités qu'en 1996. L'augmentation du nombre d'employés sous leur surveillance était l'explication la plus souvent fournie chez ces derniers — 47 % des répondants qui avaient plus de responsabilités.

L'adhésion annuelle au CCDSS a fluctué au cours de la dernière décennie, passant de 2 500 membres en 1988, le niveau le plus bas, à un niveau record d'un peu plus de 3 000 membres en 1994 et 1995. L'effectif a baissé entre 1995 et 1997, atteignant des

nombre similaires (2 675 en 1997) à ceux que l'on a connus à la fin des années 1980. Il n'est pas clair dans que la baisse observée au milieu des années 1990 soit associée à la restructuration du système de santé.

Les lacunes de l'information : l'équipe de santé

L'information sur le nombre et sur la répartition des travailleurs de la santé est essentielle à la planification du système de santé.

Ce que nous savons

- Le nombre de médecins selon l'âge et le sexe, la région où ils travaillent et les tendances de leur migration.
- Le nombre d'infirmiers(ères) autorisés selon l'âge et le sexe et leur lieu de travail.
- Le nombre de professionnels actifs pour certains autres types de travailleurs de la santé.

Ce que nous ignorons

- À l'exception des médecins et du personnel infirmier, l'âge, le sexe et les habitudes de travail des autres professionnels de la santé.
- Le nombre d'infirmier(ères) et d'autres professionnels (sauf les médecins) qui quittent le Canada chaque année. Le nombre de ceux qui reviennent.
- Le nombre adéquat de médecins, d'infirmiers(ères) et d'autres professionnels de la santé pour une collectivité donnée.

- Le rythme du vieillissement des professionnels de la santé. Le nombre de ceux qui, chaque année, prennent leur retraite. Les répercussions de ces facteurs sur l'accessibilité des soins.
- L'évolution des schémas de travail et de pratique. Le nombre de travailleurs de la santé qui préfèrent travailler à temps partiel. Les répercussions des différences des ententes liées à l'emploi sur la capacité du système de répondre aux besoins.
- Les effets des changements organisationnels sur le rendement des travailleurs de la santé et sur la qualité de leur vie professionnelle.

Ce qui se passe

- Pour la première fois depuis 1995, des chiffres nationaux sur 19 professions de la santé seront publiés bientôt.
- Un projet pilote pour accroître l'information dont nous disposons sur les infirmiers(ères) auxiliaires est en cours de développement.
- Un nouveau rapport présentant le nombre et la répartition des infirmiers(ères) autorisés au Canada sera publié en juillet 2000. D'autres projets visant à améliorer la qualité et l'utilité des données sur les médecins et les infirmiers(ères) autorisés sont également en cours.

Notes en fin de partie : Partie A

1. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). Ottawa : Santé Canada.
2. WILKINS, R. et al. (1990). Points saillants d'une nouvelle étude des changements dans la mortalité en fonction du revenu dans les régions urbaines au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 11 (3), 38-40.
3. *L'espérance de vie*. (2000). Rapports sur la santé, 11 (3), 9-24. Ottawa : Statistique Canada.
4. BURR, K. F., et al. (1995). *Mortality and Health Status in Vancouver: An Analysis by Neighbourhood Areas*. Division of Vital Statistics Feature Report. Vancouver: Division of Vital Statistics.
5. *Les 29 CLSC d'un coup d'oeil*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1999) Statistiques et santé. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/statistique.html>
6. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). Ottawa : Santé Canada.
7. Ibidem
8. MARMOT, M. G., et D. G. SMITH. (1989). Why are the Japanese Living Longer? *British Medical Journal* (BMJ), 299, 1547-51.
9. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). Ottawa : Santé Canada.
10. Ibidem
11. *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier*. Santé Canada. (1997). Publications du Forum national sur la santé, volume 1 - Rapport final. <http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/finvol1/5finance.htm>.
12. LOMAS, J., J. WOODS et G. VEENSTRA (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 1. An introduction to the issues. *CMAJ*, 156 (3), 371-7.
13. LEWIS, S., et J. HADER (1993). *Barriers to Community Care*. Saskatchewan: Health Services Utilization and Research Commission.
14. DECOSTER, C., S. PETERSON, et P. KASIAN (1996). *Alternatives to Acute Care*. Winnipeg: [Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation](#).
15. WRIGHT, C.J., K. CARDIFF, et M. KILSHAW (1997). Acute Medical Beds : How are They Used in British Columbia? Vancouver : University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research, HPRU 97 : 7D.
16. Non-acute Hospitalization Project (Adult) Final Report. Joint Policy and Planning Committee (1997). JPPC : Ontario, RD6-3.
17. WRIGHT, C.J., et K. CARDIFF (1998). The Utilization of Acute Care Medical Beds in Prince Edward Island. Vancouver : University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research, HPRU 98 : 14D.
18. *Assessing the Impact of the 1993 Acute Care Funding Cuts to Rural Saskatchewan Hospitals, Summary Report No. 13, 1-16*. [Health Services Utilization and Research Commission \(HSURC\)](#). (1999). Saskatoon: HSURC.
19. BROWNELL, M., N.P. ROOS, et C. BURCHILL. (1999). *Monitoring the Winnipeg Hospital System: 1990-91 Through 1996-97*. Winnipeg: [Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation](#).
20. SHAPIRO, E., et al (2000). Changes in the Perception of Health Care Policy and Delivery Among Manitoba Elders During the Downsizing of the Hospital Sector. *Canadian Journal on Aging*, 19(1), 18-34.
21. Ibidem
22. BAKER, R. G., et al. (1999). *The Hospital Report '99: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Hospitals*. Toronto: [Ontario Hospital Association](#).
23. DONELAN, K., et al. (1999). The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations. *Health Affairs*, 18 (3): 206-216.

24. KATZ, S. J., D. VERRILLI, et M. L. BARER (1998). Canadians' Use of U.S. Medical Services, *Health Affairs*, 17 (1): 225-235.
25. Communication personnelle avec Morris Barer le 22 février 2000.
26. EISENBERG, D. M., et al. (1993). Unconventional Medicine in the United States: Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *New England Journal of Medicine*, 328 (4), 246-252.
27. MACLENNAN, A. H., et al. (1996). Prevalence and Cost of Alternative Medicine in Australia. *Lancet*, 347, 569-573.
28. AKYEAMPONG, E. et J. USALCAS (1998). *Taux d'absence du travail, de 1980 à 1997*. Numéro au catalogue 71-535-MPB98009. Ottawa : Statistique Canada.
29. SULLIVAN, T., M. KERR et S. IBRAHIM (1999). Stress professionnel des travailleurs de la santé : Faits saillants de l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne, été, 34-40.
30. *Hospital and Patient Outcomes: A Cross National Study*, étude financée par les National Institutes for Health et un certain nombre d'organismes canadiens, dont B.C. Health Care Research Foundation, RNABC, UBC School of Nursing, Alberta Heritage Foundation, WSIB, de l'Ontario, Relais, et plusieurs hôpitaux participants. (Données obtenues au moyen de communications personnelles avec Heather F. Clarke, Colombie-Britannique, Carole A. Estabrooks, Alberta, et Donna Thomson, Ontario). Les principaux enquêteurs canadiens pour ce projet sont Heather F. Clarke, et Arminee Kazanjean, de la Colombie-Britannique, Phyllis Giovannetti, de l'Alberta, et Geoffrey M. Anderson, Michael S. Kerr, Heather K. Spence Laschinger, Linda Lee O'Brien Pallas, Judith Shamian et Jack V. Tu, de l'Ontario.
31. BARER, M. et W.A. WEBBER (1999). *Immigration and Emigration of Physicians to/from Canada*. Vancouver: University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research.
32. BELLEMARE, D. (1999). *Sondage sur les conditions de travail des membres de l'AGESS : Rapport*. Montréal : Le Groupe Multi Résé.

Partie B : Le continuum des soins et des services

Beth, une femme active de 74 ans, demeure à Halifax. Elle est généralement en bonne santé, mais elle fait un peu d'embonpoint et elle a déjà eu des problèmes avec son cœur.

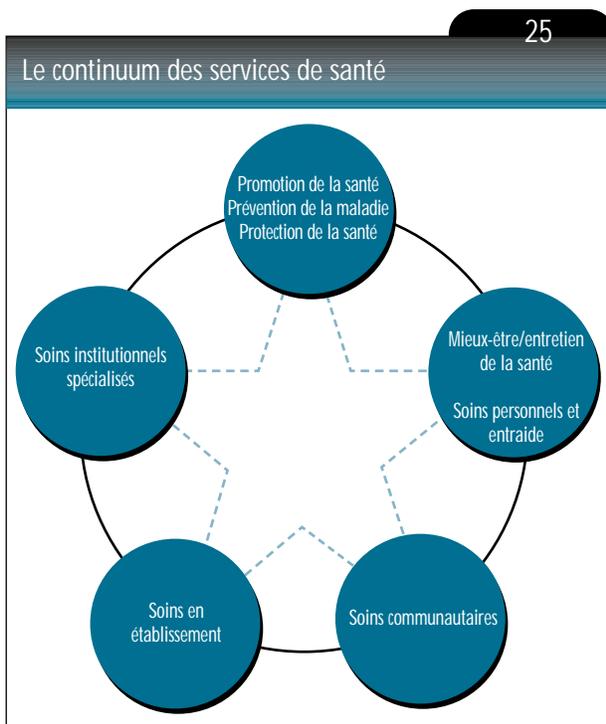
Un jour, Beth a trébuché en sortant de la maison. Heureusement, son voisin l'a vue et a fait venir une ambulance qui l'a amenée à l'urgence. Une radiographie a révélé une fracture de la hanche et Beth a été hospitalisée. Le jour suivant, un chirurgien orthopédique et une équipe chirurgicale étaient sur place pour réparer sa hanche. En raison des antécédents de Beth, le chirurgien a consulté son médecin de famille et son cardiologue avant de procéder à l'opération.

Quelques jours plus tard, Beth songeait à ce qui allait se passer. Sa famille, son équipe de soins et elle-même ont décidé ensemble que la meilleure chose était de faire de la physiothérapie et aussi de la réadaptation dans d'autres services de l'hôpital. Elle pourrait ensuite réintégrer son domicile dès qu'elle le pourrait et recevoir de l'aide des services de soins à domicile en plus de ceux de sa famille.

L'histoire de Beth est fictive. Mais, des histoires de ce genre se produisent tous les jours. À des moments différents et dans des circonstances différentes, nous faisons tous

appel au système complexe de soins de santé. Écoles, cabinets de médecins, pharmacies, centres de santé communautaires, hôpitaux, soins à domicile, foyers d'accueil, etc. sont autant d'endroits où trouver des professionnels de la santé. L'idéal serait que ces différents dispensateurs de soins et organismes collaborent pour offrir des soins de qualité (figure 25).

Les dispensateurs de soins, leur façon de soigner et de collaborer est une question en constante évolution. L'ampleur et la complexité de notre système de santé font en sorte qu'il est impossible d'en présenter une description complète. Les pages qui suivent rendent donc compte des points saillants qui mettent en lumière certaines des composantes essentielles de notre système de santé et la façon dont elles évoluent. Elles donnent un aperçu de ce qui peut être accompli si les gouvernements, les autorités sanitaires, les groupes de professionnels et le public collaborent pour créer des meilleurs indicateurs et une information comparable sur la « santé » du système de santé au pays.



4. Promotion, prévention et soins primaires

La raison d'être de notre système de santé est de promouvoir et de protéger la santé, de prévenir la maladie et d'offrir des soins de qualité. Ces objectifs prennent forme dans les collectivités où nous vivons, grâce aux programmes de santé publique, aux projets communautaires et aux soins primaires.

Promouvoir la santé — Prévenir la maladie

Interdiction du tabac dans les lieux publics, cliniques de mieux-être pour bébés dans les centres communautaires, campagnes médiatiques, counseling sur la toxicomanie, programmes de loisirs et d'activité physique, conseils médicaux pour

arrêter de fumer, vaccination, salubrité de l'eau et des aliments, programmes de nettoyage de quartier, sont autant de mesures et d'activités qui permettent d'atteindre ces objectifs.

L'exercice de ces fonctions mobilise nombre de partenaires des secteurs traditionnel et non traditionnel. Outre les organismes de santé publique et communautaire, d'autres partenaires jouent un rôle important dans la promotion et la protection de la santé ainsi que dans la prévention de la maladie, notamment les associations bénévoles, les organismes communautaires et religieux, les groupes d'entraide, et bien d'autres.

On peut voir à la figure 26 les réalisations qui ont marqué l'histoire de la santé publique et qui ont grandement contribué à l'amélioration de la santé et à la réduction du fardeau de la maladie au Canada et dans le monde.

Le miracle de la vaccination est l'une des réalisations les plus importantes de la santé publique. La variole a disparu. L'éradication de la polio dans le monde et de la rougeole au Canada sera bientôt réalité. Pourtant, année après année, des

milliers de Canadiens souffrent de maladies transmises directement ou indirectement par une autre personne.

De nombreuses luttes restent à gagner : celles contre le VIH et le SIDA, le tabagisme chez les adolescents, les chutes chez les personnes âgées et les menaces à l'environnement physique, pour ne nommer que celles-là.

26

Les 10 réalisations les plus importantes du siècle en santé publique

1. Immunisation
2. Contrôle des maladies contagieuses
3. Sécurité des véhicules à moteur
4. Milieux de travail plus sécuritaires
5. Diminution des décès causés par les maladies cardiaques et les ACV
6. Aliments sans danger et sains
7. Mères et bébés en santé
8. Planification familiale
9. Fluoration
10. Reconnaissance du tabagisme comme un danger pour la santé

Source : MMWR, US Centres for Disease Control and Prevention, avril 1999

Faire comprendre les dangers du tabagisme : le bon, la brute et le truand

Bonne nouvelle : la grande majorité des Canadiens savent que l'usage du tabac met la santé en danger. Selon [Statistique Canada](#), en 1996-1997, seulement 4 % des Canadiens de 12 ans et plus croyaient que les fumeurs ne couraient aucun risque. Quatorze pour cent pensaient que la fumée de tabac ambiante n'était pas dangereuse.

Moins bonne nouvelle : tout le monde n'a pas une juste idée des méfaits du tabac. Au

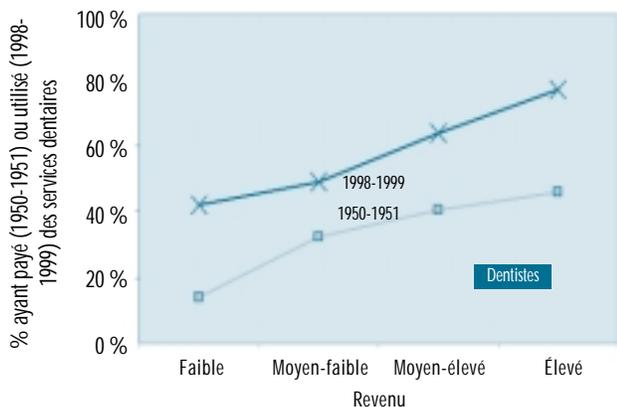
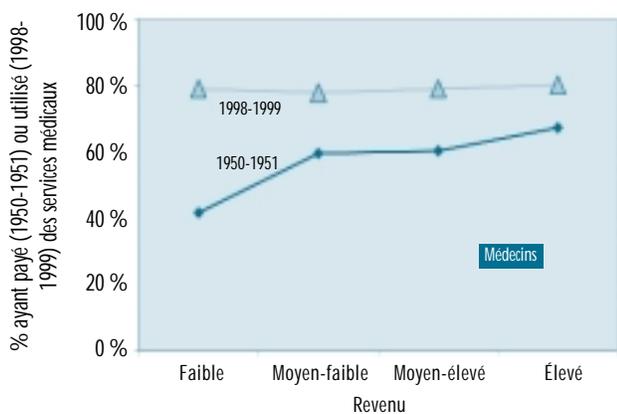
Québec, la province qui compte le plus grand nombre de fumeurs, 6 % des gens pensaient que l'usage du tabac ne causait pas de problèmes de santé. Comparativement aux habitants de Terre-Neuve, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, deux fois plus de Québécois croyaient que la fumée de tabac ambiante était sans danger.

Mauvaise nouvelle : bien que la plupart des Canadiens connaissent les dangers du tabagisme, plus d'un quart de ceux ayant 12 ans ou plus fument tous les jours ou à l'occasion, s'exposant ainsi au cancer du poumon, aux maladies du coeur et à d'autres problèmes de santé. De plus, chaque année, un nombre important de jeunes Canadiens commencent à fumer.

27

Les temps changent

Pourcentage des ménages qui ont déclaré avoir payé pour des services médicaux (en haut) et dentaires (en bas) en 1950-1951 et pourcentage de Canadiens qui ont consulté un médecin (en haut) ou un dentiste (en bas) en 1998-1999.



Sources : Enquête sur la maladie au Canada (1950-1951) et Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), Statistique Canada

Les soins de santé primaires

On parle de soins de santé primaires parce qu'ils sont souvent dispensés dans les cabinets de médecins, les cliniques et les centres de santé communautaires — c'est le point d'entrée dans le système de santé, le premier pas dans le continuum des soins de santé.

Hier et aujourd'hui : comment l'accès aux médecins et aux dentistes a évolué

Le document *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* a confirmé ce que nous savions depuis quelque temps déjà : les probabilités de mourir prématurément et de souffrir de maladies sont plus grandes pour les Canadiens à faible revenu que pour ceux à revenu élevé, peu importe l'âge, le sexe, l'ethnie ou le lieu de résidence. En fait, plus le revenu est élevé, moindre est le risque d'être malade, plus grande est l'espérance de vie et meilleure est la santé.¹

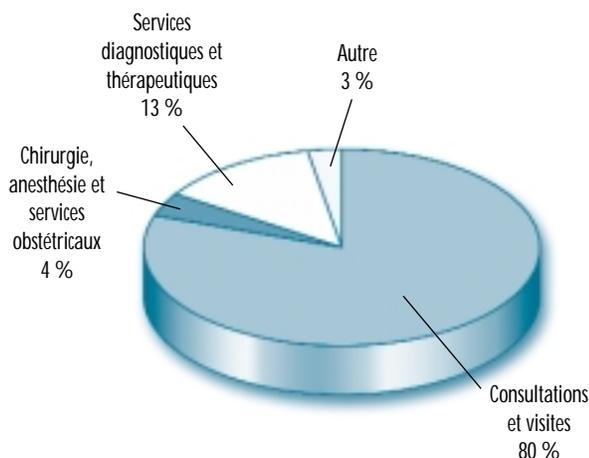
On peut donc s'attendre à ce que les besoins en services de santé diminuent à mesure que le revenu augmente.

En 1950-1951, avant l'instauration de l'assurance-maladie universelle, les ménages canadiens les plus riches étaient plus à même de payer et de recevoir des services médicaux et des soins dentaires que les ménages les plus pauvres. En 1998-1999, presque 50 ans plus tard, peu importe leur niveau de revenu, les Canadiens avaient visité un médecin de famille au cours de l'année précédente dans une proportion égale. On ne peut en dire autant des visites chez le dentiste. La probabilité d'en avoir consulté un augmente en même temps qu'augmente l'échelle de revenu. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, seulement 40 % environ des Canadiens à faible revenu ont déclaré avoir reçu des soins dentaires, comparativement à un peu moins de 80 % des mieux nantis (figure 27).

28

Ce que font les médecins : les services dispensés en vertu de l'assurance-maladie

En 1995-1996, les médecins canadiens ont dispensé presque 240 millions de services payés à l'acte par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. La plupart de ces services étaient des consultations et des visites.



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS

La situation actuelle

Les médecins de famille jouent un rôle central dans notre système de santé, en orientant les patients vers d'autres professionnels de la santé. En 1998-1999, la plupart des Canadiens (88 %) ont déclaré avoir un médecin régulier, bien qu'on observe des variations à cet effet.

29

Comment les médecins sont payés

Pourcentage estimé de médecins actifs qui ont été rémunérés à l'acte seulement par la province (par opposition à une méthode basée sur le salaire, la vacation ou une combinaison de méthodes), 1989-1990 et 1995-1996.*

Province	1989-1990	1995-1996
Terre-Neuve	81 %	73 %
Île-du-Prince-Édouard	s.o.	92 %
Nouvelle-Écosse	92 %	74 %
Nouveau-Brunswick	s.o.	62 %
Québec	68 %	62 %
Ontario	s.o.	94 %
Manitoba	52 %	47 %
Saskatchewan	87 %	84 %
Alberta	s.o.	98 %
Colombie-Britannique	s.o.	92 %

* Les données du Nouveau-Brunswick s'appuient sur le pourcentage des dépenses liées aux services médicaux et non le pourcentage de médecins. Les chiffres de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan sont des estimations. Dans certaines provinces, plusieurs médecins qui ne reçoivent pas la totalité de leur rémunération selon le mode de rémunération à l'acte, sont surtout payés selon cette méthode.

Source : ministères provinciaux de la Santé

Aujourd'hui, les provinces et les territoires paient pour la plupart des services médicaux pour lesquels les médecins sont rémunérés à l'acte. En 1995-1996, les données de l'ICIS révèlent que les régimes d'assurance provinciaux ont couvert environ 240 millions de services professionnels. Chaque service a coûté en moyenne 32,51 \$, pour un total de 7,8 milliards de dollars. Les visites et les consultations ont coûté en moyenne 28,79 \$ et les interventions, 47,76 \$.

Tous les médecins ne sont pas payés de la même façon. Leur rémunération provient d'un salaire, de la vacation ou encore de la combinaison des deux, en plus des paiements à l'acte. Ces médecins, comme les services qu'ils offrent, ne sont pas suivis de près dans tous les secteurs de compétence.

Des débats sur la réforme des soins primaires ont lieu depuis plusieurs années au pays.² Les discussions portent sur la façon de restructurer le système pour qu'il réponde mieux aux besoins des patients. Au coeur du débat : le financement des soins primaires de telle manière qu'il favorise la continuité des services de prévention et de traitement par une équipe de professionnels travaillant à assurer des services de qualité, en obtenant de bons résultats. Qui doit faire quoi? Quand? Comment? De quelle façon payer ces soins?

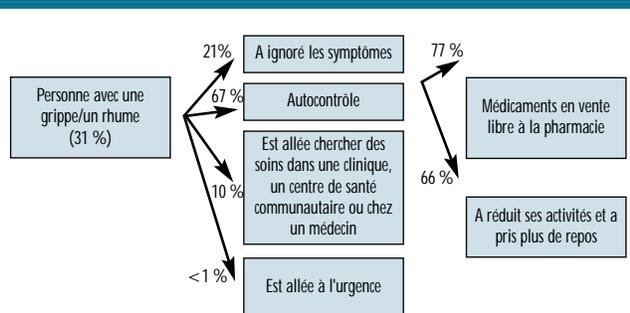
Prendre soin de soi

Lorsque malades, les Canadiens ne font pas toujours appel aux médecins ou aux hôpitaux. Pour des problèmes mineurs, souvent, ils se soignent eux-mêmes. Par exemple, 31 % des répondants à l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 ont déclaré avoir eu mal à la gorge, ou attrapé un rhume ou une grippe au cours du mois précédent. Lorsque les premiers symptômes sont apparus, la plupart des répondants se sont soignés ou ont ignoré les symptômes. Si les symptômes persistaient, les victimes du rhume ou de la grippe allaient chercher de l'aide à l'extérieur (55 %), plutôt que de se soigner eux-mêmes (42 %) ou de laisser faire (3 %).

30

Aux premiers symptômes du rhume ou de la grippe

Pourcentage de Canadiens qui ont déclaré avoir eu un mal de gorge, un rhume ou une grippe au cours du mois précédent et ce qu'ils ont fait au moment de l'apparition des premiers symptômes (remarque : le total relatif à l'autocontrôle peut être supérieur à 100 % parce que certaines personnes ont donné des réponses multiples).



Source : Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1998-1999, Statistique Canada

Faire ce qui fonctionne : deux portraits

Les soins primaires n'ont pas le même sens pour tous. Cette section porte sur deux types précis de services : les programmes de dépistage et la prévention des hospitalisations relatives aux problèmes de santé chroniques.

Le dépistage précoce : les tests de Pap et les mammographies

Le **Groupe de travail canadien sur les soins préventifs** évalue les données probantes sur ce qui devrait être inclus ou ne pas l'être dans les examens médicaux réguliers. Le Groupe de travail recommande que les femmes passent un test de Pap régulièrement dès qu'elles commencent à être sexuellement actives (ou à l'âge de 18 ans) et ce, jusqu'à l'âge de 69 ans. Après deux résultats normaux, ce test peut être effectué tous les trois ans. En 1998-1999, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), 77 % des femmes âgées entre 18 et 69 ans avaient passé un test de Pap au cours des trois années précédentes.

De même, les examens cliniques et les mammographies contribuent au dépistage précoce du cancer du sein, au moment où les traitements sont les plus efficaces. Le Groupe de travail recommande aux femmes de 50 à 69 ans de subir une mammographie tous les deux ans.



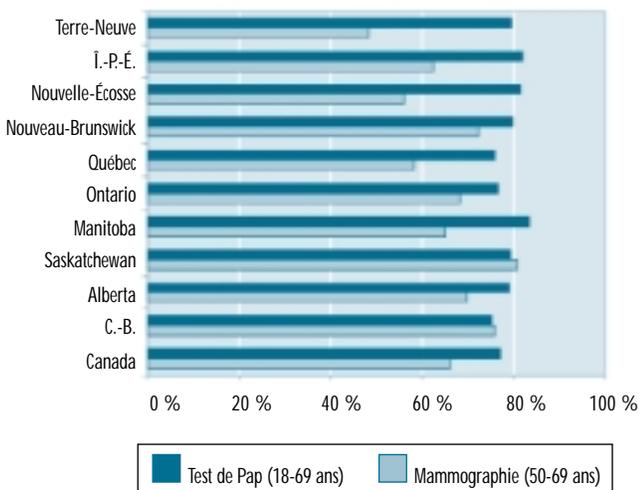
Qui sont celles qui étaient le moins susceptibles d'avoir passé un test de Pap?

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, les groupes suivants avaient moins de chances d'avoir subi un test de Pap au cours des trois années précédant l'enquête :

- les jeunes femmes (43 % des femmes âgées de 18 et 19 ans avaient subi un test de Pap comparativement à 56 % de celles âgées entre 65 et 69 ans)
- les femmes n'ayant pas de médecin régulier (64 % d'entre elles avaient subi un test de Pap comparativement à 79 % des femmes qui en ont un)
- les femmes moins instruites (68 % des femmes sans diplôme d'études secondaires avaient subi un test de Pap comparativement à 81 % de celles qui ont fréquenté l'université)
- les femmes à faible revenu (71 % des femmes dont le revenu se situe à l'échelon le plus bas avaient subi un test de Pap comparativement à 85 % de celles dont les revenus sont plus élevés).

Taux de dépistage (tests de Pap et mammographies)

Pourcentage de femmes dans le groupe cible qui ont déclaré avoir passé des tests de Pap et des mammographies pendant la période de temps recommandée en 1998-1999.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1998-1999, Statistique Canada

L'ENSP de 1998-1999 a révélé que 66 % des Canadiennes de ce groupe d'âge avaient subi une mammographie au cours de la période suggérée, une légère augmentation par rapport à 1996-1997. Certaines femmes ont eu recours à des centres spécialisés; d'autres ont été dirigées par leur médecin vers des programmes en milieu hospitalier. Les femmes à faible revenu, peu instruites et sans médecin régulier, avaient moins de chances d'avoir passé une mammographie.

Les hospitalisations évitables

Les patients souffrant de certaines affections chroniques, comme le diabète, l'asthme et l'hypertension, peuvent souvent les contrôler avec l'aide de leur médecin et d'autres professionnels de la santé. L'accès à des soins de qualité, au moment opportun, peut éviter l'hospitalisation de ces patients. Bien qu'on ne peut les éviter toutes, la recherche laisse supposer que des taux élevés d'hospitalisations dites évitables indiqueraient des problèmes d'accès à des

programmes de prévention ou à des soins primaires adéquats.³

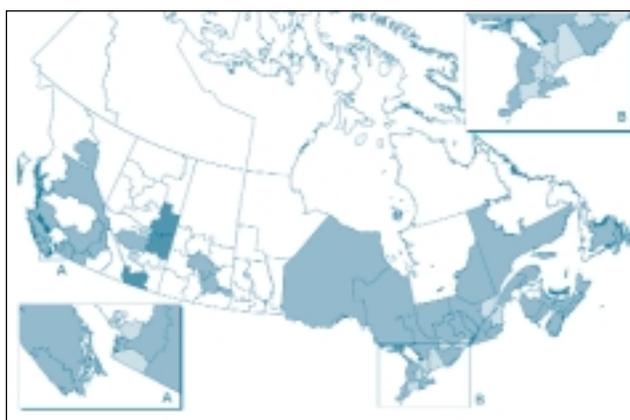
On observe des variations importantes au pays dans les taux d'hospitalisations évitables, que l'on qualifie aussi d'hospitalisations « propices aux soins ambulatoires ». Comme on peut le voir à la figure 32, environ le quart des plus grandes régions du Canada (100 000 habitants et plus) avaient un taux d'hospitalisations évitables inférieur à 352 par 100 000 habitants en 1997-1998. Par contre, quelques régions avaient des taux de 800 ou plus, par 100 000 habitants. Ces écarts s'expliquent en partie par des différences dans les taux d'affections chroniques et la disponibilité des soins communautaires. On ne dispose pas encore de données qui permettent de comparer les fréquences régionales des affections chroniques.



Cette situation sera corrigée sous peu grâce à la nouvelle Enquête canadienne sur la santé communautaire.

Admissions évitables

Hospitalisations pour des affections propices aux soins ambulatoires, taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants de régions sanitaires comptant plus de 100 000 habitants en 1997-1998.



Affections propices aux soins ambulatoires, 1997-1998

- 351 ou moins
- 352 - 799
- 800 ou plus
- Pop. < 100 000

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Les autres options : médecine complémentaire et parallèle

Médecine traditionnelle autochtone ou chinoise, massothérapie ou homéopathie, sont des approches thérapeutiques auxquelles on peut faire appel comme complément aux traitements médicaux classiques ou comme solution de rechange. Il en va de même des produits à base d'herbes médicinales.

Selon Statistique Canada, en 1998-1999, 2,5 millions de Canadiens ont consulté un chiropraticien et près de deux millions ont eu recours à d'autres services complémentaires et parallèles, soit à peu près la même proportion que deux ans auparavant. Les consultations avec les massothérapeutes étaient les plus fréquentes; venaient ensuite celles avec les homéopathes ou naturopathes et les acupuncteurs.

La médecine parallèle est plus populaire dans l'Ouest que partout ailleurs au Canada. Moins de 4 % des habitants des provinces de l'Atlantique ont déclaré avoir vu un chiropraticien comparativement à 13 % ou plus dans les provinces de l'Ouest. Quant à ceux qui fournissent des soins parallèles,

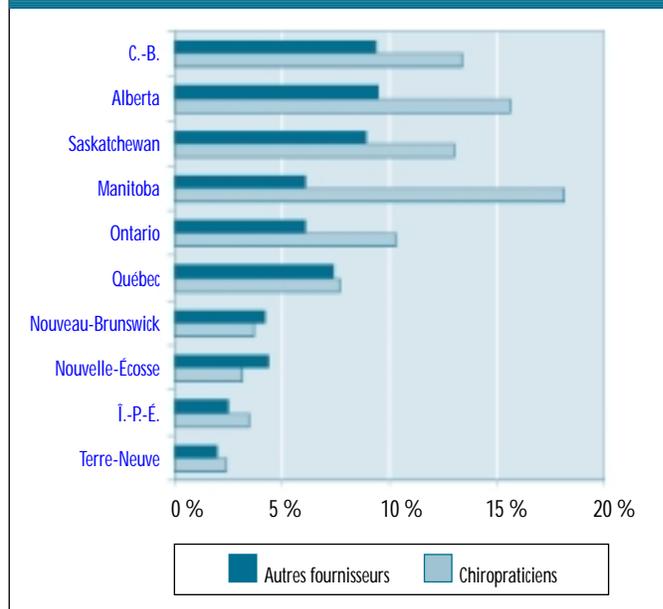
Qui a recours le plus souvent aux soins complémentaires et parallèles?

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, les groupes suivants étaient plus susceptibles d'avoir recours aux soins complémentaires et parallèles (à l'exclusion des soins chiropratiques) :

- les femmes (presque deux fois plus que les hommes)
- les gens souffrant d'affections chroniques, comme le cancer, ou des séquelles d'un ACV
- les Canadiens ayant les revenus les plus élevés et le plus d'instruction
- les Canadiens âgés entre 25 et 54 ans

Recours à la médecine complémentaire et parallèle

Pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir vu un chiropraticien ou au moins un autre fournisseur de soins complémentaires et parallèles dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, Statistique Canada

seulement 4 % des Canadiens des provinces de l'Est y ont eu recours, comparativement à 7 % au Canada central et à 9 % dans l'Ouest. Les données n'étaient pas disponibles pour les habitants des territoires.

L'utilisation de médicaments parallèles est une pratique courante au Canada. Ainsi, 38 % des gens qui soignaient eux-mêmes leur rhume ou leur grippe ont déclaré avoir pris des remèdes à base de plantes ou des suppléments de vitamines. Vingt-six pour cent ont consommé des remèdes-maison.

Les lacunes de l'information : promotion, prévention et soins primaires

Ce que nous savons

- L'utilisation de certains services de prévention (p. ex. tests de Pap et vaccins contre la grippe) dans chacune des provinces.
- Les services dispensés par les médecins rémunérés à l'acte.
- Les taux de certaines maladies transmissibles.
- Le recours, tel que déclaré lors d'enquêtes, à ceux qui offrent des soins complémentaires et parallèles.

Ce que nous ignorons

- Combien d'enfants canadiens reçoivent tous les vaccins recommandés au moment prescrit.
- Les services dispensés par les médecins et les autres professionnels de la santé qui ne sont pas rémunérés à l'acte. Comment les modèles de soins ou les résultats cliniques diffèrent selon le dispensateur de services.
- Ce que seraient les répercussions d'une réforme des divers types de soins primaires sur les coûts et l'accès aux services, et quels en seraient les résultats.
- La contribution des groupes de bénévoles, communautaires et des groupes d'entraide à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et aux efforts de protection.

Ce qui se passe

- De nombreux modèles d'organisation des soins primaires sont testés au pays, dont plusieurs incluent des plans d'évaluation.
- Une démarche nationale est en cours pour améliorer le suivi et la déclaration de la vaccination des enfants.
- À compter de l'automne 2000, l'Enquête canadienne sur la santé communautaire mesurera l'utilisation des services de prévention dans les régions au sein des provinces.

5. La pierre angulaire : les hôpitaux au Canada



Les établissements de soins de santé au Canada sont souvent les symboles les plus visibles du système de santé dans nos collectivités. On en trouve de toutes les formes et de toutes les tailles — des hôpitaux d'enseignements aux centres de réadaptation en passant par les établissements de soins des malades chroniques, les foyers d'accueil et les postes infirmiers en région éloignée.

La majorité des hôpitaux offrent une multitude de services diagnostiques et thérapeutiques à court terme aux patients souffrant de diverses maladies et blessures. Certains ont également des lits, des unités ou des bâtiments réservés aux soins de longue durée. D'autres hôpitaux traitent des groupes particuliers de patients tels les enfants, les femmes enceintes, les personnes souffrant d'un cancer ou de problèmes psychiatriques. D'autres encore offrent des services de réadaptation ou des soins de longue durée.

Au Canada, le secteur des hôpitaux au Canada est à la baisse depuis plus d'une décennie. Le Rapport annuel des établissements de santé de l'ICIS recensait plus de 800 hôpitaux au pays en 1997. Ensemble, ils comptaient plus de 132 000 lits approuvés, une baisse importante par rapport à 1992 (voir figure 3).*

Cette section porte sur les hôpitaux de soins de courte durée au Canada, un secteur pour lequel on dispose de plus de données que pour plusieurs autres. Les utilisateurs des hôpitaux, l'accessibilité aux soins hospitaliers et leur efficacité, la pertinence des services obstétricaux, la durée des périodes d'attente, y sont étudiés.

Qui utilise les hôpitaux?

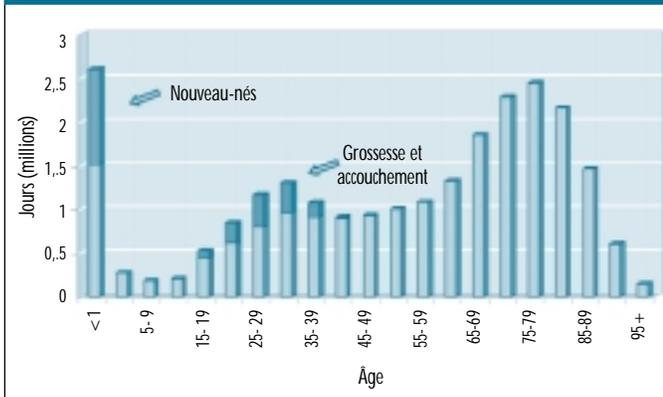
Les soins aux personnes âgées (les Canadiens de 65 ans et plus), de même que la grossesse et l'accouchement, représentent la part du lion des admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée. En 1997-1998, bien que les personnes âgées représentaient 12 % de la population canadienne, on leur attribuait 31 % des séjours dans les hôpitaux de soins de courte durée et la moitié des jours passés à l'hôpital. Les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires, les troubles respiratoires et les problèmes digestifs, étaient les causes principales des admissions pour la nuit des personnes âgées. Pourtant, plusieurs aînés sont plus en santé que jamais. Certains faits laissent croire que l'utilisation accrue des services n'est pas causée par le vieillissement de la population en soi mais plutôt par l'intensité des soins dont les personnes âgées font l'objet.⁴

* Estimations préliminaires basées sur les hôpitaux déclarants.

Remarque : cette modification est causée en partie par un changement dans les pratiques de déclaration de certains petits hôpitaux.

Utilisation des jours dans les hôpitaux de soins de courte durée

Millions de jours de fréquentation dans les hôpitaux de soins de courte durée selon l'âge du patient, en 1997-1998.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

L'égalité d'accès en vertu de l'assurance-maladie : réalité ou fiction?

L'assurance-maladie élimine un facteur qui influence les taux d'utilisation dans certains autres pays — la capacité du patient à payer pour recevoir des soins. La *Loi canadienne sur la santé* garantit l'accès universel à tous les services hospitaliers et médicaux jugés nécessaires au plan médical. Dans quelle mesure cette loi élimine-t-elle les obstacles à l'accès pour les personnes à faible revenu?

Une étude effectuée en 1997 par des chercheurs du *Centre for Health Policy and Evaluation*⁵ du Manitoba a révélé que les habitants des quartiers les plus pauvres de Winnipeg étaient plus susceptibles de voir un médecin de famille et d'être hospitalisés que ceux des quartiers où les revenus sont moyens ou élevés.

On ne pouvait pas en dire autant des renvois aux spécialistes, qui étaient aussi fréquents peu importe le niveau de revenu. Cependant, cette constatation ne s'appliquait pas à certains types d'interventions, tels les pontages aortocoronariens. En dépit des taux plus élevés de décès causés par des maladies cardiaques ischémiques, les taux de pontage aortocoronarien dans les quartiers les plus

pauvres de Winnipeg étaient inférieurs de 36 % aux taux des quartiers les mieux nantis.

Des études récentes effectuées ailleurs au Canada ont donné lieu à des résultats similaires. Ainsi, une étude réalisée en 1999 par des chercheurs du *Institute of Clinical and Evaluative Sciences* de l'Ontario⁶ qui portait sur les soins reçus après une crise cardiaque entre avril 1994 et mars 1997 a montré que les Ontariens vivant dans des régions à revenu faible et moyen étaient moins susceptibles de subir une opération au cœur que ceux vivant dans les régions les plus riches, même si leur état était semblable. De plus, leurs probabilités de mourir pendant l'année suivant une hospitalisation pour une crise cardiaque étaient plus grandes.

Comment les quartiers de Winnipeg se comparent

Ratios par rapport aux quartiers les plus riches en 1992. Un ratio inférieur à 1 signifie que la valeur ou le taux dans les quartiers les plus riches était plus élevé que dans les quartiers les plus pauvres (p. ex. le revenu moyen des quartiers les plus pauvres était de 30 % inférieur à celui dans les quartiers les plus riches).

	Revenu élevé	Revenu moyen	Faible revenu
Revenu	1,0	0,6	0,3
Diplôme d'études secondaires	1,0	0,9	0,8
Hospitalisations pour une nuit	1,0	1,3	1,7
Services d'un omnipraticien	1,0	1,1	1,4
Renvois à des spécialistes	1,0	1,0	1,0
Pontage	1,0	1,2	0,6
Taux de mortalité, 0-74 ans	1,0	1,4	3,4

Source : étude du Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation

Des mères et des enfants d'abord!

En moyenne, mille bébés naissent chaque jour au Canada (et ce, surtout dans les hôpitaux). Les mères et les bébés sont donc au nombre des clients les plus fréquents des hôpitaux.

Dans la grande majorité des cas, la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement. Cet état de fait a incité des experts de la *Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada* à évaluer la

situation et à mettre au point des lignes directrices pour des soins adéquats avant, pendant et après la naissance.⁷ Ces experts ont noté entre autres que la plupart des femmes, même une grande partie de celles qui ont déjà eu une césarienne, peuvent accoucher par voie vaginale sans danger. En fait, il serait moins risqué pour la mère qui a déjà eu une césarienne qu'on procède à un accouchement par voie vaginale, ce qui permet aussi un séjour hospitalier plus court.

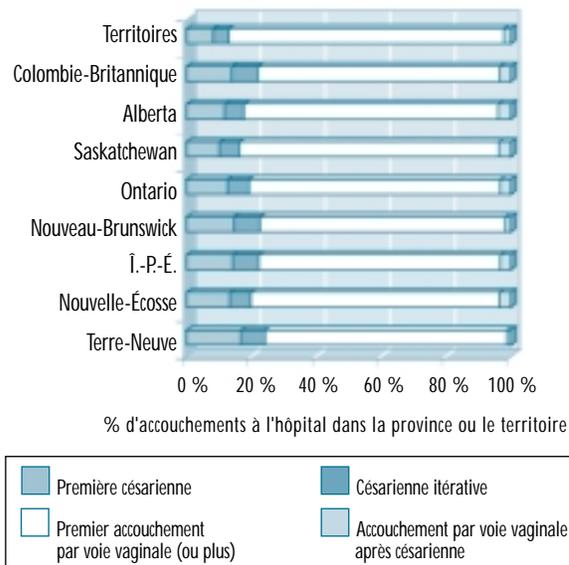
En 1985, des experts du monde entier réunis par l'Organisation mondiale de la Santé ont conclu qu'une césarienne ne serait avantageuse pour les femmes (et leurs bébés) que dans 10 à 15 % des cas.⁸ La dernière fois que le taux canadien était inférieur à 15 % remonte à 1979. Nos taux ont augmenté de façon régulière de 1979 à 1987, puis ont diminué graduellement jusqu'au milieu des années 1990. Depuis, les taux ont recommencé à grimper. Les données nationales les plus récentes indiquent que 18,7 % des accouchements dans les hôpitaux étaient des césariennes en 1997-1998; ce taux se chiffrait à 17,7 % cinq ans auparavant.

En certains endroits du pays, les taux de césarienne sont à la fois substantiellement inférieurs et supérieurs à la moyenne nationale. Six des grandes régions sanitaires du pays (plus de 100 000 habitants) affichaient des taux inférieurs à 15 % en 1997-1998, alors que dans quatre autres régions, plus de 25 % des mères avaient eu une césarienne. Les taux pour ces régions sont présentés dans l'encart *Indicateurs de santé 2000*.

37

Comment naissent les bébés

En 1998-1999, la plupart des mères canadiennes ont accouché par voie vaginale. Toutefois, comme on peut le voir ci-dessous, les taux de césariennes variaient grandement au pays. (Les données du Québec et du Manitoba n'étaient pas disponibles.)

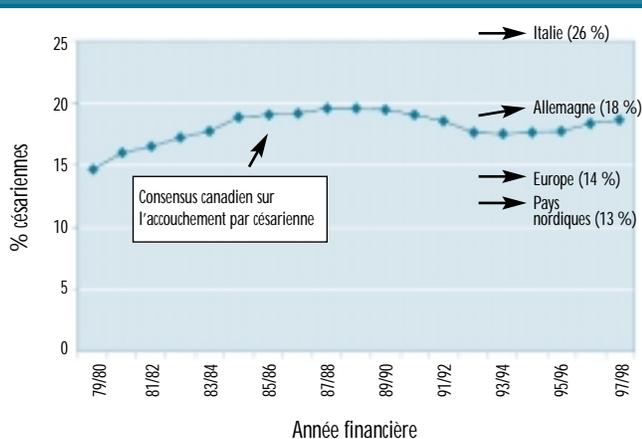


Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

36

Taux de césariennes au pays

Césariennes en pourcentage du total des accouchements dans les hôpitaux canadiens entre 1979-1980 et 1997-1998 et pourcentage des césariennes dans certains pays d'Europe en 1997.



Source : Rapports sur la santé, Statistique Canada (1979-1980 à 1993-1994), Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS (1994-1995 à 1997-1998) et Santé pour tous, bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (données européennes)

Certaines questions fondamentales demeurent sans réponse. Pourquoi les mères de Victoria ont-elles eu des césariennes dans une proportion de 24,8 %, comparativement à 20,2 % dans la région de Simon Fraser et à 21,3 % dans la région de Vancouver/Richmond? Pourquoi les taux de césarienne des habitantes de la région du Thames Valley District Health Council (dans la région de London) étaient-ils inférieurs à 15 % alors qu'une mère sur cinq (20,1 %) à Toronto avait eu une césarienne?



Difficile de répondre avec exactitude. Mais plus de la moitié des variations régionales dans les régions sanitaires canadiennes s'expliqueraient par la fréquence des accouchements par voie vaginale des mères qui ont déjà eu une césarienne, une pratique plus courante dans les collectivités où les taux de césarienne sont moins élevés. À quoi cela tient-il? Aux préférences des mères? Aux modèles de pratique du personnel médical dans une région? À d'autres facteurs? On l'ignore.

L'évolution dans le taux de chirurgie

Qui a besoin d'une opération? Demandez à deux médecins et vous risquez d'avoir deux opinions différentes. En décidant d'opérer, les chirurgiens doivent évaluer toute une gamme de risques potentiels et d'avantages. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte — les autres traitements possibles, les risques relatifs à l'opération et à l'état de santé du patient comme les facteurs de risque, les préférences du patient et les avantages qu'il en retirerait. À l'échelle régionale, la prévalence d'une maladie, la disponibilité des ressources chirurgicales et non chirurgicales et d'autres facteurs sont autant d'éléments

qui peuvent influencer la façon dont la chirurgie est effectuée.

Au pays, on constate de grandes différences dans les pratiques chirurgicales et autres. À titre d'exemple, prenons les taux associés à trois types courants de chirurgie dont la fréquence a changé au fil du temps — les arthroplasties de la hanche et du genou et les hystérectomies (figure 38).

Même après correction des taux en fonction des différences d'âge de la population, les traitements chirurgicaux étaient beaucoup plus fréquents dans certaines grandes régions sanitaires (100 000 habitants ou plus) que dans d'autres. En 1997-1998, il y avait des différences du double au triple de ces taux dans les régions où se trouve une capitale provinciale (figure 39).



39

La chirurgie dans les régions des capitales canadiennes

Taux ajusté selon l'âge pour 100 000 habitants des régions pour des interventions chirurgicales effectuées en 1997-1998 (les taux d'hystérectomie sont pour les femmes de 20 ans et plus).

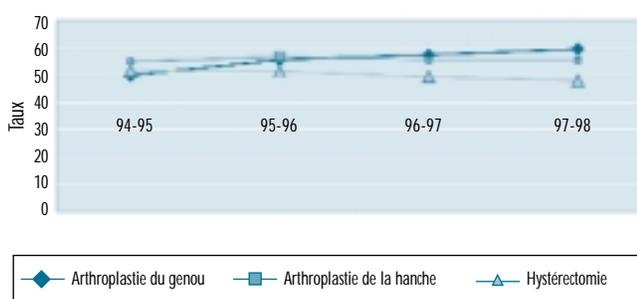
Région de la capitale provinciale	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie
Région de St. John's	31	33	538
Centre de la Nouvelle-Écosse	68	87	539
Région 3, Nouveau-Brunswick	64	84	549
Région de Québec	34	30	519
Toronto	55	56	327
Winnipeg	63	71	342
Regina	61	66	590
Edmonton	63	70	450
Victoria	62	40	531
Ratio extrême	2,2	2,9	1,8
Taux canadien	56	60	481

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

38

Tendances chirurgicales

Taux d'hospitalisation au Canada (normalisés selon l'âge) entre 1994-1995 et 1997-1998 où certaines interventions chirurgicales ont été effectuées (les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou sont pour 100 000 habitants et les taux d'hystérectomie sont pour 10 000 femmes de 20 ans et plus).



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Quel est le taux le plus approprié pour une collectivité en particulier? Est-ce qu'on effectue trop d'opérations dans certaines régions et pas assez dans d'autres? Les habitants de certaines parties du pays sont-ils plus susceptibles d'être malades? Pourquoi les taux d'interventions varient-ils? Personne ne sait pourquoi exactement. De telles variations méritent qu'on se penche sur le problème et qu'on recueille à cet effet de l'information

pour savoir ce qui fonctionne le mieux, pour qui, à quel moment, avec quels risques et quels avantages.

Dans certaines régions, de grands progrès ont déjà été réalisés. Par exemple, un rapport récent publié par l'*Institute for Clinical and Evaluative Sciences (ICES)*, *Cardiovascular Health and Services in Ontario*, présente un aperçu général des maladies cardiaques et des soins connexes dans cette province.⁹

Des chercheurs ont démontré que le fardeau de la cardiopathie variait grandement dans la province. Ainsi, en raison de crises cardiaques, les habitants d'Ottawa ont été hospitalisés deux fois moins souvent que les habitants du comté de Kent entre 1992-1993 et 1996-1997. L'ICES a également constaté qu'au moins un tiers des écarts dans le fardeau de la maladie entre les régions en Ontario pouvait être expliqué par des facteurs de risque traditionnels, tels que le tabagisme, l'obésité, l'inactivité physique, les régimes riches en gras, le diabète et la pression artérielle élevée.

Les schémas de soins variaient aussi. De région en région, d'hôpital en hôpital, on observait des différences appréciables. Par exemple, la probabilité qu'un patient voit un spécialiste dans les six mois suivant une crise cardiaque et la fréquence de l'utilisation des bêta-bloquants pour prolonger la vie d'une personne.

De plus, même après avoir fait les rajustements en fonction des facteurs de risque, la probabilité de mourir des suites d'une crise cardiaque fluctuait d'un endroit à l'autre. Par exemple, les habitants de la région desservie par le Muskoka, Nipissing, Parry Sound et Timiskaming District Health Council étaient plus susceptibles de mourir dans l'année suivant une crise cardiaque que ceux de la région du Halton-Peel District Health Council (taux de mortalité rajusté selon les risques de 27,4 % par rapport à 20,8 %).

Vivre plus longtemps après une transplantation

Lorsque les reins d'un patient cessent de fonctionner, deux traitements sont possibles : la dialyse à long terme ou la transplantation rénale. Lorsque le coeur, le foie ou les poumons sont en cause, la seule option est la transplantation.

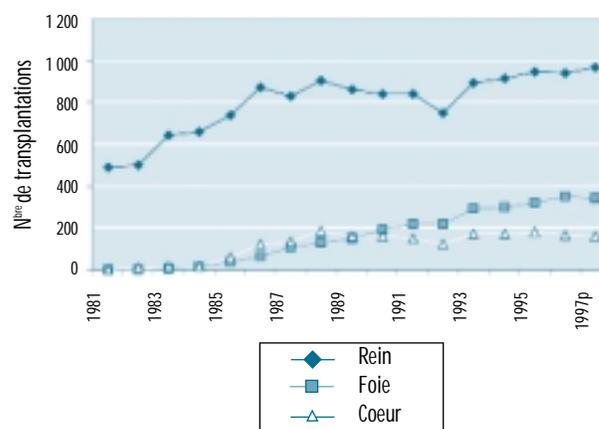
À la fin de 1997, plus de 12 000 Canadiens vivaient avec des greffons fonctionnels. Le nombre de personnes subissant des transplantations augmente chaque année. En 1997 seulement, 1 500 transplantations ont été effectuées au pays. Les reins (62 %) sont en tête de liste des transplantations d'organes simples; viennent ensuite le foie, le coeur et les poumons.

Grâce aux progrès de la technologie médicale, à une plus grande expérience chirurgicale et à une meilleure compréhension de la façon dont les patients doivent être soignés après une opération, les receveurs de greffes vivent plus longtemps que jamais. Un an après l'opération, 86 % des patients ayant reçu un foie entre 1992 et 1997 vivaient toujours, comparativement à 75 % de ceux qui ont été traités entre 1986

40

Croissance dans le nombre de transplantations

Nombre de transplantations choisies par million d'habitants, de 1981 à 1997 (estimation provisoire).



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS

et 1991. Le taux de survie était également meilleur pour les transplantations rénales et cardiaques.

Entre 1992 et 1997, les taux de survie étaient relativement semblables partout au pays, comme on peut le voir à la figure 42.

Les comparaisons internationales sont plus difficiles à établir en raison des différences systématiques dans l'âge, la santé et d'autres caractéristiques des donneurs et des receveurs. La tâche est compliquée en raison des différences dans la manière dont on recueille les données sur la survie. Ceci dit, on constate que les taux de survie après un

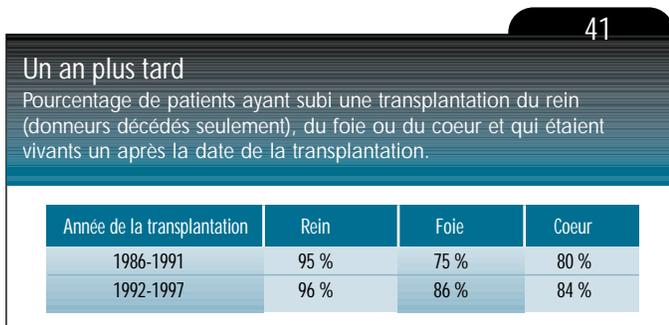
an (non rajustés en fonction des différences possibles dans les facteurs de risque) des patients ayant reçu des greffes au Canada et aux États-Unis en 1995 et 1996 étaient assez rapprochés. Il y avait bien certaines différences — parfois supérieures et parfois inférieures — dans les estimations de survie pour des groupes donnés, mais rien que les variations aléatoires ne pouvaient expliquer.

Malheureusement, tous ne peuvent pas bénéficier des avantages qu'offrent les transplantations. Au 31 décembre 1998, 3 434 patients attendaient une transplantation au Canada, soit une augmentation de 12 % par rapport à l'année précédente et de 88 % par rapport à 1991. En 1998, la plupart des patients (81 %) attendaient un rein.

Plusieurs personnes sont en attente d'une transplantation parce que les dons d'organes ne suffisent pas à la demande. Le nombre de transplantations effectuées a augmenté considérablement (de 36 % entre 1992 et 1997), mais les taux de don d'organes n'ont presque pas changé au cours des cinq dernières années. Les taux de don d'organes au Canada (14,4 par million d'habitants en 1997) sont toujours inférieurs à ceux d'autres pays développés.

Dans l'attente de soins : pendant combien de temps et à quelle fréquence?

L'attente pour des services tels que des traitements pour le cancer, des chirurgies cardiaques et des tests diagnostiques, est devenue un enjeu important au pays. Plusieurs facteurs influencent les périodes d'attente, notamment les changements dans le fardeau de la maladie, le nombre de praticiens, les tendances des renvois aux spécialistes et la disponibilité des salles d'opération et d'autres ressources.



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS

Malheureusement, des données qui soient comparables et valides sur qui attend quoi, pour combien de temps et les facteurs qui influencent les périodes d'attente sont rares. Des équipes de recherche mandatées par Santé Canada en 1998 pour étudier cette question en sont venues à la conclusion suivante :

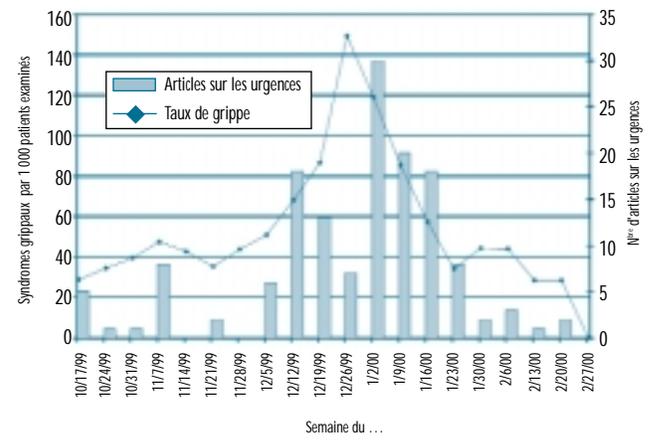
À de rares exceptions près, les listes d'attente au Canada, comme dans la plupart des pays, sont non standardisées, organisées de façon capricieuse, mal contrôlées, et (selon des observateurs très bien renseignés) ont grand besoin de réaménagement. Comme telles, la plupart des listes dont on se sert présentement sont au mieux des sources trompeuses de données sur l'accès aux soins de santé, et au pire des instruments de désinformation, de propagande et de zizanie générale. Là où on compile soigneusement et précisément les données de listes d'attente et où on les contrôle de façon routinière, par exemple, pour les procédures cardiaques en Ontario ou pour radio-oncologie en Colombie-Britannique, le public en bénéficie vraiment.¹⁰

Le problème se complique parce qu'on ignore quels sont les effets à long terme des périodes d'attente, que ce soit pour une opération, de la chimiothérapie ou d'autres interventions, sur l'état de santé des patients.

Néanmoins, des données de qualité existent pour certains domaines. En plus, on disposera bientôt de meilleures méthodes pour surveiller les périodes d'attente et produire une information plus comparable. Ce rapport porte sur deux domaines pour lesquels des données existent à l'heure actuelle — l'attente dans les salles d'urgence pour un lit d'hôpital et les périodes d'attente en chirurgie.

Les urgences font la manchette pendant la saison de la grippe

En l'an 2000, le moment où l'on a signalé le plus grand nombre de syndromes grippaux au début de janvier coïncidait avec la publication d'un grand nombre de reportages dans les médias sur l'encombrement des salles d'urgence. Les reportages en provenance de quelques villes contrastaient avec les autres - en partie à cause de programmes de prévention visant à réduire la demande sur les hôpitaux. Le graphique ci-dessous montre le taux de syndromes grippaux par 1 000 patients vus par des médecins et le nombre d'articles sur l'encombrement des salles d'urgence figurant dans 11 des 15 journaux canadiens à grand tirage.



Sources : FluWatch, Santé Canada, et divers services électroniques de coupures de presse

L'encombrement des salles d'urgence : prévisible et évitable?

En janvier 2000, les salles d'urgence encombrées ont fait les manchettes au pays. Comme l'hiver dernier. Et l'année passée.

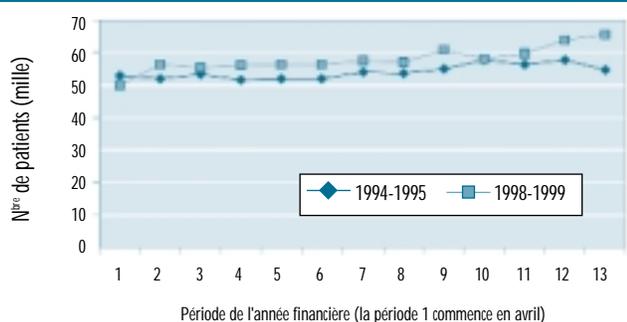
Que se passe-t-il?

L'encombrement des salles d'urgence résulte de nombreux facteurs, dont le nombre de personnes qui s'y présentent, leur état de santé, les événements au service d'urgence, le nombre de lits disponibles dans l'hôpital, la disponibilité des soins communautaires et autres. Lorsque tous les lits sont occupés, les patients devant être hospitalisés attendent sur des civières dans les couloirs des salles d'urgence bondées. Des études réalisées dans plusieurs provinces confirment que les visites aux salles d'urgence atteignent un sommet pendant l'hiver,

44

Utilisation des salles d'urgence au Québec

Milliers de personnes arrivées dans les salles d'urgence sur des civières au Québec, 1994-1995 et 1998-1999.



Source : Situation dans les urgences en 1999

la saison des gripes. Ainsi, un rapport¹¹ publié l'an dernier par le gouvernement du Québec a révélé que le nombre moyen de visites par mois était 6,7 % plus élevé en 1998-1999 qu'en 1994-1995. Les augmentations les plus marquées avaient eu lieu en novembre, février et mars — surtout en raison des niveaux plus élevés de troubles respiratoires et d'autres maladies pulmonaires.

Des chercheurs du *Centre for Health Policy and Evaluation* du Manitoba ont suivi les tendances saisonnières des admissions dans les hôpitaux à Winnipeg pour plus d'une décennie.¹² L'étude a révélé que des points

de haute pression — des moments où l'utilisation des hôpitaux était beaucoup plus élevée qu'à l'habitude — se produisaient presque chaque année. Pour une période courte mais intense d'une à trois semaines quelque temps entre décembre et avril, les hôpitaux locaux étaient submergés d'un nombre anormalement élevé de patients venus pour des traitements non chirurgicaux. Plusieurs des 70 à 80 patients supplémentaires avaient la grippe ou une maladie connexe.

La même chose se produit un peu partout au Canada. Depuis octobre 1996, 14 hôpitaux dispersés un peu partout au pays retracent les périodes d'attente dans les salles d'urgence, dans le cadre d'un projet pilote national parrainé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. En 1998-1999, plus de la moitié des patients hospitalisés après s'être rendus à l'urgence ont attendu moins de deux heures pour un lit après qu'un professionnel de la santé ait recommandé l'admission. La durée moyenne de l'attente a augmenté à cause d'un petit nombre de patients dont l'attente avait été exceptionnellement longue. On observe tout de même des modèles saisonniers. Par exemple, en 1998-1999, les périodes d'attente moyennes en janvier et en février étaient d'une heure plus longue que pendant les mois d'été (figure 45).

La réponse réside-t-elle dans l'augmentation du nombre de lits? Probablement pas. Des chercheurs du Manitoba ont aussi constaté que l'utilisation des hôpitaux sur une période de 11 ans était à son maximum en hiver, une période pendant laquelle on a fermé 700 lits d'hôpitaux à Winnipeg. L'étude pilote nationale a démontré que dans 85 % des cas, pendant qu'une personne passait plus d'une journée à la salle d'urgence en attente d'un lit, un autre patient dans le même hôpital, au même moment, était, selon les médecins, assez bien pour se faire soigner ailleurs.

45

Dans l'attente d'un lit

Nombre d'heures moyen que les patients admis par l'urgence ont attendu pour un lit d'hôpital dans 14 hôpitaux pilotes déclarant leurs données d'avril 1997 à mars 1999 (exclut les patients pour qui les temps d'attente sont inconnus).*



* Selon les congés et les décès entre le 1^{er} avril 1997 et le 31 mars 1999.

Source : Projet pilote du CCASS, Base de données sur les congés des patients, ICIS

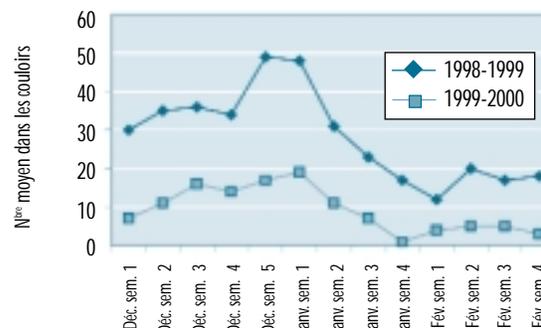
Cette personne avait probablement encore besoin de soins, mais pas nécessairement dans un hôpital de soins de courte durée.

Les autorités sanitaires utilisent ce genre d'information pour tenter de réduire la demande dans les salles d'urgence pendant les périodes les plus achalandées. Les premiers signes indiquent que leurs efforts portent fruit. Ainsi, en novembre 1999, le Manitoba informait la population d'un plan en cinq points visant à régler la question de la « médecine de couloir ».¹³ Le plan prévoyait des lits supplémentaires pour répondre aux besoins pendant la saison des gripes, des formalités d'admission et de congé rationalisées, une campagne intensifiée de vaccination contre la grippe et un vaste programme de soins à domicile. Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions, mais, à court terme, ces dispositions semblent avoir eu des effets positifs. Par exemple, le nombre de « points d'alerte » — les périodes pendant lesquelles 60 patients ou plus attendent un lit dans les salles d'urgence de Winnipeg — était moins élevé en décembre 1999 et en janvier 2000 que l'année précédente. De plus, le [ministère de la Santé du Manitoba](#) rapporte une diminution du nombre moyen de patients dans les couloirs des services d'urgence qui attendent d'être hospitalisés. En fait, contrairement à l'année précédente, les couloirs des salles d'urgence sont restés vides pendant six jours en janvier 2000.

Tout comme au Manitoba, les vaccins contre la grippe sont l'élément fondamental de la plupart des programmes communautaires qui visent à réduire les visites à l'urgence. Santé Canada recommande la vaccination annuelle contre la grippe pour les personnes âgées (y compris celles dans des foyers d'accueil) et les groupes à risque élevé. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, seulement 51 % des Canadiens de 65 ans et plus ont déclaré avoir été

Dans les couloirs

Nombre moyen de patients admis attendant dans les couloirs des salles d'urgence de Winnipeg chaque jour en décembre, janvier et février de 1998-1999 et 1999-2000.



Source : ministère de la Santé du Manitoba

vaccinés contre la grippe au cours de l'année précédente. Les taux de vaccination varient considérablement au pays, s'échelonnant entre 34 % au Québec et 60 % en Nouvelle-Écosse et en Ontario. L'amélioration de la collecte de l'information ayant trait aux salles d'urgence devrait contribuer à mieux suivre les résultats des programmes de prévention et à mieux planifier l'avenir.

Les périodes d'attente en chirurgie

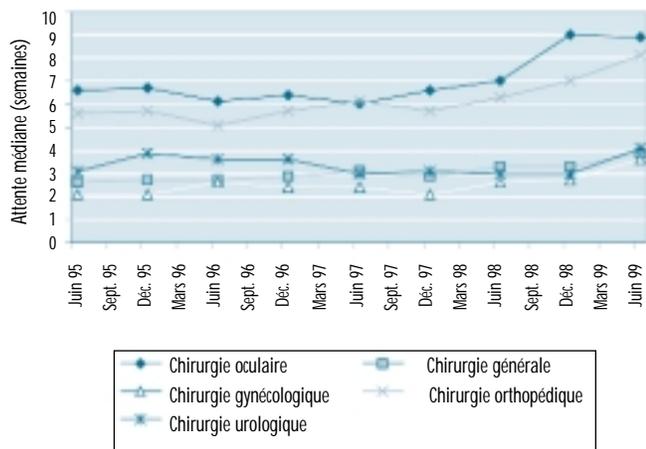
Il n'existe pas de liste d'attente à l'échelle nationale pour la chirurgie. Dans la plupart des régions et pour la plupart des interventions, il n'existe même pas de liste partagée de tous les patients en attente de soins. Néanmoins, on dispose de quelques renseignements sur qui attend pour quoi — et pendant combien de temps.

Comment les périodes d'attente ont-elles changé dans les années 1990? Du point de vue du patient, l'attente commence au moment où l'on détermine qu'il a besoin de soins plus spécialisés. Par exemple, après une première évaluation par un médecin de famille, les patients souffrant de problèmes cardiaques peuvent ensuite être dirigés vers un cardiologue, puis un chirurgien pour subir des tests diagnostiques et une opération.

47

Les temps d'attente en Colombie-Britannique

Nombre médian de semaines que les patients en Colombie-Britannique ont attendu entre le moment où la chirurgie a été réservée et pratiquée, pour les cinq catégories de chirurgie les plus courantes, 1995 à 1999.



Source : Provincial Waiting List Trends, B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Des études récentes effectuées en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, ont examiné la dernière partie de cette démarche.

En Colombie-Britannique, plus de 30 des plus grands hôpitaux de la province font régulièrement un rapport au [ministère de la Santé](#) et au ministère responsable des personnes âgées sur les périodes d'attente pour diverses interventions chirurgicales. Les résultats — par hôpital et par chirurgien — sur les périodes d'attente sont affichés sur le site Web du ministère. Leurs données révèlent que les périodes d'attente varient d'un hôpital à l'autre et d'un spécialiste à l'autre.¹⁴

Le plus récent rapport d'étape¹⁵ de la Colombie-Britannique contient des données jusqu'en juin 1999 pour 17 catégories de chirurgie non urgente. Les périodes médianes — la période où une moitié des patients attend moins longtemps et l'autre moitié, plus longtemps — s'échelonnaient entre 2,4 semaines pour la chirurgie

vasculaire et 4,3 mois pour les transplantations cornéennes.* Pour plusieurs types de chirurgie, les périodes d'attente étaient supérieures à ce qu'elles étaient six mois auparavant. Dans la plupart des cas, l'augmentation correspondait à moins d'une semaine. Les périodes d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou avaient le plus augmenté (4,0 et 3,4 semaines respectivement). L'attente pour les patients devant subir certains types d'interventions était moins longue — une semaine de moins pour la chirurgie cardiaque et 0,7 semaine de moins pour les transplantations cornéennes — ou à peu près la même (0,1 semaine de moins pour la chirurgie ophtalmologique et des cataractes).

Des chercheurs du Manitoba¹⁶ ont eu recours aux réclamations au régime provincial d'assurance-maladie pour retracer le temps écoulé entre le moment où la décision d'opérer a probablement été prise et l'opération elle-même. Ils se sont concentrés sur huit interventions chirurgicales non urgentes, c'est-à-dire celles qui traitent des problèmes qui ne posent pas de danger immédiat pour la santé du patient (tels l'ablation de la vésicule biliaire, l'amygdalectomie et le dégagement du canal carpien), deux interventions coronariennes (pontage et angioplastie) et la chirurgie des cataractes. Ils ont constaté que les périodes d'attente pour les chirurgies non urgentes étaient relativement stables entre 1992-1993 et 1996-1997. En réalité, les périodes d'attente pour trois des interventions avaient diminué de quatre à sept jours. Seules les périodes d'attente pour deux interventions étaient plus longues — l'attente pour l'enlèvement des varices avait augmenté de 13 jours et celle pour le dégagement du canal carpien, de huit jours.

L'étude de la Nouvelle-Écosse¹⁷ a utilisé des méthodes semblables pour retracer les

* Les périodes d'attente pour les transplantations cornéennes et les autres types de transplantations dépendent largement de la disponibilité des tissus ou des organes appropriés.

périodes d'attente pour les cent principales interventions non urgentes faites entre 1992-1993 et 1995-1996. Les chercheurs ont conclu que le nombre total d'interventions effectuées dans la province avait augmenté et que les périodes d'attente avaient diminué. Les périodes d'attente moyenne pour les chirurgies orthopédiques, les arthroplasties, les hystérectomies et les ablations de la vésicule biliaire étaient à la baisse. Par contre, la période d'attente moyenne pour la chirurgie des cataractes avait augmenté.

pour un traitement et des périodes d'attente qu'ils jugent « raisonnables ». Les spécialistes qui ont répondu au plus récent sondage (23 % des médecins à qui on a demandé de répondre)¹⁸, croyaient en général qu'un plus grand nombre de Canadiens attendaient un traitement (une augmentation de 13 % entre 1997 et 1998) et que les périodes d'attente étaient plus longues. Cette perception n'est toutefois pas partagée partout; en effet, des exceptions ont été rapportées dans certaines provinces. Les comparaisons sont difficiles à établir en raison des différences dans les définitions. Toutefois, pour plusieurs types d'interventions, il semble que l'attente prévue déclarée prospectivement au moyen de l'étude du *Fraser Institute* en 1998 était beaucoup plus longue que l'attente observée déclarée rétrospectivement par les hôpitaux pour la même période de temps.

48

Démêler les faits

Les résultats des études sur les temps d'attente semblent se contredire, mais les méthodes utilisées et les sources de données peuvent expliquer les différences. Par exemple, une revue effectuée récemment par la *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*¹⁹ indique que les rapports provinciaux qui font appel aux données sur les attentes observées sont une meilleure mesure de l'expérience réelle, alors que les sondages d'opinion auprès des médecins reflètent mieux le niveau de satisfaction des professionnels de la santé face aux temps d'attente. Le tableau ci-dessous décrit quelques-unes des différences présentes dans les études sur les temps d'attente.

Étude	Source de données	Conclusion générale	Attente(s) mesurée(s)	Période
C.-B.	Expérience des patients déclarée par les hôpitaux	Attentes généralement stables jusqu'à la fin de 1998; tendance à augmenter dans les 6 mois suivants	Réservation de la chirurgie à la chirurgie	Juin 1995 - juin 1999
Manitoba	Expérience des patients selon réclamations à l'assurance-maladie	Peu de changements	Visite au spécialiste à la chirurgie	1992-1993 - 1996-1997
Nouvelle-Ecosse	Expérience des patients selon réclamations à l'assurance-maladie	Attentes généralement en baisse, sauf pour chirurgie de la cataracte	Visite au spécialiste à la chirurgie	1992-1993 - 1995-1996
Fraser Institute	Sondage de l'opinion des médecins sur attentes prévues	Attentes généralement en hausse	Visite à l'OM au spécialiste au traitement	1991-1998

Les périodes d'attente en cardiologie

Une bonne compréhension du phénomène des périodes d'attente, que ce soit pour des soins cardiaques ou d'autres types de soins, s'avère complexe. Premièrement, il ne suffit pas de savoir pendant combien de temps une personne attend. Il faut aussi connaître la conséquence que peut avoir l'attente, dont le risque de développer des problèmes sérieux, y compris un décès ou une crise cardiaque. Le risque n'est pas le même pour tous. Même pour les patients pour qui l'attente ne représente pas de risque élevé, les conséquences sur leur vie peuvent être importantes : incapacité de travailler, de prendre soin des autres membres de la famille, etc. Par conséquent, nous devons mieux comprendre les risques auxquels les patients sont confrontés et les effets de l'attente sur la qualité de vie.

Deuxièmement, les périodes d'attente peuvent être définies de différentes façons. Par exemple, le point de départ de l'attente pour un pontage peut être la date du

Le *Fraser Institute* étudie l'opinion des médecins au sujet des périodes d'attente prévues plutôt que les périodes d'attente réelles. Il réalise un sondage auprès des spécialistes pour connaître leur avis sur la longueur de la liste d'attente, sur le temps que les nouveaux patients peuvent attendre

cathétérisme ou la date de la consultation avec un chirurgien en cardiologie. Aucune définition n'est « parfaite ». Chaque définition comporte ses pour et ses contre. Il faut néanmoins réconcilier ces différences si l'on veut établir des comparaisons qui aient un sens pour les secteurs de compétence.

Troisièmement, il est trompeur d'observer les périodes d'attente pour une seule intervention. Par exemple, la disponibilité des équipements d'angioplastie pour traiter les patients non urgents dépend de l'utilisation de ces équipements pour traiter les urgences comme les crises cardiaques. Parallèlement, certains patients qui reçoivent d'urgence un traitement d'angioplastie n'auront pas besoin d'un pontage, ce qui aura des répercussions sur les périodes d'attente en chirurgie. Puisque l'utilisation de l'angioplastie d'urgence n'est pas uniforme au pays, les périodes d'attente pour

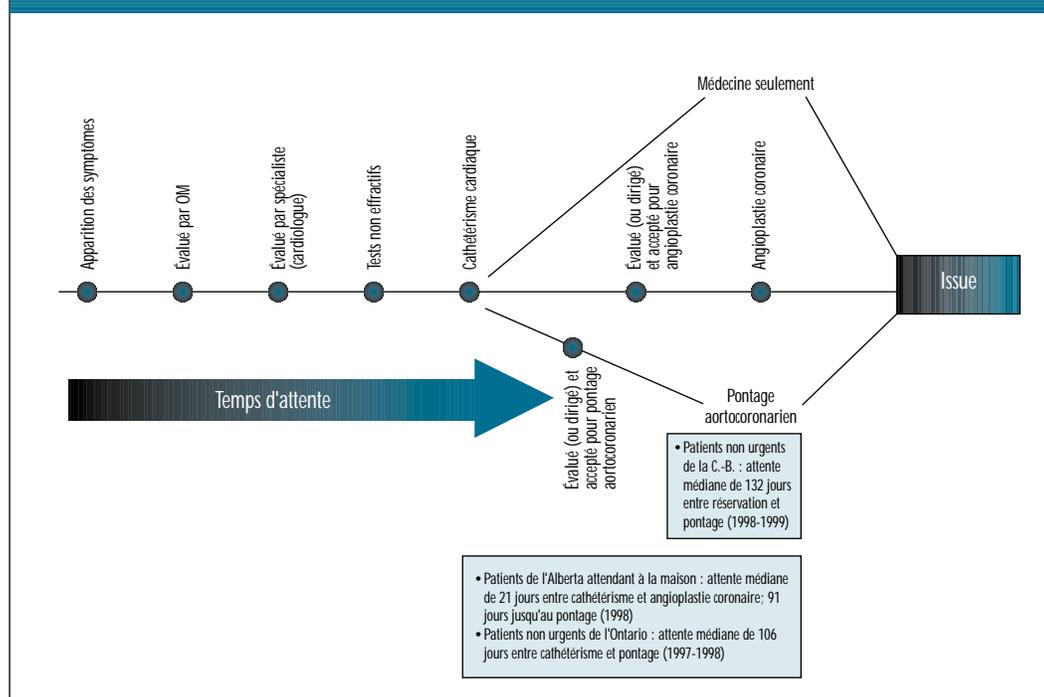
l'angioplastie et les pontages doivent être étudiées ensemble et séparément.

En dernier lieu, bien qu'il existe certains renseignements sur les périodes d'attente pour des interventions précises (comme le cathétérisme, l'angioplastie et le pontage), du point de vue du patient, ceci correspond à une partie seulement de tout le temps qu'il a attendu. Il importe aussi de savoir combien de temps un patient présentant des symptômes cardiaques peut attendre pour voir son médecin de famille, être dirigé vers un spécialiste pour subir des tests préliminaires et recevoir d'autres services (figure 49).

Pour tenter de recueillir des renseignements sur le nombre de personnes qui attendent un traitement et pendant combien de temps, des médecins et des planificateurs des soins de santé ont mis sur pied des registres cardiaques dans plusieurs provinces. Parmi ceux-ci,

Comprendre les temps d'attente pour des soins cardiaques

Le graphique ci-dessous illustre une voie typique que les patients peuvent avoir à suivre entre l'apparition de symptômes cardiaques et leur issue, de même que des échantillons de temps d'attente pour les patients de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario selon les méthodes de mesure des temps d'attente en vigueur pendant l'année de la collecte des données. En raison de différences dans les périodes et les définitions, ces temps d'attente ne sont pas directement comparables.



Source : B.C. Cardiac Registry, APPROACH, et le Cardiac Care Network avec l'ICES

mentionnons le *British Columbia Cardiac Registry*, **APPROACH** (*Alberta Provincial Program on Outcome Assessment in Coronary Heart Disease*), le *Cardiac Care Network* en Ontario qui travaille en collaboration avec l'*Institute for Clinical and Evaluative Sciences* (ICES), un registre pour le centre et l'est du Québec (Laval), **ICONS** (*Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia*) et la section d'Halifax de la base de données de la *Society of Thoracic Surgeons*. Dans le cadre du projet *Canadian Cardiovascular Information Network*, un groupe de chercheurs associés à ces registres ont commencé à travailler pour améliorer notre compréhension de la question de l'attente en cardiologie et pour régler les problèmes présentés ci-dessus. À l'heure actuelle, on ne peut pas comparer les périodes d'attente entre les provinces. De telles comparaisons résulteront du travail d'élaboration de définitions communes et de l'amélioration de la collecte des données.

De nouvelles façons de faire dans les hôpitaux

D'un bout à l'autre du pays, les administrateurs cherchent des moyens rentables de dispenser des soins qui répondent aux besoins des patients. À cet égard, deux domaines présentent un intérêt particulier : la durée des séjours à l'hôpital et le recours aux solutions de rechange aux soins de courte durée en milieu hospitalier.

Des hospitalisations plus courtes

Les hôpitaux de soins de courte durée mesurent leur efficacité en comparant entre autres la durée prévue des séjours et la durée réelle. Pour prévoir la durée d'un séjour, on tient compte des facteurs suivants : le type de patients, leur âge et la présence de complications ou d'autres problèmes qui peuvent compliquer les soins dispensés.

50

La durée des séjours à l'hôpital

Durée moyenne des séjours par rapport à la durée prévue en 1998-1999 pour les régions sanitaires comptant au moins 100 000 habitants (données non disponibles pour les régions du Québec).



Nombre moyen de jours inférieur et supérieur à la durée prévue, 1998-1999



Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

Dans certaines régions du pays, les séjours hospitaliers ont été en moyenne plus courts que ceux d'autres régions et ce, depuis plusieurs années. Ainsi, les habitants de plusieurs régions sanitaires de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario sont restés moins longtemps à l'hôpital que ce qu'on avait prévu en 1997-1998 et en 1998-1999. Les données existantes n'ont pas permis de calculer la durée prévue des séjours pour le Québec et le Manitoba (à l'exception de Winnipeg).

i

Des solutions de rechange aux soins hospitaliers

Comment faire le meilleur usage possible des fonds alloués au système de santé? L'une des solutions de rechange serait d'offrir des soins d'un jour aux patients dont le traitement ne nécessite pas une hospitalisation.

Dans certains domaines de la santé, des progrès remarquables ont été faits, grâce notamment aux nouvelles techniques

chirurgicales, ce qui permet une meilleure planification pré-et post-chirurgicale et le développement des services de chirurgie d'un jour et ce, dans tout le pays. Pour la première fois, les hôpitaux de l'Ontario ont effectué plus d'un million de chirurgies d'un jour en 1997-1998, et ce nombre a encore augmenté l'année suivante.

Il y a encore place à l'amélioration. Par exemple, des milliers de patients sont admis chaque année pour des problèmes qui, d'après les experts, ne justifiaient pas une hospitalisation. On pense notamment aux amygdalectomies, qui peuvent souvent être pratiquées en clinique externe. Il y a aussi des médecins qui hospitalisent des patients (entre autres des enfants ayant la coqueluche) à des fins d'observation. La plupart de ces patients avaient besoin de soins mais pas nécessairement d'être hospitalisés.

Les taux d'hospitalisations possiblement évitables varient considérablement au pays.

En 1998-1999, les régions urbaines comme Hamilton-Wentworth, Edmonton et Quinte, Kingston et Rideau District Health Council affichaient les taux les plus bas. Les régions rurales et isolées avaient souvent des taux plus élevés, à défaut peut-être de solutions de rechange comme les chirurgies et les soins d'un jour.

i

Quand vient le temps de partir...

Pour plusieurs patients, des soins de suivi doivent être organisés avant qu'ils puissent quitter l'hôpital. Les planificateurs des congés des patients sont responsables de les aider à obtenir l'appui dont ils ont besoin pour rentrer à la maison ou à faire la transition facilement entre divers types de soins. Seuls les hôpitaux ontariens surveillent systématiquement si on a fait appel à ces spécialistes. Comme on peut s'y attendre, les données de l'ICIS pour 1998-1999 révèlent que les planificateurs des congés des patients étaient plus susceptibles de prendre une part active au congé des patients qui étaient transférés dans d'autres établissements de soins de santé, comme les établissements de soins des malades chroniques, les centres de réadaptation, les foyers d'accueil et les soins à domicile, que ceux qui n'ont pas reçu ces services.

Les lacunes de l'information : les hôpitaux, y compris les salles d'urgence

Ce que nous savons

- Le type de patients qui reçoivent des soins en milieu hospitalier, la durée de leur séjour et les interventions pratiquées.
- L'information financière (y compris les sources de financement et l'affectation des fonds) pour les hôpitaux qui déclarent ces données.
- Le nombre de visites aux salles d'urgence, aux cliniques et à d'autres services offerts par les hôpitaux qui déclarent ces données.
- Les périodes d'attente et les services en salle d'urgence grâce aux données locales ou provinciales sélectionnées à cet effet.
- Les études sur les périodes d'attente pour des interventions chirurgicales données dans certaines provinces.

Ce que nous ignorons

- Les types de services dispensés dans les services d'urgence et les cliniques externes.
- Si les périodes d'attente dans les salles d'urgence et pour d'autres types de soins hospitaliers sont respectées dans les limites recommandées.
- Les corrections apportées, si elles sont possibles, pour tenir compte des variations saisonnières dans l'utilisation des urgences et des soins hospitaliers.
- Le degré de satisfaction des patients et de leur famille à l'égard des soins reçus dans les hôpitaux.
- La façon dont les choses se passent pour les patients après leur départ de l'hôpital.

Ce qui se passe

- Une série de normes d'information sur les soins offerts dans les hôpitaux de soins de courte durée sera instaurée sous peu.
- Les chercheurs continuent d'élaborer de nouveaux indicateurs pour surveiller le rendement des hôpitaux.
- De l'information normalisée à l'échelle de la province sur les services d'urgence est déjà disponible en Alberta; la présentation de l'information en Ontario commencera au courant de l'année 2000.
- Plus d'hôpitaux commencent à surveiller les périodes d'attente des patients admis à l'urgence et à partager cette information.
- Le projet *Western Canada Waiting List Project* vise à développer des outils cliniques valides et utiles pour aider à gérer les périodes d'attente pour la chirurgie des caracates, les services de santé mentale à l'intention des enfants, la chirurgie générale, les arthroplasties de la hanche et du genou et l'IRM.
- Des démarches sont en cours dans plusieurs provinces pour améliorer la déclaration des données financières des hôpitaux.

6. Les soins après une hospitalisation

Après leur séjour à l'hôpital, plusieurs patients ont besoin d'être suivi ou d'avoir des services à long terme, ce qu'offrent des établissements de réadaptation, de soins aux malades chroniques, des organismes de soins à domicile et d'autres.

Par comparaison avec les hôpitaux de soins de courte durée, les établissements et les programmes qui dispensent d'autres types de soins déclarent relativement peu de données. Toutefois, des données commencent à être disponibles dans certains domaines — les soins de réadaptation, les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins palliatifs. Cette section porte sur ces domaines.

Un coup d'oeil dans les établissements de réadaptation au Canada

Après un accident cérébrovasculaire, une amputation, une arthroplastie ou un autre événement de cette nature, plusieurs patients ont besoin d'aide pour recouvrer des aptitudes de base et les améliorer, comme la marche, la parole et la mémoire. C'est là le but des services de réadaptation offerts dans les hôpitaux généraux, les établissements spécialisés, les soins à domicile et d'autres programmes.

Dans le cadre d'un projet pilote national réalisé par l'ICIS du mois d'août 1997 à juillet 1998, on a examiné l'information concernant l'efficacité des services de 31

programmes de réadaptation situés dans six provinces. L'étude a fait appel à plus de 2 000 patients qui avaient besoin d'aide pour des problèmes tels que des accidents cérébrovasculaires, des fractures ou des luxations, des arthroplasties, des amputations, des traumatismes crâniens, des troubles de la colonne vertébrale et d'autres.

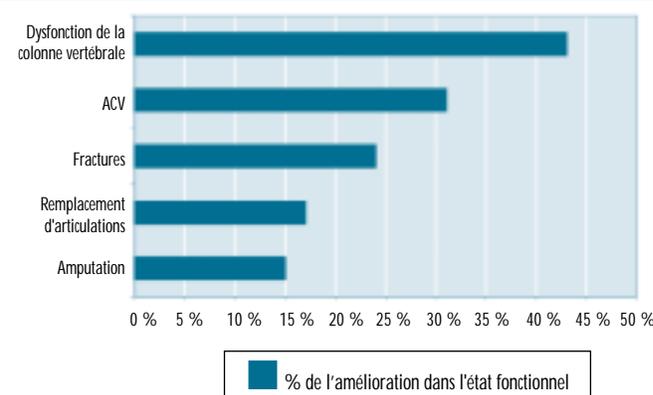
Qu'ont-ils constaté?

Au cours du projet pilote, certains groupes — tels que les patients amputés — jouissaient d'un niveau de fonctionnement relativement élevé à l'admission et ont réalisé certains progrès pendant leur séjour. D'autres groupes, comme les patients ayant des troubles de la colonne vertébrale, ont

51

Résultats de la réadaptation

Pourcentage d'amélioration dans l'état fonctionnel et fardeau de soins (groupes de patients choisis), tel que déclaré dans un essai pilote auquel participaient 31 établissements de réadaptation au pays en 1997-1998.



Source : Système national pilote de rapports pour la réadaptation, ICIS

connu des améliorations plus marquées. Pour chaque jour passé dans le programme, les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou affichaient les augmentations moyennes les plus élevées dans leur état fonctionnel.

Les services de réadaptation visent également à aider les patients à réduire l'intensité de la douleur et ses répercussions sur leur vie de tous les jours. Un nombre important de ceux qui disaient ressentir des douleurs à l'admission ont constaté une amélioration pendant leur traitement de réadaptation. Les patients avec des arthroplasties, des fractures ou des luxations ou des traumatismes de la colonne vertébrale, étaient les plus susceptibles de voir leur douleur diminuer.

Étant donné la réussite du projet pilote, on procède maintenant à la mise en oeuvre d'un système de rapports pour la réadaptation à l'échelle nationale. Les hôpitaux de huit provinces ont manifesté leur intérêt à y prendre part.

Lorsque l'établissement de soins de santé est votre maison

En 1996-1997, 185 000 aînés vivaient dans des établissements de soins de santé, à peu près le même nombre qu'en 1994-1995, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population. La moitié d'entre eux (51 %) étaient des nouveaux résidents arrivés au cours des deux années précédentes. La plupart de ces résidents (59 %) étaient partis d'une maison privée.

Les aînés qui ont emménagé dans des établissements de soins de santé tendaient à être plus âgés (54 % avaient plus de 80 ans) que l'ensemble des personnes âgées au Canada. Ils avaient aussi plus de chances d'avoir été nouvellement diagnostiqués avec certaines maladies chroniques qui exigent

souvent plus que des soins réguliers. Par exemple, presque deux tiers des aînés qui ont emménagé dans des établissements entre 1994-1995 et 1996-1997 ont dit avoir eu un nouveau diagnostic d'incontinence, d'accident cérébrovasculaire, de maladie d'Alzheimer ou d'autre démence. Seulement 8 % des aînés qui vivaient dans une maison privée ont présenté les premiers symptômes de ces maladies au cours de la même période.

Les décès ont aussi contribué aux changements survenus dans la population en institution. Là comme ailleurs, les maladies cardiaques étaient la principale cause de décès, soit 29 % des résidents. Les décès causés par le cancer étaient moins courants que dans la population en général. On en compte 8 % pour les aînés en établissement par rapport à 25 % pour l'ensemble des aînés. Par contre, les décès causés par la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence étaient deux fois plus courants chez les aînés en établissement (9 %) que chez les personnes âgées en général (4 %).

Les soins complexes de longue durée en Ontario

En Ontario, les patients atteints de maladies chroniques qui doivent être hospitalisés peuvent recevoir ce qu'on appelle des « soins complexes de longue durée ». Depuis juillet 1996, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé doivent faire des évaluations cliniques normalisées pour tous les patients qui occupent un lit de soins complexes de longue durée, que ce soit dans des hôpitaux de soins de courte durée ou dans des établissements autonomes.

Les évaluations démontrent que plus de 27 000 patients ont bénéficié de soins complexes de longue durée en 1997-1998 et 1998-1999. Le patient type était une veuve de 70 ans ou plus. Presque trois quarts des patients avaient été transférés d'hôpitaux de soins de courte durée.

La grande majorité des patients présentaient au moins un problème chronique. Plusieurs en avaient plus d'un. En 1997-1998, plus d'un quart des patients avaient eu un accident cérébrovasculaire.²⁰ Plus de 15 % des patients souffraient d'allergies, d'hypertension, d'arthrite ou de cancer. Un peu plus des deux tiers des patients présentaient des déficiences cognitives légères ou graves. Les patients nouvellement admis présentaient moins d'incapacités et de déficiences cognitives que ceux déjà présents.

Certains patients passent plusieurs années dans les soins complexes de longue durée, mais pour la plupart, les séjours sont relativement courts. Par conséquent, environ 11 % seulement des nouveaux venus en 1997-1998 et 1998-1999 sont restés assez longtemps pour subir une première évaluation trimestrielle (faite entre 75 et 105 jours après l'admission). Près de la moitié de ces patients n'étaient plus là avant même la fin de la deuxième année : 36 % d'entre eux sont décédés à l'établissement, les autres ont été transférés dans des foyers d'accueil (21 %), des hôpitaux (14 %) ou ailleurs.

Grâce aux évaluations, on recueille aussi de l'information sur plusieurs indicateurs de la qualité des soins. Par exemple, on peut suivre la fréquence d'utilisation des moyens de contention pour le tronc ou les membres, ou pour déterminer combien de patients présentent des plaies de pression, ont des infections des voies urinaires, des douleurs, des pertes de poids ou font des chutes. Bien que ces problèmes ne peuvent pas être évités pour tous les patients, des niveaux élevés peuvent être une indication qu'il faut améliorer la qualité des soins. Dans certains cas, on doit poser des jugements difficiles. Par exemple, on peut avoir recours à des mesures de contention physique pour des raisons de sécurité, mais certains faits portent à croire qu'elles entraînent des plaies

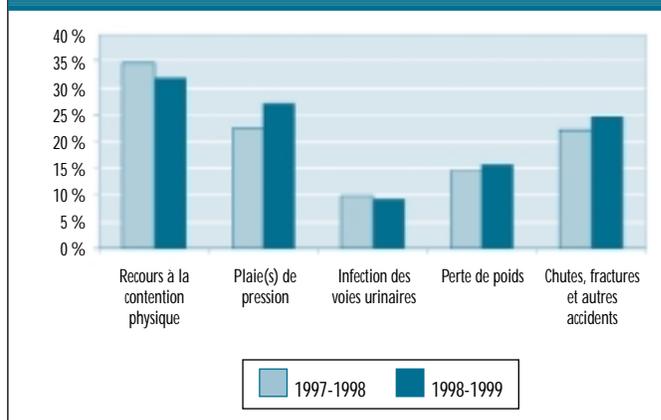
de pression, des pertes osseuses ou musculaires, la constipation, l'incontinence et d'autres problèmes de santé à long terme.²¹

L'étude d'une série d'indicateurs pour mesurer la qualité des soins aux patients en 1997-1998²² a révélé qu'aucune région ou qu'aucun établissement en Ontario n'était le meilleur ou le pire à cet effet. Toutefois, les chercheurs ont conclu qu'il semble y avoir plus de problèmes de qualité dans les établissements de l'ouest de l'Ontario, et moins de problèmes dans le centre de l'Ontario (Toronto, York, Durham et Peel) en comparaison des autres régions de la province. Des résultats similaires ont été tirés d'une analyse récente pour les nouveaux patients dont le séjour est prolongé, en 1997-1998 et 1998-1999.

52

Comment les choses se passent pour les nouveaux patients

Pourcentage de nouveaux patients dans les soins complexes de longue durée en Ontario en 1997-1998 et 1998-1999 (estimations préliminaires) avec une première évaluation trimestrielle dans les 75 à 105 jours suivant l'admission et qui présentent diverses caractéristiques.



Source : Système sur les maladies chroniques en Ontario, ICIS

Quelles sont les différences dans la qualité des soins? Qu'est ce qui les explique? Sont-elles dues aux types de maladies que l'on traite ou au stade de la maladie des patients? Ou résultent-elles des variations dans les modèles de soins? Les données provenant des évaluations et d'autres recherches commencent à fournir certaines réponses

pour l'Ontario. La Saskatchewan prévoit se doter d'un outil semblable en 2001. D'autres provinces auraient aussi l'intention d'emboîter le pas.

Le retour d'une pratique ancienne : les soins à domicile au Canada

Voilà plusieurs décennies, presque tous les soins dispensés étaient des soins à domicile. Les amis et la famille soignaient les malades. Ceux qui avaient assez d'argent pour payer un médecin recevait sa visite à la maison. Très peu de patients étaient admis à l'hôpital.

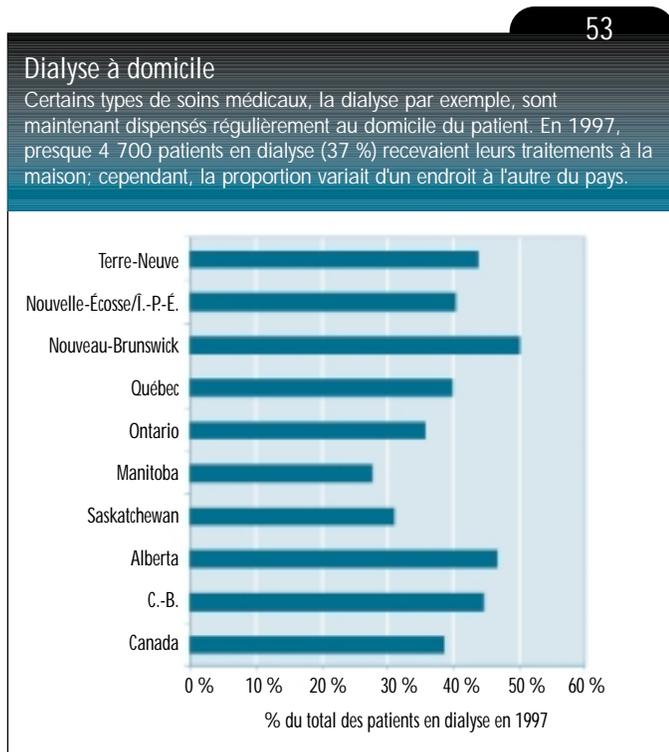
Bien que les soins à domicile pour des maladies graves et à long terme ne soient pas encore aussi courants qu'à une certaine époque, on s'y intéresse de plus en plus comme solutions de rechange aux soins en établissement. C'est pendant les années 1970 et 1980 que le secteur public a commencé à

financer les soins à domicile à l'échelle des provinces et des territoires. Plusieurs des services qui sont aujourd'hui dispensés à domicile étaient autrefois fournis dans des établissements de soins de courte durée et de soins de longue durée. Ces soins permettent à certains patients de passer leur convalescence à la maison en comblant les lacunes entre les services dont ils ont besoin et l'aide que leur famille ou leurs amis peuvent apporter. Certains types de soins médicaux, comme la dialyse, sont aujourd'hui fréquemment dispensés à la maison (figure 53).

Les programmes publics de soins à domicile comprennent l'évaluation du client, la coordination et la gestion des cas, les services de soins infirmiers et de soutien, tels que la popote roulante, l'aide pour se laver et s'habiller, l'entretien ménager et les services de répit. Certains programmes offrent aussi des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'oxygénothérapie, de soins infirmiers spécialisés et d'autres services.

Qui a recours aux soins à domicile?

Les estimations du nombre de clients qui bénéficient des programmes provinciaux et territoriaux varient. Les données les plus récentes (1998-1999) tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, laquelle s'appuie sur des données déclarées par le répondant, semblent indiquer que les programmes provinciaux de soins à domicile rejoignent environ 400 000 personnes âgées au Canada, soit 12 % de l'ensemble des aînés. L'utilisation des soins à domicile est moins courante chez les Canadiens plus jeunes. Les estimations de Santé Canada et des sources provinciales et territoriales indiquent des taux légèrement plus élevés.



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS

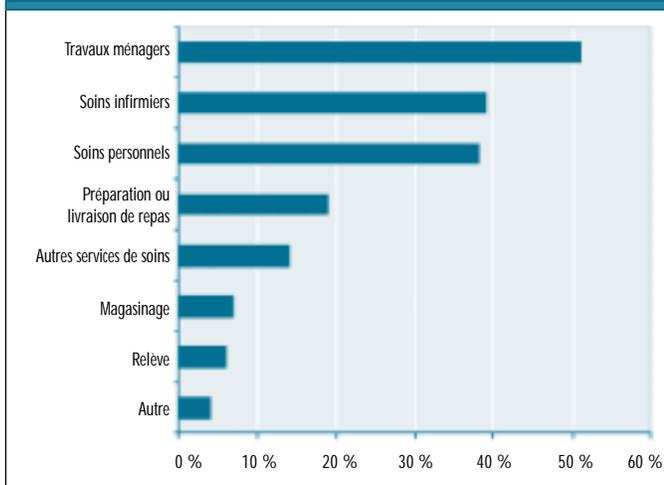
Le rapport coût-efficacité des soins à domicile

Quand est-il logique de fournir des soins à domicile? Il y a peu de temps encore, on disposait de très peu de renseignements sur les coûts et les résultats des soins à domicile

54

Un coup de main à la maison

Pourcentage des clients des services de soins à domicile subventionnés par l'État ayant déclaré utiliser une gamme de services en 1998-1999.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

Qui a recours aux soins à domicile financés par les fonds publics?

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 :

- l'utilisation des soins à domicile augmentait avec l'âge : moins d'un pour cent des adultes de moins de 65 ans recevaient des soins à domicile financés par les fonds publics par rapport à 20 % dans le groupe d'âge des 80-84 ans et à 37 % chez les 85 ans et plus;
- les personnes qui avaient besoin d'aide pour faire des activités de la vie quotidienne — comme la préparation des repas et l'entretien ménager — étaient six fois plus susceptibles de recevoir des soins que celles qui n'avaient pas besoin de ce type d'aide;
- les personnes dont le revenu se situe dans les deux tranches les plus faibles étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des soins à domicile que celles dans la tranche des revenus les plus élevés. Cela s'explique en partie par les tests des revenus que la plupart des provinces appliquent aux services de soutien à domicile;
- les habitants des régions rurales étaient aussi susceptibles de recevoir des soins à domicile que les citadins.

au Canada comparativement aux soins en établissement. Mais cela commence à changer.

L'étude des soins à domicile en Saskatchewan

À quel moment les patients hospitalisés peuvent-ils rentrer à la maison? Et qu'est-ce que cela change pour les patients, leur famille et le système de santé? Voilà des questions auxquelles des chercheurs de la *Health Services Utilization and Research Commission (HSURC)* de la Saskatchewan ont tenté de répondre dans une étude récente.²³

Ils ont constaté que plusieurs patients hospitalisés pouvaient rentrer à la maison plus tôt et obtenir à peu près les mêmes résultats et avoir le même niveau de satisfaction quant aux soins reçus que s'ils avaient fini leur convalescence à l'hôpital. Pour en arriver à cette conclusion, les chercheurs de la HSURC ont suivi presque 800 patients de la Saskatchewan et leurs fournisseurs de soins qui se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Ils étaient à l'hôpital ou ils commençaient une pharmacothérapie intraveineuse ou recevaient des soins palliatifs à domicile. En ce qui concerne les patients à l'hôpital, l'étude portait sur la période après laquelle ils s'étaient remis suffisamment pour ne plus avoir besoin de soins de courte durée.

Quelle différence cela faisait-il d'être en convalescence à la maison plutôt qu'à l'hôpital? En deux mots, 830 \$ par cas. Il s'agit de la différence typique entre ce qu'il en coûtait d'une part, aux patients et à leurs fournisseurs de soins à la maison et d'autre part, au système de santé pour offrir des soins de suivi à l'hôpital plutôt qu'à la maison. La principale source d'économie est le congé précoce : en moyenne, les patients qui ont participé à l'étude sont restés à l'hôpital une journée et demie de plus qu'il n'était nécessaire d'un point de vue clinique.

Ce qui importe peut-être le plus est ce qui n'a pas changé. Que la convalescence des patients se soit déroulée à la maison ou à l'hôpital, les résultats cliniques et le niveau de satisfaction face aux soins reçus étaient sensiblement les mêmes. De même, le temps que les fournisseurs de soins non rémunérés ont passé à les aider était semblable. Toutefois, les patients qui recevaient des soins à domicile et leurs fournisseurs de soins ont dû payer eux-mêmes un peu plus d'argent (11 \$ en moyenne par cas).

L'étude des soins de longue durée en Colombie-Britannique

Une étude réalisée en 1999 portait sur un groupe différent de clients des soins à domicile.²⁴ Plutôt que de s'attarder à des cas pour lesquels les soins à domicile étaient un substitut aux séjours d'une nuit à l'hôpital, l'étude a observé des habitants de la Colombie-Britannique qui avaient besoin de « soins de longue durée », que ce soit à la maison ou dans d'autres milieux, tels que des unités de soins à long terme ou des foyers d'accueil.

L'étude a retracé les frais payés par le gouvernement provincial dans les domaines suivants : soins à domicile, soins en établissement, médicaments, visites aux médecins rémunérés à l'acte et soins hospitaliers, et ce, un an avant et trois ans après l'évaluation initiale des clients des soins de longue durée, en 1987-1988, 1990-1991 et 1993-1994. Tout comme les chercheurs de la Saskatchewan, ceux de la Colombie-Britannique en sont arrivés à la conclusion que soins à domicile et économie de coûts peuvent être synonymes. La facture moyenne pour les clients recevant des soins à domicile était deux fois moins élevée que celle des clients dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes tels que des foyers d'accueil. Les économies étaient plus importantes pour les clients à la maison dont l'état de santé était stable. À l'autre

extrémité, les coûts les plus élevés étaient ceux pour les soins à domicile donnés aux mourants. Les recherches à venir étudieront aussi les coûts pour les patients et leurs fournisseurs de soins.

La famille et les amis : prendre soin des personnes âgées

Soigner les personnes âgées peut être très valorisant. Cela peut être très stressant. C'est assurément très important.

Dans une étude effectuée récemment, Statistique Canada a constaté que quelque 2,1 millions d'adultes au Canada fournissaient un appui à une ou plusieurs personnes âgées. Quatre-vingt pour cent des fournisseurs de soins étaient des conjoints ou des partenaires, des enfants adultes, des frères et soeurs et des membres de la famille élargie. La plupart d'entre eux étaient des femmes (61 %). En général, ils aidaient aux travaux domestiques, à l'hygiène personnelle, et apportaient un soutien émotionnel. Le plus souvent, les hommes faisaient l'entretien ménager et les réparations dans la maison. En moyenne, les femmes qui fournissaient des soins consacraient cinq heures par semaine à leur tâche; les hommes, trois heures.

La population recensée a déclaré que la prestation de soins avait des bons et des mauvais côtés. Le côté positif : plusieurs soignants croyaient qu'il s'agissait d'une occasion de renforcer les liens avec le bénéficiaire ou de rendre au bénéficiaire ce qu'il avait fait pour lui. Le côté négatif : certains soignants se sentaient coupables, dormaient mal et avaient changé leurs activités sociales. Ils avaient l'impression de ne plus avoir assez de temps pour eux-mêmes. D'autres ont fait des dépenses ou ont eu des pertes de revenu à cause d'un emploi ou de leurs études qu'ils ont dû reporter.

Pour les hommes et les femmes, les demandes concurrentielles — comme un

emploi à temps plein et diverses responsabilités en matière de soins — ont amplifié l'impact social, psychologique et économique de leurs activités de prestation de soins sur leur vie.

Le soutien informel est une composante importante des soins de santé au Canada. Une meilleure compréhension de la question — qui dispense les soins et comment cela les affecte — nous permettra de mieux reconnaître l'importance du rôle des amis et de la famille dans les soins aux personnes âgées et de mieux les soutenir dans leur rôle.

Les soins aux mourants

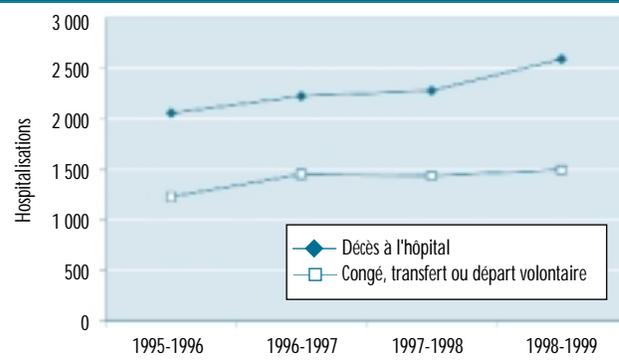
Le but des programmes de soins palliatifs est de réconforter et de soutenir les personnes atteintes de maladies graves et leur famille. Les programmes offrent toute une gamme de services : ils aident à gérer la douleur, les nausées, les difficultés respiratoires, les troubles liés aux intestins et à la vessie et d'autres symptômes. Ces programmes peuvent aussi aider les patients, les familles et les amis à faire face à la mort.

Les soins palliatifs sont offerts dans divers milieux — à la maison, dans les foyers d'accueil, les hôpitaux et ailleurs. Que ce soit à l'hôpital ou à la maison, on fait appel aux professionnels de la santé et aux bénévoles pour les soins en fin de vie.

On dispose de peu de données qui permettent de comparer les programmes de soins palliatifs au pays. Il existe toutefois certaines sources d'information. Par exemple, les données de l'ICIS font état d'une augmentation du nombre de patients traités dans les unités de soins palliatifs des hôpitaux de soins de courte durée en Colombie-Britannique.* En 1998-1999, ces unités ont fourni des soins pendant 4 000

Soins palliatifs dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique

Nombre d'hospitalisations dans les unités de soins palliatifs des hôpitaux de soins de courte durée en Colombie-Britannique, de 1995-1996 à 1998-1999.



Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

hospitalisations, une hausse d'environ 800 par rapport à 1995-1996. Dans 75 % des cas, les patients sont morts à l'hôpital. Les autres ont été renvoyés à la maison, certains y ont eu des soins à domicile, d'autres non. Les décès à l'hôpital sont survenus en moyenne 16,6 jours après l'admission. La durée moyenne du séjour des patients qui avaient survécu était de 15,0 jours. Ceux qui ont été transférés dans des établissements de soins de longue durée sont ceux qui demeuraient le plus longtemps à l'hôpital : 38 jours en moyenne.

* Seule la Colombie-Britannique demande que ces données soient transmises à la base de données sur les congés des patients.

Les lacunes de l'information : les soins après l'hôpital

Ce que nous savons

- Le nombre et le type de lits dans les hôpitaux et les établissements de soins pour bénéficiaires internes.
- Des estimations du nombre de clients qui reçoivent des soins à domicile subventionnés par l'État et les premières indications de la rentabilité des services de soins à domicile.
- Des exemples de renseignements provinciaux et locaux sur les services de réadaptation et de soins de longue durée ainsi que les effets de ces services.

Ce que nous ignorons

- Qui sont ceux qui reçoivent des soins à domicile subventionnés par l'État?
- Qui sont ceux qui tentent d'obtenir des services privés de réadaptation, de soins de longue durée et de soins à domicile? Qui paie? Qui offre ce type de soins? Comment la qualité est-elle contrôlée? Quel est le niveau de satisfaction des patients?
- Comment les effets des soins à domicile se comparent-ils à ceux obtenus en établissement? Comment les coûts pour le secteur public, les patients et leur famille diffèrent-ils selon que les patients reçoivent les soins à la maison ou non? Comment les effets sur les patients, leurs amis et leur famille diffèrent-ils selon le milieu de prestation de soins?

- Est-ce que certaines personnes pourraient bénéficier de services à l'extérieur des hôpitaux et ne les reçoivent pas? Par exemple, y a-t-il des patients à l'hôpital qui seraient aussi bien à la maison, sinon mieux, avec l'aide adéquate?
- La fréquence des services de soins palliatifs pour les mourants. La façon de mesurer les résultats et le caractère approprié de ce type de soins?

Ce qui se passe

- En 1999, le Fonds pour l'adaptation des services de santé du gouvernement fédéral a annoncé qu'il financerait 28 projets pilotes sur les soins à domicile et certains projets d'évaluation.
- L'ICIS convoque les intervenants des soins à domicile pour étudier la possibilité de recueillir et de diffuser des données comparables sur les soins à domicile au Canada.
- L'Ontario recueille des données normalisées sur les services dispensés aux patients des soins complexes de longue durée et sur les résultats obtenus. D'autres provinces se sont montrées intéressées à faire de même.
- On a obtenu un consensus sur une norme nationale pour les données sur les services de réadaptation. Plusieurs établissements devraient commencer la collecte de données au cours de l'an 2000.

Notes en fin de partie : Partie B

1. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). Ottawa : Santé Canada.
2. *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier*. Santé Canada. (1997). Publications du Forum national sur la santé, Volume 1 - Rapport final. <http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/finvol1/5preserf.htm>.
3. BINDMAN, A. B., et al. (1995). Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*, 274 (4), 305-11.
4. MCGRAIL, K. M., et al. (1998). *The Quick and the Dead: The Utilization of Hospital Services in British Columbia, 1969 to 1995/96*. Vancouver: University of British Columbia [Centre for Health Services and Policy Research](#).
5. ROOS, N. et C. MUSTARD. (1997). Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: Does the system work well? Yes and no. *The Milbank Quarterly*, 75 (1), 89-111.
6. ALTER, D. A., et al. (1999). Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 341 (18), 1359-67.
7. *Accouchement vaginal après une césarienne*. [Société des obstétriciens et gynécologues du Canada](#) (1997). Canada : SOGC.
8. *Appropriate technology for birth*. [Organisation mondiale de la Santé](#) (1985). *Lancet*, 8452, 436-437.
9. *Cardiovascular Health and Services in Ontario*. [Institute for Clinical and Evaluative Sciences \(ICES\)](#). (1999). Toronto: ICES.
10. MCDONALD, P., et al. (1998). *Listes d'attente et temps d'attente pour des soins de santé au Canada : Plus de gestion!! Plus d'argent??* <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/prnds/listeatt.htm>.
11. *La situation dans les urgences en 1999 : un défi majeur pour le réseau*. Groupe d'experts en organisation clinique (1999). Québec : MSSS.
12. MENEC, V. H., et al. (1999). *Seasonal Patterns of Winnipeg Hospital Use*. Manitoba: [Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation](#).
13. *Plan de cinq points pour mettre fin à la médecine de couloir*. Gouvernement du Manitoba (1999). Manitoba : Service d'information, Palais législatif. <http://www.gov.mb.ca/health/newsreleases/1199/nov2201.fr.html>.
14. *Wait List Report: 1998*. (1999). [B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors](#). Victoria: B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
15. *Provincial Waiting List Trends*. B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1999). <http://www.hlth.gov.bc.ca/waitlist/provdata.html>.
16. DECOSTER, C., et al. (1998). *Surgical Wait Times in Manitoba*. Winnipeg: [Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation](#).
17. *Reporting Health Performance: Elective Procedure Waiting Times in Nova Scotia 1992-1996*. [Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse](#). (1996). Halifax : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.
18. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (9th Edition)*. Fraser Institute. (1999). Vancouver : Fraser Institute.
19. *Quid Novi?* [Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé](#) (1998). Ottawa : FCRSS.
20. NENADOVIC, M., et al. (1999). *Provincial Mini-Status Report. The Quality of Caring: Chronic Care in Ontario April 1, 1997 - March 31, 1998*. Ottawa : ICIS.
21. MOLASIOTIS, A. (1995). Use of Physical Restraints 1: Consequences. *British Journal of Nursing*, 4, No. 3, 155-7.
22. NENADOVIC, M., et al. (1999). *Provincial Mini-Status Report. The Quality of Caring: Chronic Care in Ontario April 1, 1997 - March 31, 1998*. Ottawa : ICIS

23. *Hospital and Home Care Study*. Health Services Utilization and Research Commission. (1998). Saskatoon: HSURC.
24. HOLLANDER, M. (1999). *Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services*. <http://www.homecarestudy.com/news/ss1pre.html>
25. *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences*, Division de la statistique sociale, du logement et des famille, Statistique Canada. (1999). Ottawa : Statistique Canada.

Partie C : Orientations

Depuis plusieurs années, les débats sur le système de santé font la manchette. Certains disent qu'il faut injecter plus d'argent dans le système, d'autres affirment que l'argent est mal dépensé. Certains croient qu'il faut privatiser le système, d'autres soutiennent le contraire. Comment planifier l'avenir?

7. En guise de conclusion

Comment se porte notre système de santé? Par rapport à plusieurs autres pays, le Canada possède de meilleures données pour proposer des réponses à cette question (figure 56). Le présent rapport résume nos connaissances du système de santé. Ce faisant, il vient compléter les rapports plus détaillés produits par l'ICIS et par d'autres groupes, rapports qui mettent l'accent sur des domaines précis — comme les traumatismes ou les maladies cardiaques et sur des régions particulières. Tous ces documents contribuent à préciser les domaines où nos interventions connaissent du succès et ceux où nous devons apporter des améliorations. Ils visent également à promouvoir le partage, l'apprentissage et la collaboration.

Les faits présentés dans ce rapport mettent en lumière certains des changements importants qu'a connus notre système de santé au cours de la dernière décennie. En voici quelques exemples : des autorités sanitaires régionales ont été créées dans la plupart des provinces; les hôpitaux de plusieurs régions ont fermé des lits ou ont fait l'objet de fusions; les dépenses du secteur public ont fluctué; le nombre de Canadiens ayant une assurance-maladie et une assurance dentaire a augmenté; et, les professionnels de la santé ont vieilli.

Il y a bien sûr un côté positif : l'espérance de vie est en hausse (bien qu'il y ait encore des variations importantes au sein des collectivités et entre elles) et la majorité des patients déclarent être satisfaits des soins qu'ils ont reçus. Par ailleurs, les données statistiques tendent à démontrer que plusieurs composantes du système fonctionnent bien. Ainsi, certaines maladies, telle la polio, ont été éradiquées au Canada et d'autres sont en voie de l'être; les taux de survie après une transplantation sont en hausse. Et dans bien des cas, les données statistiques permettent d'adapter les soins aux besoins changeants de la population.

Parallèlement, on constate que la confiance du public dans le système de santé s'est érodée au cours de la dernière décennie et que certains de ses aspects doivent être améliorés. Par exemple, il existe des différences importantes au pays dans la fréquence des césariennes et d'autres interventions; le taux de don d'organes au Canada continue à être inférieur à celui de certains autres pays. Et le système a bien d'autres points faibles.

Plusieurs questions demeurent sans réponse (figure 57). Comment le système de santé — dans son ensemble et pour des types de soins précis — affecte-t-il la santé des Canadiens? Combien de temps les patients doivent-ils attendre pour différents types de soins et qu'arrive-t-il lorsque les services ne sont pas disponibles au bon moment? Dans quelle mesure le système de santé répond-il aux besoins des Canadiens?

En partie, ces questions demeurent sans réponse en raison de la complexité de la santé et des soins de santé. Nous ne comprenons pas encore parfaitement l'influence de divers facteurs — y compris les soins de santé — sur la santé et la relation qui existe

entre eux. De même, la compilation de données permettant de comparer la santé et les soins de santé dans les régions est relativement nouvelle. De nombreuses lacunes statistiques existent encore. Par

conséquent, les données, l'information et les explications présentées dans ce premier rapport pancanadien, sont provisoires. Il n'existe pas de mesure unique et complète du rendement du système de santé.

Une meilleure compréhension passe par des données qui rendent compte de la situation présente, qui soient fiables et qui permettent de comparer la satisfaction, l'accessibilité, la pertinence, le rendement, l'efficacité, la sécurité et peut-être même d'autres éléments. Ces données doivent porter non seulement sur les hôpitaux mais aussi sur les soins à domicile, les foyers d'accueil, les services pharmaceutiques, les services de santé mentale, de toxicomanie, de santé publique, de soins primaires, et autres. De meilleures données sur les ressources financières et humaines sont aussi nécessaires.

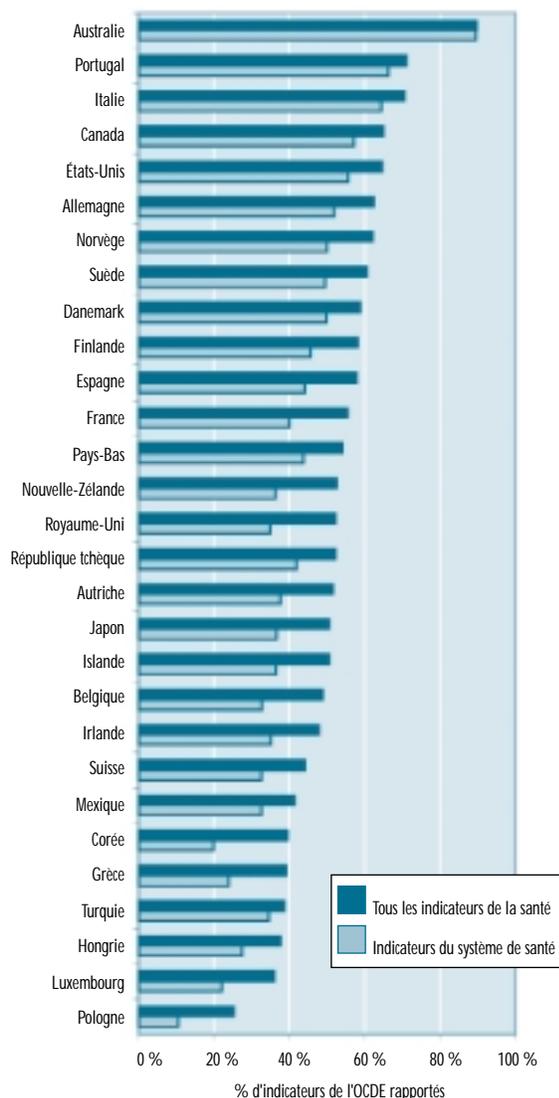
Nous avons déjà commencé à prendre des mesures qui répondront à ces exigences (voir figure 57). Par exemple, le Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé a déclaré en 1999 que « les dépenses du Canada en matière de technologie de l'information dans le secteur de la santé devraient atteindre 1,5 milliard de dollars par an d'ici l'an 2000. »¹ Ces dépenses seront principalement affectées à l'infrastructure de l'information à l'échelle des provinces, des territoires et des régions. De plus, le gouvernement fédéral a fait part de son intention d'accroître le financement des activités liées à l'information sur la santé.

Ces investissements sont importants, mais il faut du temps pour voir les progrès devenir réalité. Par exemple, une nouvelle norme internationale pour la classification des maladies et des problèmes de santé connexes est prête à être mise en œuvre depuis 1993. Cette norme est plus complète et plus à jour que celles que l'on utilise au Canada à l'heure actuelle. La Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux a approuvé son adoption en 1995, mais la

56

Qui sait quoi : comment les données canadiennes se comparent aux autres

Bien que la plupart des pays puissent dire combien de bébés sont nés et combien de personnes sont mortes au cours d'une année donnée, d'autres types de statistiques nationales sur la santé peuvent être ou ne pas être disponibles. Le graphique ci-dessous indique les indicateurs de santé dépouillés par l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) sur lesquels les pays membres ont fait rapport en 1999. Le Canada fait relativement bonne figure (4e au classement général) mais est loin de la première place détenue par l'Australie.



Source : Éco-Santé OCDE 1999

mise en oeuvre d'une version canadienne de la norme internationale ne se concrétisera pas avant 2001.

Néanmoins, tous s'entendent pour dire que les décisions au sujet de la gestion et de l'avenir du système de santé au Canada doivent s'appuyer sur des données solides. De même, de nombreux professionnels de la santé croient que les décisions relatives à la promotion et à la protection de la santé, à la prévention et au traitement des maladies doivent s'appuyer sur des directives éprouvées. Pour continuer dans la voie du progrès, tous doivent prêter leur concours et leur appui — depuis le public jusqu'aux professionnels de la santé, en passant par les administrateurs et les politiciens.

Pour aller de l'avant

Bien avant que vous n'ayez tourné la dernière page du rapport de l'an 2000, nous aurons commencé à planifier les rapports subséquents. Nous en améliorerons le contenu grâce aux commentaires formulés par le public, les professionnels de la santé et d'autres intervenants. En mars 2000, nous avons entrepris des consultations en vue d'établir quelles lacunes de notre information doivent être comblées en priorité. Nous continuons de suivre de près les nouvelles recherches en santé et les nouvelles sources de données. Aidez-nous à répondre à vos besoins en remplissant la feuille de rétroaction ci-jointe ou en nous faisant parvenir vos commentaires par courriel à rappportsante@cih.ca.

57

Vers de meilleurs rapports

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé a établi huit dimensions qui ont trait à la qualité des services de santé. Le tableau suivant les définit, et présente des exemples de mesures existantes, des défis et des points saillants de nouvelles initiatives qui amélioreront les rapports.

Dimension du rendement du système de santé	Mesures existantes	Défis en matière de rapports	Nouvelles initiatives
Acceptabilité Dans quelle mesure le système de santé répond à nos attentes	<ul style="list-style-type: none"> Sondages périodiques auprès des fournisseurs et du public sur la satisfaction générale face au système de santé Sondages auprès des hôpitaux locaux et autres sondages sur la satisfaction des patients 	<ul style="list-style-type: none"> Les sondages à grande échelle sont coûteux et compliqués Les réponses peuvent être biaisées dans la façon dont les fournisseurs de soins et le public répondent aux sondages sur la satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> Sondage à l'échelle de la province sur la satisfaction des patients face aux hôpitaux de soins de courte durée réalisé en Ontario en 1999; on prévoit le refaire en l'an 2000 Satisfaction, définie comme un indicateur, devant être suivi dans les autres provinces
Accessibilité Pouvons-nous obtenir les services dont nous avons besoin au moment et à l'endroit voulus	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des services de prévention (p. ex. tests de Pap et vaccins contre la grippe) Études sur les personnes qui ont accès à des types de soins spécifiques Données provinciales et locales sur les temps d'attente Distance moyenne parcourue jusqu'à un hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Quand l'attente commence-t-elle (p. ex. apparition des symptômes, visite à un médecin, décision du chirurgien d'opérer)? Compromis possibles entre l'accès en temps opportun et l'efficacité à l'échelle locale Qu'est-ce que « trop longtemps » veut dire? Les faits indiquant l'impact de l'attente sur les résultats sont souvent rares Les Canadiens recherchent-ils souvent des soins à l'extérieur du pays? Pourquoi? Difficile de mesurer les besoins non comblés 	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle enquête nationale mesurera l'utilisation des services de prévention dans les régions Plusieurs provinces surveillent les temps d'attente dans les urgences pour les patients hospitalisés Tentative de comparer les temps d'attente pour la chirurgie cardiaque à l'échelle nationale Le projet de l'Ouest du Canada sur les temps d'attente met au point des outils pour gérer les temps d'attente dans de nouveaux domaines (p. ex. services de santé mentale pour les enfants)

Dimension du rendement du système de santé	Mesures existantes	Défis en matière de rapports	Nouvelles initiatives
<p>Caractère approprié Les soins sont-ils adéquats et s'appuient-ils sur des normes reconnues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence les mères ont-elles des césariennes et accouchent-elles par voie vaginale après une césarienne • Études spéciales sur le caractère approprié de types de soins précis (p. ex. utilisation des médicaments de prescription chez les aînés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Un consensus sur les meilleures pratiques cliniques n'existe pas dans tous les domaines • Les normes sur les meilleures pratiques changent à mesure que les connaissances évoluent et que de nouvelles techniques sont développées • Le caractère approprié peut dépendre des circonstances qui ont trait au patient et à des facteurs cliniques • La recherche ou des lignes directrices ne définissent pas un « étalon-or » pour les taux d'utilisation de la plupart des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> • La Saskatchewan et peut-être d'autres provinces emboîteront bientôt le pas à l'Ontario et surveilleront le caractère approprié des services de soins de longue durée • Révision en cours pour voir comment les mesures du caractère approprié des soins hospitaliers peuvent être utilisées à l'échelle nationale
<p>Compétence Les connaissances et les habiletés des fournisseurs de soins sont appropriées pour les soins qu'ils donnent</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certains dossiers provinciaux et locaux sur l'éducation permanente, les activités liées à l'assurance de la qualité, les mesures disciplinaires, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités liées à l'assurance de la qualité tendent à être effectuées localement • Les soins sont souvent dispensés par des équipes dont les habiletés sont complémentaires 	
<p>Continuité Coordination et intégration des services et facilité d'utiliser l'un ou l'autre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de Canadiens qui ont un médecin de famille régulier, par province • Information provinciale et locale sur la fréquence de la création de plans officiels pour le soin des patients après leur départ de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de mesures de la continuité évaluées à fond dans plusieurs régions • Difficile de réunir l'information provenant de plusieurs fournisseurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Projets de recherche financés récemment pour élaborer des mesures de la continuité et les tester • Expérience accrue de l'intégration de renseignements disparates dans les lignes directrices sur la confidentialité
<p>Efficacité Les services fonctionnent-ils bien et comment influencent-ils notre santé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures de la prévention des maladies ou de leur progression (p. ex. taux de maladies infectieuses et hospitalisations évitables) • Rapports de recherche sur l'efficacité clinique de certains traitements • Survie à long terme des patients en dialyse et des greffés 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer les résultats avec et sans interventions (sauf pour les essais à court terme, ciblés et cliniques) • Définir l'efficacité lorsque le meilleur résultat possible est de ralentir le progrès d'une maladie ou de permettre à un patient de mourir sans douleur • Faire la distinction entre les répercussions des services de santé et les autres facteurs qui influent notre santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux en cours pour élaborer des données sur les taux de survie pour divers types de cancer • Plusieurs établissements de réadaptation commenceront à déclarer des données en avril 2000 à des fins de comparaison • Processus de concertation en cours pour définir des indicateurs pour les soins à domicile, la santé mentale et la toxicomanie, l'utilisation des médicaments de prescription, etc. • Des rapports importants (p. ex. de l'ICES) et des données des registres cardiaques présentent de nouveaux renseignements sur les résultats des soins cardiaques

Dimension du rendement du système de santé	Mesures existantes	Défis en matière de rapports	Nouvelles initiatives
<p>Efficiences Atteindre les meilleurs résultats aux meilleurs coûts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durée réelle du séjour à l'hôpital par rapport à la durée prévue • Séjours à l'hôpital des patients qui n'avaient pas nécessairement besoin d'être hospitalisés • Données comparatives sur les coûts des services médicaux • Coûts provinciaux et locaux de certains services 	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer entre l'efficacité des éléments du système et le rendement du système en général • Relier les événements et les coûts aux conséquences sur la santé, souvent de nombreuses années plus tard • Retracer les coûts pour les patients et les familles 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs provinces ont récemment lancé des projets pour améliorer la qualité des données financières des hôpitaux • On adapte des lignes directrices uniformisées pour la déclaration des données financières et statistiques pour répondre aux besoins des régions sanitaires et des organismes de cancer
<p>Sécurité Réduire au minimum les risques potentiels de l'environnement ou d'un service</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fractures de la hanche alors que la personne était dans un établissement de santé et dans la collectivité • Réclamations des travailleurs de la santé aux commissions des accidents du travail • Certaines données locales sur les blessures survenues pendant le maniement des seringues 	<ul style="list-style-type: none"> • Le dénouement idéal est que rien de nocif ne se produise (p. ex. comment savoir si le système de santé a su prévenir un événement ou s'il se serait produit quand même) 	<ul style="list-style-type: none"> • Des chercheurs de 3 provinces ont récemment participé à une étude internationale qui comparait les taux de blessures chez les infirmiers(ères) (entre autres choses) • En 1999, 43 millions de dollars ont été accordés à Santé Canada pour rendre compte de ses activités en matière de protection de la santé et d'autres activités

Note en fin de partie — Partie C

1. Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé. (1999). *Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé. Rapport final du conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé*. Ottawa : Santé Canada.

Index

A

Accessibilité	7,73
Accouchement	8,43,44,46
Alberta	11,13,16,19,20,21,24,25,26,36,37,39, 40,45,52,54,55,57,62
Assurance	7,17,19,20,37,71
Dentaire	19,20,21
Médicaments	19,20,21
Privée	7,17,19,20,21
Soins de la vue	19,20,21
Autochtones	6

C

Césariennes	45,46,71,74
Chiropraticiens	23,24,40
Chirurgie	5,8,10,13,44,46,47,48,52,53,54, 56,57,59,60,71,73
Accès, accessibilité	44
Arthroplastie	8,46,52,53,59,60
Cardiaque	5,8,13,47,48,71,73
Césariennes (<i>voir Césariennes</i>)	
D'un jour	8,10,56,57
Hystérectomie	46
Listes d'attente (<i>voir Temps d'attente</i>)	
Non urgente	52,53,54
Colombie-Britannique	6,13,16,19,20,21,24,25,26,27,36, 37,39,40,45,52,53,54,55,62,64,65
Comparaisons avec d'autres pays	17,48,72

D

Dentistes	19,23,24,36,37
Dépenses	1,16,17,18,19,20,21
Secteur public	16,17,18,20,21
Secteur privé	16,17,19,20,21
Directeurs des services de santé	23,27
Administrateurs	23,27,28,54,73
Don d'organes	48,71
Durée du séjour	10,18,55,65,74

E

Équipe de santé	
Évolution de la composition	23
Espérance de vie	6,14,15,71
Formation des professionnels de la santé	23,24
Fournisseurs de soins	14,38,63,64,65,74
Aidants naturels	14,38,63,64,65
Équipe	63,64,65,74
Foyers d'accueil	33,43,52,56,62,63,64

H

Hôpitaux	7,8,9,10,11,13,16,25,28,39,43,44,45,46,47, 49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62, 63,64,65,66,72,73,74
Admissions à l'hôpital	8,10,14,39,51
Évitables	38,39
Réadmissions	10,14
Dépenses	16,21,57
Fermeture	9,71
Hygiénistes dentaires	23,24

I

Île-du-Prince-Édouard	16,19,20,21,24,37,39,40,45,62
Indicateurs de santé	8,11,14,33,45,57,61,72,74
Infirmiers et infirmières	23,24,25,26,27,60,75
Infirmiers(ères) autorisés	23,24,25,26,27
Infirmiers(ères) autorisés en psychiatrie	24
Infirmiers(ères) auxiliaires	23,24,27
Maladie et incapacité	25
Vieillesse	24

L

Lits d'hôpitaux	8,43,49,50,51,60,66,72
Fermeture	7,8,9,10,50
Soins de longue durée	60
Loi canadienne sur la santé	7,44

M

Magasinage outre-frontière pour des soins de santé	13
Manitoba	8,9,10,16,19,20,21,24,37,39,40,50,51,53,55,62
Médecine complémentaire et parallèle	17,19,40
Fournisseurs	40
Utilisation	40
Médecine parallèle (<i>voir Médecine complémentaire et parallèle</i>)	
Médecins	7,8,9,12,13,16,17,23,26,27,28,33,36,37,44,46, 47,52,53,54,55,63,64,73
Migration	27,28
Omnipraticiens/médecins de famille	23,26,33,37,44,73
Services (paiement pour les)	7,8,16,17,36,37,44,63,64,73
Spécialistes	12,13,26,44,46,47,52,53,54,55
Vieillesse	71
Médicaments	7,16,17,19,20,63
Médicaments de prescription (<i>voir Médicaments</i>)	
Mortalité (<i>voir Taux de mortalité</i>)	

N

Nouveau-Brunswick	16,19,20,21,24,37,39,40,45,46,62
Nouvelle-Écosse	16,19,20,21,24,37,39,40,45,46,51,52,53,55,62
Nunavut	16,19,20

O

Ontario	6,8,10,11,13,14,16,19,20,21,24,25,26,37,39,40, 44,45,47,48,49,51,55,56,57,60,61,62,73,74
---------	---

P

Pertinence des soins	43,66,72,74
Pharmaciens	23,24
Physiothérapeutes	23,24
Prévention de la maladie	35,41
Immunisation	35,41,51
Programmes de dépistage	38,39
Promotion de la santé	7,21,33,35,41
Arrêter de fumer	35,36

Q

Québec	16,19,20,21,24,27,28,36,37,39,40, 45,46,48,50,51,55,62
--------	---

R

Réadaptation	17,22,29,33,43,56,59,60,66,74
Réforme du système de santé	4,8,14
Régime d'assurance-maladie	13,37,44,53
Régionalisation	8

S

Saskatchewan	7,9,10,13,14,16,19,20,21,24,37,39,40,45,62,63
Satisfaction des patients	11,63,72,73
Soins à domicile	7,17,24,33,51,56,59,62,63,66,72
Dialyse <i>(Voir Fournisseurs de soins)</i>	47,62,74
Soins de courte durée <i>(voir Hôpitaux)</i>	
Soins de longue durée	8,17,29,43,59,60,62,63,66
Soins de malades chroniques	43,59,60,65
Soins dentaires	7,17,19,20,21,36,37
Soins palliatifs	59,63,64,65,66
Soins primaires	30,38,39,43
Solutions de rechange aux soins en établissement	55,56,62,63

T

Taux de mortalité	6,9,10,14,35,44
Temps d'attente	10,44,48,49,50,51,52,53,54,57,71,73
Chirurgie	48,49,50,51,52,53,54,57
Salles d'urgence	49,50,51,57
Terre-Neuve	16,19,20,21,24,36,37,39,40,45,62
Territoires du Nord-Ouest	16,19,20,24,45
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	7,18
Transplantations	8,47,48,520,71,74
Coeur, Foie, Poumon, Rein	47,48
Taux de survie	47,48,51,74

V

Visites à l'urgence	8,9,10,14,24,38,49,51,57
---------------------	--------------------------

Y

Yukon	16,19,20,24,45
-------	----------------

Bon de commande

Nom _____
 Titre _____
 Organisation _____

 Adresse _____
 Ville/prov/code postal _____

 Téléphone _____
 Télécopieur _____
 Courriel _____

Méthode de paiement
 Ci-joint un chèque ou un mandat de _____ \$ à l'ordre de
 l'Institut canadien d'information sur la santé

Visa MasterCard

Numéro de carte : _____

Date d'expiration : _____

Nom du détenteur : _____

Signature autorisée : _____

Veillez envoyer le paiement à :

Institut canadien d'information sur la santé

[Bureau des commandes](#)

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

Tél. : (613) 241-7860 Téléc. : (613) 241-8120.

PRODUIT†	QUANTITÉ	PRIX A	PRIX B	TOTAL
Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel (<i>exemplaire imprimé</i>)		25 \$	35 \$	
Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel (<i>version Web à www.cihi.ca</i>)		0 \$	0 \$	
<i>Health Care in Canada 2000: A First Annual Report (exemplaire imprimé)</i>		25 \$	35 \$	
<i>Health Care in Canada 2000: A First Annual Report (version Web à www.cihi.ca)</i>		0 \$	0 \$	

No d'inscription aux fins de la TPS/TVH R137411641

Sous-total

Frais de port et de manutention applicables aux commandes de l'extérieur du Canada (minimum 25 \$)

Total taxable

TPS (7%) ou TVH (15%)*

TOTAL

Prix A s'applique aux établissements de santé canadiens, aux gouvernements, aux organismes de santé sans but lucratif, aux universités, aux professionnels de la santé et aux chercheurs du secteur public.

Prix B s'applique aux exploitations commerciales privées (comme les fournisseurs et les conseillers en logiciels, sans toutefois s'y limiter), les clients de l'extérieur du Canada et ceux qui ne se qualifient pas pour le prix A.



† Pour obtenir des renseignements sur les autres produits de l'ICIS, veuillez consulter le catalogue sur le site Web de l'ICIS (WWW.cihi.ca).

* Toutes les commandes sont assujetties à la taxe sur les produits et services de 7 % ou à la taxe de vente harmonisée de 15 % en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve (ne s'applique pas aux commandes expédiées à l'extérieur du Canada).

À vous la parole

Nous serons heureux de connaître vos commentaires et vos suggestions sur le présent rapport et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez remplir cette fiche d'évaluation ou envoyer vos idées par courriel à rapportsante@cihi.ca, ou compléter le formulaire de rétroaction [en ligne](#).

Veuillez retourner le questionnaire à l'adresse suivante :

Rétroaction sur les rapports sur la santé
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ontario) M4P 2Y3

Évaluation générale du rapport

Pour chacune des questions, inscrivez un X vis-à-vis la réponse la plus appropriée.

- Comment avez-vous obtenu un exemplaire du rapport?
 Par la poste
 Un collègue me l'a remis
 Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire
 Autre (veuillez préciser)
- Dans quelle mesure avez-vous lu ou parcouru le rapport?
 J'ai parcouru tout le document.
 J'ai parcouru le document et lu certains chapitres.
 J'ai lu tout le document.
- Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?
 - Longueur trop court satisfaisant trop long
 - Clarté/lisibilité excellente bonne acceptable médiocre
 - Organisation/format excellente bonne acceptable médiocre
 - Utilisation de figures excellente bonne acceptable médiocre
 - Qualité de l'analyse des données excellente bonne acceptable médiocre

Utilité du rapport

- L'objectif général du rapport consiste à fournir des renseignements à jour sur ce que nous savons et ce que nous ignorons du système de santé au Canada. Le rapport a-t-il réussi à atteindre cet objectif?
 très bien réussi
 assez bien réussi
 réussi en partie
 pas réussi
- Chacune des sections du rapport vous a-t-elle semblé utile?

Points saillants	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Introduction	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Plus ça change...	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Le coût des soins de santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
L'équipe de santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Promotion, prévention et soins primaires	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
La pierre angulaire : les hôpitaux au Canada	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Des soins qui se poursuivent après l'hôpital	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Orientations	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Indicateurs de santé 2000 (encart)	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Un peu utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue

6. Comment avez-vous utilisé ou utiliserez-vous l'information contenue dans ce rapport?

Autres commentaires

7. Que feriez-vous pour améliorer ce rapport?

8. Avez-vous d'autres commentaires sur ce rapport ou des suggestions pour les prochains rapports?

Renseignement sur les lecteurs

9. Où habitez-vous?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada |

10. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur des services de santé
- Dispensateur de soins de santé
- Chercheur
- Analyste de politique
- Membre du conseil
- Représentant élu
- Éducateur
- Étudiant
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci d'avoir rempli ce questionnaire