

2001

www.icis.ca

Les soins de santé au Canada



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information



Statistique Canada
Statistics Canada



2001

www.icis.ca

**Les soins
de santé
au Canada**

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
Télécopieur : (613) 241-8120
<http://www.icis.ca>

ISBN 1-896104-83-5

© 2001 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title: *Health Care in Canada 2001*
ISBN 1-896104-82-7

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

Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme national, autonome et sans but lucratif, travaille à améliorer la santé des Canadiens et du système de santé en fournissant une information fiable et de qualité sur la santé. Le mandat de l'Institut, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de développer et d'entretenir un système intégré d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information en vue de faire progresser les politiques canadiennes de la santé, d'améliorer la santé de la population, de renforcer notre système de santé et d'aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions avisées.

Voici la composition du Conseil d'administration de l'ICIS en date de février 2001 :

- **M. Michael Decter** (président),
Lawrence Decter Investment
Counsel Inc.
- **M. Tom Closson** (vice-président),
président-directeur général, University
Health Network
- **M. Richard Alvarez**, président-
directeur général, ICIS
- **M. Daniel Burns**, sous-ministre,
ministère de la Santé et des Soins de
longue durée de l'Ontario
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef,
Statistique Canada
- **M. Rory Francis**, sous-ministre, Prince
Edward Island Ministry of Health and
Social Services
- **M. Neil Gardner**, directeur exécutif,
Saskatchewan Health
- **M. Ian Green**, sous-ministre,
Santé Canada
- **D^r Michael Guerriere**, président-
directeur général, HealthLink Clinical
Data Network Inc.
- **M^{me} Leah Hollins**, sous-ministre, British
Columbia Ministry of Health
- **M. Terry Kaufman**, directeur général
CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-
Ouest
- **M. Cameron Mustard**, directeur
scientifique, Institut de recherche sur le
travail et la santé
- **M. Rick Roger**, président-directeur
général, Capital Health Region
- **D^r Thomas F. Ward**, sous-ministre, Nova
Scotia Department of Health
- **M^{me} Sheila Weatherill**, présidente-
directrice générale, Capital Health
Authority
- **M^{me} Kathleen Weil**, présidente du
Conseil d'administration, Régie
régionale de la Santé et des Services
sociaux de Montréal-Centre

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

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	
À propos de Statistique Canada	
Points saillants	
Introduction	1
Au sujet de ce rapport	2
Pour en savoir davantage	3
Partie A : Un portrait du système de santé au Canada	
Chapitre 1 : Portrait d'un système en mutation	7
L'a b c du système de santé au Canada	9
La réforme du système	9
Mesurer la satisfaction face aux soins	10
Ce que disent les sondages pancanadiens	10
Résultats de deux sondages provinciaux récents	11
Comment le Canada se compare	12
La prochaine vague?	13
Les lacunes de l'information	14
Pour en savoir davantage	15
Chapitre 2 : Promotion, prévention et soins primaires : Un portrait	17
Promouvoir la santé, prévenir la maladie	17
Les vaccins contre la grippe : une nouvelle offensive	17
Première destination : soins primaires et services d'urgence	19
Le cabinet de votre médecin	19
De la pharmacie	20
Faites marcher vos doigts...	21
Le service 9-1-1	21
Des conseils de santé au bout du fil	21
La santé en ligne	23
Médecine complémentaire et parallèle	23
Résultats de sondages récents	23
Les lacunes de l'information	24
Pour en savoir davantage	25
Chapitre 3 : Les hôpitaux de soins de courte durée au Canada : Un portrait	27
Quand des hôpitaux ferment	27
Du nouveau dans la dernière année	28
Le vieillissement et les hôpitaux : les experts ne s'entendent pas	29
Accoucher à l'hôpital	30
Les écarts dans les taux de césarienne	31
En attendant les soins	31
Suivre l'évolution des temps d'attente au Canada	32
Les lacunes de l'information	35
Pour en savoir davantage	36

Chapitre 4 : La prestation des soins spéciaux : Un portrait	37
Les soins de santé mentale au Canada	37
Vivre dans les établissements de santé	39
Les soins de santé chez soi	39
L'alliance de la technologie électronique et des soins de santé	40
L'utilisation de la télésanté au Canada	41
Évaluer la télésanté	41
Les lacunes de l'information	43
Pour en savoir davantage	44
Partie B : Les gens, les soins, les coûts	
Chapitre 5 : Les dispensateurs de soins	47
Une équipe de santé en pleine évolution	47
Les infirmières	48
Une main-d'oeuvre vieillissante	49
Pour le meilleur et pour le pire	50
Les médecins	51
Les médecins aussi se font plus vieux	52
Recruter des médecins et les garder	52
Les administrateurs du système	54
Au-delà des soignants officiels	54
Les lacunes de l'information	56
Pour en savoir davantage	57
Chapitre 6 : Le résultat des soins	59
Survivre à une crise cardiaque	59
De nouveaux résultats pour le Canada	60
Survivre au cancer	62
Survivre à une greffe d'organe : l'histoire d'une réussite	63
Dans l'Est? Dans l'Ouest?	63
Le Canada et les autres pays	64
Quand le volume est important	64
Volume et soins au Canada	65
Dispenser des soins spéciaux : les pontages	66
La solution passe par un compromis	67
Les lacunes de l'information	68
Pour en savoir davantage	69
Chapitre 7 : Les dépenses de santé	71
Les dépenses de santé en hausse	71
Se partager la facture : secteur public, secteur privé	72
La part du secteur public	72
La part du secteur privé	73
Les dépenses d'un océan à l'autre	73
Ce qu'il en coûte pour se soigner au Canada	75
Où vont les dollars de la santé?	75
Les hôpitaux : Une part importante, mais en baisse, des dollars de la santé	76
Les médicaments : toujours en croissance rapide	76
Comprendre les dépenses en médicaments	77
Les médecins : une croissance plus lente que dans les autres secteurs	77
Donner à la santé	79
Les lacunes de l'information	80
Pour en savoir davantage	81
Partie C : Orientations	
Chapitre 8 : En rétrospective ~ Perspectives	85

Index

Bon de commande

À vous la parole

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.

Nous aimerions notamment exprimer notre reconnaissance aux membres du Groupe d'experts dont les conseils judicieux se sont avérés précieux pendant le processus d'élaboration du rapport. Les membres sont :

- **M. Steven Lewis** (président), Access Consulting Ltd., Saskatoon et University of Calgary
- **D^r John Millar** (covice-président), vice-président, Recherche et santé de la population, ICIS
- **M. Michael Wolfson** (covice-président), statisticien en chef adjoint, Statistique Canada
- **M. Ross Baker**, professeur agrégé, University of Toronto
- **M. Morris Barer**, directeur, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
- **D^{re} Charlyn Black**, codirectrice, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique de soins de santé, Université du Manitoba
- **M^{me} Carmen Connolly**, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS
- **D^r Victor Dirnfeld**, président sortant, Association médicale canadienne
- **M. Clyde Hertzman**, professeur agrégé, University of British Columbia
- **D^r Alejandro Jadad**, directeur, Program in eHealth Innovation, Toronto General Hospital
- **D^r Jonathan Lomas**, directeur exécutif, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
- **M. Frank Markel**, directeur général, Comité mixte de la politique et de la planification
- **D^r Richard Massé**, sous-ministre adjoint de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- **D^r Robert McMurtry**, Fellow invité, G.D.W. Cameron, Santé Canada
- **M. Cameron Mustard**, directeur scientifique, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **M^{me} Wendy Nicklin**, directrice de l'exploitation, Hôpital d'Ottawa
- **M. Denis Roy**, directeur adjoint, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre
- **M^{me} Judith Shamian**, directrice exécutive de la politique des soins infirmiers, Santé Canada
- **M. Larry Swain**, directeur adjoint, Statistique Canada
- **D^r Thomas F. Ward**, sous-ministre, Nova Scotia Department of Health
- **D^r Robert Williams**, directeur médical, Timmins and District Hospital
- **M^{me} Jennifer Zelmer**, directrice, Rapports sur la santé et analyse, ICIS

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du Groupe d'experts ou des organismes auxquels ils sont associés.

Le comité de rédaction du rapport de 2001 était formé de Steven Lewis, Jennifer Zelmer et Kira Leeb. Les membres reconnus de l'équipe de projet comprenaient également : Matthew Alexander, Janet Brown, Jennifer Candlish, Paulina Carrion, Zeerak Chaudhary, Jeremy Chrystman, Shelley Drennan, Glenda Gagnon, Jeff Green, Jeanie Lacroix, Ann Lauzon, Christina Mathers, Karen McCarthy, Christa Morley, Lise Poirier, Joan Porter, Marie Pratte, Indra Pulcins, Serge Taillon, Linda Turner, Eugene Wen et Scott Young.

L'ICIS aimerait également remercier Gary Catlin, Jason Gilmore, Helen Johansen, Cyril Nair et Craig Seko de la Division des statistiques sur la santé et Ghislaine Villeneuve de la Division des données sur l'état civil et le cancer de [Statistique Canada](#), pour leur aide et leur appui. L'ICIS remercie aussi D^r L. Higginson, D^r M. Knudtson et D^r D. Johnstone pour leur contribution et leur avis sur les données relatives à la survie à la suite d'une crise cardiaque.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans l'appui et l'aide de nombreuses autres personnes et organisations, y compris les représentants des nombreuses régions sanitaires et des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, qui ont compilé des données, effectué des recherches et apporté un appui financier et logistique.

Points saillants

Un portrait du système de santé au Canada

Ce que nous savons

- L'espérance de vie au Canada et dans le monde a effectué des bonds spectaculaires au XX^e siècle. De 59 ans au début des années 1920, notre espérance de vie à la naissance est passée à 69 ans au cours des années 1950 et à 79 ans en 1997. Depuis, des recherches récentes révèlent que, comparativement à la situation il y a 20 ans, les adultes plus âgés peuvent non seulement s'attendre à vivre plus longtemps, mais aussi à jouir d'une meilleure qualité de vie.
- Les sondages d'opinion montrent de quelle façon les attitudes des Canadiens à l'égard des soins de santé ont évolué au cours de la dernière décennie. Par exemple, les résultats des sondages Angus Reid de 1988 ne mentionnaient pas la santé comme la principale question d'intérêt national. Mais en l'an 2000, plus de la moitié des répondants déclaraient qu'il devrait s'agir de la principale priorité du pays.
- Lors de sondages locaux, nationaux et internationaux, on a demandé aux gens de donner leur évaluation générale du système de santé et des soins qu'eux-mêmes ou des membres de leur famille avaient reçus. De façon constante, ces sondages ont révélé que les répondants accordent aux soins qu'eux-mêmes ou les membres de leur famille ont reçus une cote supérieure à celle du système de santé dans son ensemble.

Ce que nous ignorons

- De quelle façon le rendement global du système a changé depuis le début de la réforme du système de santé?
- Pendant et après la réforme du système de santé, de quelle façon l'accès aux soins, les coûts, l'état des patients après le congé, les répercussions sur la famille et les amis qui dispensent des soins de même que la satisfaction des patients et des familles ont changé?
- De quelle façon les attentes des patients ou du public influencent la satisfaction à l'égard des soins reçus?
- Dans quelle mesure la satisfaction des patients à l'égard de tel ou tel type de soins varie d'une région à l'autre du pays?

Promotion, prévention et soins primaires : Un portrait

Ce que nous savons

- La promotion de la santé et la prévention des maladies sont des éléments essentiels de notre système de santé. Les activités dans ce domaine vont de la vaccination des enfants et d'autres personnes à risque, aux cours sur les soins prénatals ou aux soins à donner aux nourrissons, en passant par les campagnes de promotion d'une saine alimentation ou de lutte contre l'alcool au volant.
- Bien des provinces et territoires ont adopté des programmes élargis de lutte contre la grippe afin de réduire le nombre de cas et de soulager le système de santé. Certains programmes vont encore plus loin en offrant, par exemple, un vaccin gratuit contre la grippe à tous les résidents de certaines régions.
- Les services de triage téléphonique se multiplient au pays. Ces services sont généralement offerts 24/7. Ils répondent à des questions touchant la santé et prodiguent des conseils sur la façon de régler les problèmes médicaux non urgents.
- Quatre-vingt cinq pour cent des femmes et 72 % des hommes ont déclaré avoir rencontré un omnipraticien ou leur médecin de famille en 1998-1999. Le nombre de rencontres ne variait pas vraiment en fonction du revenu, mais plutôt de l'âge. En effet, les adultes plus âgés étaient plus susceptibles de rencontrer un omnipraticien.
- En septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont accepté de continuer à faire de la réforme des soins primaires une priorité. Déjà, des projets pilotes sur diverses options sont mis en oeuvre au pays et d'autres sont prévus.
- Pour la deuxième année, l'ICIS a observé des variations importantes entre les taux régionaux des hospitalisations propices aux soins ambulatoires (qu'on appelle aussi

admissions évitables). Par exemple, 11 des principales régions du Canada présentaient des taux d'admissions évitables inférieurs à 300 par 100 000 habitants en 1998-1999. Mais, dans bon nombre de régions, les taux étaient nettement plus élevés, pouvant atteindre 1 069 par 100 000 habitants.

- De nombreux Canadiens consomment régulièrement des médicaments de prescription et en vente libre. En 1998-1999, les médicaments les plus courants consommés par les Canadiens étaient : médicaments contre la douleur (65 % des adultes en avaient consommé le mois précédent), antibiotiques (8 %), médicaments contre le rhume (20 %), les maux d'estomac (10 %), la tension artérielle (10 %), les allergies (9 %) et l'asthme (6 %).
- Au Canada, les citoyens utilisent de plus en plus de thérapies complémentaires et parallèles. Selon des sondages récents, 60 à 70 % des Canadiens ont eu recours dans les six derniers mois à une forme de thérapie complémentaire comme les vitamines, les suppléments minéraux et les plantes médicinales.

Ce que nous ignorons

- Combien d'enfants au Canada reçoivent à temps tous les vaccins recommandés?
- Quels services sont offerts par les médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte et par les autres principaux dispensateurs de soins? De quelle façon la structure des soins ou les résultats des traitements varient selon la personne qui offre les services?
- Quelles seraient les répercussions de diverses réformes de soins primaires sur les coûts, les résultats et l'accès aux services?
- L'utilisation que fait les gens de la médecine complémentaire et parallèle est-elle sûre et efficace?

Les hôpitaux de soins de courte durée au Canada : Un portrait

Ce que nous savons

- Depuis plus de 10 ans, on assiste à l'amenuisement du secteur hospitalier au Canada. De moins en moins de patients sont hospitalisés chaque année. Ceux qui le sont restent en moyenne moins longtemps.
- Au cours des cinq dernières années, plus de 275 hôpitaux ont fermé leurs portes, ont fusionné ou ont été convertis.
- Beaucoup plus de gens subissent des chirurgies d'un jour.
- Les chercheurs continuent à surveiller et à évaluer les répercussions des fermetures d'hôpitaux et de la réforme du système de santé sur la santé des Canadiens. Nous disposons déjà de résultats pour de nombreuses régions du pays, y compris la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba et Montréal.
- Il n'existe pas de liste d'attente unique en chirurgie pour le Canada. Néanmoins, nous disposons de bribes d'information, recueillies de diverses façons, qui nous disent qui attend quel service et depuis combien de temps.
- La grossesse et l'accouchement sont encore les principales raisons pour lesquelles les femmes en âge de procréer sont hospitalisées au Canada. Un pourcentage important des accouchements se font par césarienne. Les pourcentages varient considérablement d'une région à l'autre, soit de moins de 15 % à plus de 25 %.

Ce que nous ignorons

- Quels types de services d'urgence et les cliniques externes des hôpitaux fournissent? Jusqu'à quel point la modification du dosage des services hospitaliers répond aux besoins des collectivités?

- Dans quelle mesure les temps d'attente peuvent se comparer d'une région à l'autre du pays? Quel pourcentage des temps d'attente correspond aux normes recommandées pour la plupart des traitements? Quelles sont les répercussions émotives et physiques de l'attente sur la plupart des traitements?
- Dans quelle mesure les patients et leur famille sont satisfaits des soins hospitaliers qu'ils reçoivent?
- Quel est l'état de la plupart des types de patients après leur congé de l'hôpital?

La prestation des soins spéciaux : Un portrait

Ce que nous savons

- De nombreux Canadiens déclarent que leur santé mentale est de bonne à excellente. Mais d'autres souffrent de dépression, de schizophrénie et d'autres problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, presque 4 % des Canadiens de 12 ans et plus ont mentionné des symptômes permettant de déduire qu'ils avaient vécu au moins un épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente.
- Une bonne partie des personnes déclarant souffrir de symptômes dépressifs ne reçoivent pas de traitement. Moins de la moitié (43 %) des personnes ayant déclaré des symptômes révélant un épisode dépressif majeur dans le cadre de l'ENSP de 1994-1995 déclaraient avoir parlé à un professionnel de la santé de leur état de santé émotive ou mentale au cours de l'année précédente.
- Selon un sondage de Statistique Canada, au cours de 1996-1997, près de 185 000 personnes âgées et 35 000 citoyens plus jeunes vivaient dans des centres d'accueil et d'autres établissements de soins de santé.

- Statistique Canada a suivi 2 300 personnes qui vivaient dans des établissements de soins de santé dans toutes les régions du pays pendant quatre ans, à compter de 1994-1995. Selon les résultats de cette étude rendue publique récemment, quelque 50 % des personnes suivies sont décédées au cours de la période. Trois personnes sur cinq encore en vie en 1998-1999 déclaraient que leur état de santé était aussi bon ou meilleur qu'en 1994-1995.
- Les services de soins à domicile financés par l'État sont très inégaux d'une région à l'autre. Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, quelque 12 % des personnes âgées au Canada ont déclaré avoir reçu des services de soins à domicile financés par l'État. Selon les résultats d'un projet pilote de l'ICIS sur les soins à domicile, les clients de ce type de service ont souvent besoin d'aide pour préparer leurs repas, prendre un bain et effectuer leurs achats. Ils sont plus indépendants pour des activités comme boire, manger et s'habiller.
- Les nouvelles technologies, que l'on désigne collectivement par le terme « télésanté », commencent à offrir des moyens innovateurs de fournir des services de santé et d'information sur de courtes et de longues distances. Les résultats de nombreuses évaluations préliminaires sont positives et d'autres permettent de recenser les défis encore à relever.

Ce que nous ignorons

- Qui cherche à obtenir et paie des services publics et privés de santé mentale, de réadaptation, de soins de longue durée et de soins à domicile? Qui offre ce type de soins? De quelle façon leur qualité est évaluée? Dans quelle mesure les patients sont satisfaits?
- Dans quelle mesure les résultats des traitements relatifs aux soins à domicile se comparent aux résultats des soins dispensés en établissement? Dans quelle mesure les coûts assumés par le secteur public, les patients et leur famille varient selon l'endroit où les patients reçoivent des services? Dans quelle mesure les effets sur les patients, leurs amis et leur famille varient selon l'endroit dans lequel les soins sont dispensés?

- Est-ce que des gens pouvant bénéficier des services dispensés à l'extérieur des hôpitaux en sont privés? Par exemple, est-ce que les patients hospitalisés seraient aussi bien ou mieux à la maison, avec l'aide qui convient, ou dans d'autres types d'établissements de soins de santé?
- Comment pouvons-nous maximiser l'efficacité de la cybertechnologie dans les soins de santé? Quelles différences peut-on noter d'un groupe à l'autre en ce qui a trait à l'accès à la santé électronique et à son utilisation?

Les dispensateurs de soins

Ce que nous savons

- En 1999, environ un Canadien sur 10 ayant un emploi travaillait dans le secteur de la santé. De nombreux autres citoyens aidaient des amis ou des membres de leur famille, ou faisaient du bénévolat à l'intérieur d'organisations de soins de santé.
- La composition des équipes professionnelles de soins de santé continue à évoluer. En effet, le nombre et le rôle des professionnels des soins de santé continuent à changer. C'est aussi le cas des professions réglementées.
- En 1999, plus de 228 000 infirmières autorisées travaillaient en soins infirmiers au pays. Ce nombre est semblable à celui qui était enregistré en 1998, mais présente un recul de quelque 2,5 % comparativement aux résultats obtenus cinq ans auparavant. Cependant, les estimations préliminaires pour l'an 2000 indiquent une légère augmentation du nombre d'infirmières autorisées employées en soins infirmiers en 1999.
- Au cours des 10 dernières années, les infirmières autorisées ont été plus susceptibles de ne pas se présenter au travail à cause d'une maladie ou d'une incapacité que tout autre type de professionnel travaillant par quart (p. ex. policiers, pompiers et opérateurs de machinerie). Elles avaient aussi tendance à s'absenter plus longtemps du travail.

- Le nombre total de médecins par Canadien est environ le même qu'au début de la décennie, mais la répartition a changé. En effet, il y a moins de médecins de famille par personne, et plus de spécialistes. Le pourcentage de femmes médecins est aussi en hausse.
- Les données d'un sondage national sur le bénévolat réalisé en 1997 indiquent une augmentation substantielle (71 %) du nombre d'organisations de soins de santé profitant des services de bénévoles.

Ce que nous ignorons

- Quel est l'âge, le sexe et les habitudes de travail des dispensateurs de soins et des gestionnaires autres que les médecins et les infirmières? À quel rythme se modifie la répartition selon l'âge?
- Combien d'infirmières et d'autres dispensateurs de soins (à l'exception des médecins) quittent le Canada chaque année? Combien d'entre eux reviennent?
- Est-ce que le nombre et le type de services fournis par les médecins rémunérés à l'acte se distinguent de ceux qui sont fournis par les médecins salariés ou contractuels? Si c'est le cas, quelles en sont les répercussions sur la prestation de soins à la population?
- Dans quelle mesure les modifications du nombre et de la répartition de professionnels de la santé influenceront l'accès aux soins dans l'avenir?
- Est-ce que les modèles d'emploi et de pratique évoluent avec le temps? Combien de travailleurs du système de santé préfèrent travailler à temps plein ou moins qu'à temps plein? Dans quelle mesure les différences entre les diverses ententes patronales syndicales influencent la capacité du système de s'adapter à l'évolution des besoins?
- Quelles stratégies à long terme seront les plus efficaces pour attirer, recruter et maintenir au travail les professionnels de la santé?

Le résultat des soins

Ce que nous savons

- Le taux de mortalité dans les 30 jours de l'hospitalisation initiale par suite d'une crise cardiaque semble diminuer lentement. En 1998-1999, le pourcentage global, à l'exclusion du Québec et de la Colombie-Britannique, était de 12,65 %. Après correction des différences dues à l'âge, au sexe et à la comorbidité, la plupart des régions comptant une population d'au moins 100 000 personnes affichaient des taux similaires. Mais les taux de certaines régions étaient nettement en-deçà du taux global, alors que celui d'autres régions le dépassaient.
- Les chances de survie cinq ans après un diagnostic de cancer en 1992 variaient considérablement selon le type de cancer. Les chercheurs de Statistique Canada ont calculé récemment les taux relatifs de survie pour les cancers du sein, du côlon-rectum, de la prostate et du poumon. Parmi les femmes, celles atteintes du cancer du sein enregistraient les meilleurs taux de survie (taux relatif de survie supérieur à 80 % sur cinq ans, à l'exclusion des personnes très jeunes et très âgées). Le taux relatif de survie pour les autres allait de 15 % pour les hommes atteints du cancer du poumon à près de 85 % pour ceux qui souffraient du cancer de la prostate.
- Au moins trois personnes sur quatre ayant reçu une transplantation de rein, de cœur ou de foie entre 1992 et 1998 étaient encore en vie cinq ans plus tard. Les chances de survie après une transplantation semblent varier très peu d'une région à l'autre. Les chances au Canada sont semblables à celles aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande.
- Les recherches effectuées au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays révèlent que, pour de nombreux types de soins et de nombreux types de chirurgies, les patients traités dans les hôpitaux ayant un volume de cas plus élevé sont moins

susceptibles de subir des complications ou de décéder après une chirurgie.

Cependant, de nombreuses personnes soutiennent que la régionalisation des soins de santé pourrait avoir des effets négatifs, particulièrement dans les régions rurales où l'accès aux soins peut déjà présenter un problème.

- Au Canada, l'importance de la régionalisation varie d'une région à l'autre. Par exemple, en 1998-1999, 96 % des pontages aortocoronariens en Ontario sont survenus dans des hôpitaux où plus de 500 interventions sont enregistrées chaque année. Par comparaison, les pourcentages sont de 84 % en Colombie-Britannique, de 77 % dans les provinces de l'Atlantique, de 65 % dans les Prairies et de 53 % au Québec. Ces données sont importantes compte tenu des résultats de recherches menées aux États-Unis. Ils indiquent que les patients traités dans des centres effectuant moins de 500 pontages aortocoronariens risquaient plus, dans une proportion de 39 %, de décéder avant de quitter l'hôpital que ceux qui avaient été traités dans des hôpitaux gérant des volumes plus élevés.

Ce que nous ignorons

- Quel est l'état de santé des patients 3, 6 et 12 mois après leur chirurgie?
- Quelle est la relation entre le montant consacré à telle et telle intervention et les retombées sur l'état de santé?
- Pour quelles chirurgies, si c'est le cas, les hôpitaux effectuant un faible volume d'opérations imposent à leurs patients un risque plus élevé de complications et de décès? Pour ces interventions, quel est le nombre optimal de cas qu'un hôpital doit traiter pour fournir des soins sûrs et efficaces?
- Combien de décès pourraient être évités en concentrant les chirurgies dans des centres traitant des volumes élevés de cas?

Les dépenses de santé

Ce que nous savons

- Les estimations des dépenses publiques et privées en soins de santé ont dépassé la barre des 95 milliards de dollars en l'an 2000, soit 6,9 % de plus que l'année précédente. Ce montant équivaut à plus de 3 000 \$ par citoyen, soit une hausse de près de 175 \$ comparativement à 1999. Même après correction à cause de l'inflation et de la croissance démographique, il y a une augmentation réelle de 4,1 % des dépenses entre 1999 et 2000. Selon les premières prévisions budgétaires, il semble que les augmentations de dépenses dans le secteur public pourraient se poursuivre en 2001, du moins dans certaines régions du pays.
- Sur dix dollars consacrés au système de santé, sept proviennent des fonds publics. La proportion assumée par le secteur public a progressé légèrement en 2000.
- En 1998, en ce qui a trait aux dépenses par personne dans le domaine des soins de santé, le Canada se classait troisième parmi les pays du G-7, derrière les États-Unis et l'Allemagne.
- Avec presque un tiers du total, les hôpitaux représentent la principale catégorie des dépenses de santé. En 2000, les coûts des hôpitaux devraient avoir augmenté de plus de 5 % comparativement à l'année précédente. Néanmoins, leur part des dépenses totales continue à diminuer.
- Les frais de médicaments représentent maintenant plus de 15 % des dépenses totales. Ils vont probablement grimper à 14,7 milliards de dollars en l'an 2000, en hausse de 9 % comparativement à l'année précédente. L'augmentation en pourcentage des dépenses relatives aux médicaments entre 1985 et 1998 représente plus du double de la croissance des dépenses globales dans le domaine des soins de santé.

- Les dépenses attribuables aux services des médecins ont augmenté relativement rapidement au milieu des années 1980, puis ont ralenti au cours des années 1990. En 2000, l'ICIS prévoit une croissance légèrement inférieure à 5 %. Les coûts des services des médecins s'élèvent maintenant à quelque 13 milliards de dollars, soit 13,5 % des dépenses totales.
- La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Certains sont payés d'autres façons, partiellement ou entièrement. Leur effectif augmente dans certaines régions du pays.
- Plus de la moitié des Canadiens (52 %) ont fait un don à une organisation de soins de santé ou à plusieurs de ces organisations en 1997.

Ce que nous ignorons

- Dans quelle mesure les changements dans les dépenses relatives au système de soins de santé influencent la santé des citoyens?
- Dans quelle mesure les dépenses en soins de santé varient d'une collectivité à l'autre au pays?
- Quel montant les Canadiens consacrent aux thérapies complémentaires et parallèles comme la massothérapie, l'homéopathie et les plantes médicinales?
- Quel est le coût des services de réadaptation, des campagnes de promotion de la santé et des services communautaires?
- Au total, qu'est-ce qu'il en coûte pour obtenir une hanche artificielle, accoucher ou recevoir d'autres types de soins?

Introduction

Quels facteurs influent sur la santé des Canadiens? Vivons-nous plus longtemps? Pendant combien de temps pouvons-nous nous attendre à vivre sans être atteints d'une maladie ou d'une incapacité? Comment les services se comparent-ils d'un bout à l'autre du pays? Qu'en est-il des temps d'attente? Combien dépensons-nous en soins de santé? Que savons-nous du nombre et de la répartition des professionnels de la santé?

Nous, à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et à Statistique Canada, sommes résolus à accroître la capacité à répondre à ces questions. Notre but est de travailler à améliorer la santé des Canadiens et du système de santé en fournissant en temps opportun une information de qualité sur la santé. Ce faisant, nous espérons appuyer les progrès accomplis dans l'élaboration des politiques en matière de santé au Canada, la santé de la population, un système de santé plus efficace, ainsi que des décisions et des débats éclairés sur la santé et les soins de santé.

Dans le cadre de cet engagement, nous avons de nouveau uni nos efforts pour faire rapport sur la santé des Canadiens et de notre système de santé. Le présent rapport, *Les soins de santé au Canada 2001*, porte principalement sur le système de santé. Son rapport complémentaire, *La santé de la population canadienne 2001*, traite de l'état de santé des Canadiens et des facteurs qui influent sur leur santé.

Ces rapports mettent à profit ce que nous avons appris de la publication des premiers rapports annuels l'an dernier. Nous avons cerné la distribution des rapports, consulté notre Groupe d'experts et étudié attentivement les commentaires que les lecteurs nous ont envoyés au moyen des formulaires d'évaluation. En outre, l'ICIS a retenu les services d'un groupe de recherche indépendant pour recueillir l'opinion de groupes de discussion partout au pays au sujet du rapport sur le système de santé. Ces groupes étaient composés de professionnels de la santé, de représentants du grand public et des médias. Dans l'ensemble, les participants ont trouvé que le rapport présentait une information intéressante, claire et accessible.

Et ils en voulaient davantage. Les participants aux groupes de discussion ont demandé plus de renseignements sur une vaste gamme de sujets, dont :

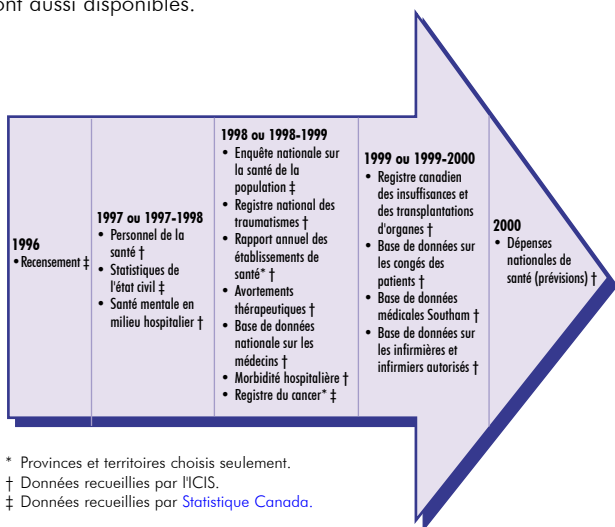
- le continuum des soins
- les résultats cliniques
- la prévention et la promotion
- les services de santé mentale
- l'équipe de santé
- les dépenses de santé
- les temps d'attente

Le rapport de cette année s'appuie sur des nouvelles données et des analyses de l'ICIS et de Statistique Canada, de même que sur des recherches effectuées à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale et internationale sur les sujets énoncés plus haut et sur bon nombre d'autres enjeux importants. Mais nous ne pouvons présenter que ce qui existe — des lacunes subsistent dans plusieurs domaines importants. Nous prévoyons continuer à travailler avec nos partenaires partout au pays pour combler ces lacunes et présenter dans les rapports à venir des mises à jour sur les progrès que nous réalisons.

D'où viennent les données

1

Plus récente année de données complètes pour les banques de données pancanadiennes de l'ICIS et de Statistique Canada (en date d'avril 2001). En général, les données des années antérieures sont aussi disponibles.



Au sujet de ce rapport

Le rapport est divisé en trois parties :

- **La Partie A, Un portrait du système de santé au Canada**, présente un aperçu de ce que nous savons et de ce que nous ignorons du mélange complexe des services qui forment le système de santé au Canada, les changements qui les touchent et la façon dont le public perçoit ces modifications.
- **La Partie B, Les gens, les soins, les coûts**, présente plus de détails sur la combinaison changeante des dispensateurs de soins de santé, les résultats des soins dans les hôpitaux au Canada et les coûts des soins de santé. Chaque section présente des nouvelles données et des analyses, de même que les conclusions de recherches récentes et les tendances à long terme.
- **La Partie C, Orientations**, met en lumière certains développements récents et laisse entrevoir ce qu'il faudrait faire pour brosser un tableau plus complet du rendement général dans les rapports à venir sur le système de santé au Canada.

Un encart intitulé *Indicateurs de santé 2001* accompagne le rapport. Ce document de référence présente des données comparatives à jour sur une variété d'indicateurs de santé et du système de santé pour les plus grosses régions sanitaires au Canada (qui représentent plus de 90 % de la population), les provinces et les territoires. Le symbole dans la marge indique les parties pour lesquelles des données provinciales, territoriales et régionales sont disponibles et présentées dans l'encart.



Pour en savoir davantage

Les points saillants et le texte intégral du rapport sont affichés sur le site Web de l'ICIS à www.icis.ca. Pour obtenir des exemplaires imprimés (moyennant des frais minimes pour couvrir les frais 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
Télé. : (613) 241-8120

On peut se procurer le rapport complémentaire, *La santé de la population canadienne 2001*, en consultant le site Web de Statistique Canada à www.statcan.ca. Un sommaire du rapport y est aussi affiché.

Nous serons heureux de recevoir 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.

Le Web : Une mine de renseignements!

Il y a beaucoup plus sur le Web. Le jour de la publication, ainsi que dans les semaines et les mois à venir, l'ICIS ajoutera à son site Web (www.icis.ca) une foule de renseignements connexes. Par exemple, vous pourrez :

- télécharger sans frais le rapport en français ou en anglais;
- lire un aperçu du rapport dans une brochure rédigée dans un langage clair et simple;
- inscrire votre nom pour recevoir des mises à jour régulières du rapport par courriel;
- voir une présentation des points saillants du rapport;
- accéder à certains des documents et des données utilisés dans la préparation du rapport;
- évaluer vos connaissances du système de santé au Canada grâce à notre jeu-questionnaire en ligne.

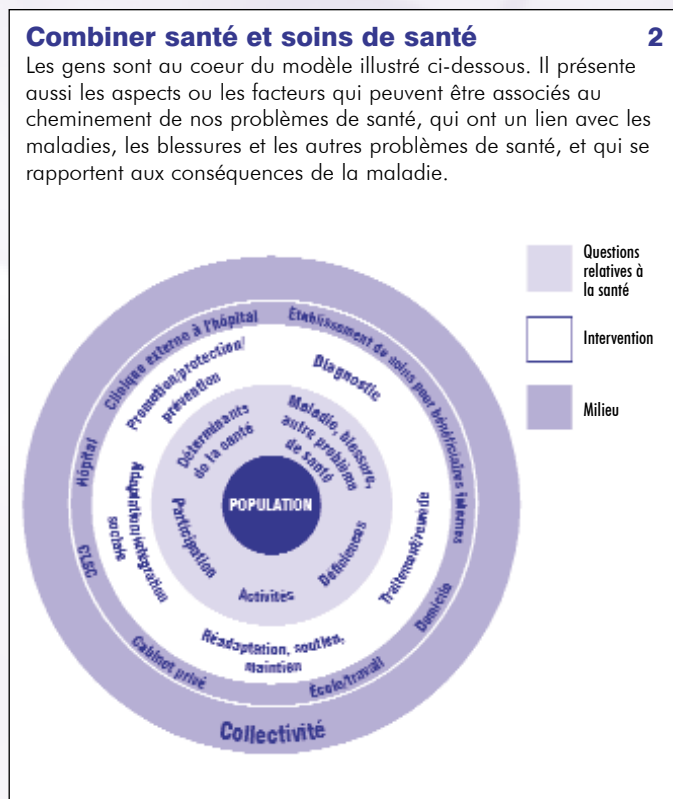
Partie A : Un portrait du système de santé au Canada

Chacun d'entre nous est unique. Un grand nombre de facteurs influent sur notre santé et notre bien-être — tabagisme, chômage, qualité de l'air, activité physique, pour ne nommer que ceux-là. Au fil du temps, nous pouvons être atteints de maladies, de blessures ou d'autres problèmes de santé. Nous pouvons également devoir faire face à des déficiences, à des limitations d'activité ou à des obstacles à notre capacité de participer aux situations de la vie quotidienne.

À des moments différents, de différentes façons, ces problèmes de santé peuvent nous amener à entrer en contact avec notre système de santé. Nous pouvons le faire à divers endroits : écoles, cabinets de médecins, pharmacies, centres de santé

communautaire, hôpitaux, services de soins à domicile, centres d'accueil et à plusieurs autres endroits. Mais peu importe où nous y accédons, les divers dispensateurs et organismes devraient collaborer pour offrir un éventail de soins de haute qualité, de la promotion de la santé et la prévention de la maladie, en passant par les traitements curatifs et la réadaptation et autres services.

À l'instar de nombreux autres pays, le Canada a connu des changements profonds en ce qui concerne la santé et les soins de santé au cours des cinquante dernières années. Quels ont-été les effets de ces changements? Qui dispense les soins aujourd'hui? Comment le font-ils? Comment travaillent-ils ensemble? Les réponses à ces questions sont complexes et changent constamment. Les pages qui suivent présentent un aperçu du système de santé et de certaines de ses composantes, ainsi que de leur effet sur la santé des Canadiens. Elles se veulent une continuation de ce que nous avons commencé à bâtir l'an dernier (*Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel* — disponible sur le site Web de l'ICIS à www.icis.ca.)



Source: Institut canadien d'information sur la santé

1. Portrait d'un système en mutation

Vingt-quatre heures par jour, sept jours sur sept, un ordinateur canadien est aux aguets. Il s'agit d'un système d'avertissement rapide. [Le Réseau mondial d'information sur la santé publique \(RMISP\)](#) parcourt le web pour se renseigner sur toute propagation de maladie qui pourrait survenir à l'échelle mondiale. Il achemine ensuite les rapports à [l'Organisation mondiale de la Santé](#) pour assurer un suivi. Impensable il y a quelques années encore, le RMISP n'est qu'un simple exemple des changements profonds au Canada et à l'échelle mondiale qui ont bouleversé les domaines de la santé et des soins de santé au cours des dernières années.

Les années 1990 ont été témoins de changements profonds dans la façon dont les soins sont organisés et dispensés dans la plupart des régions au pays. Dans la dernière décennie, la plupart des provinces ont apporté des changements structurels importants à leur système de santé. Le rythme était différent d'une province à l'autre, mais l'élément moteur était semblable. Les pressions financières auxquelles étaient confrontés les gouvernements y ont joué un rôle déterminant. De même, les modifications ont été motivées par une meilleure compréhension de la santé de la population et du vaste éventail des facteurs qui l'influencent. Les plans mettaient surtout l'accent sur les solutions de rechange aux hôpitaux et plusieurs provinces ont tenté d'utiliser l'argent qu'elles avaient économisé en fermant des lits d'hôpitaux pour financer des services communautaires, les soins à domicile par exemple. La plupart des provinces ont aussi réorganisé leurs services de santé.

Ce chapitre présente un aperçu de la manière dont le système de santé change et ce que nous savons des effets de ces changements.

La santé des Canadiens

En général, les soins de santé sont un moyen d'arriver à une fin : une meilleure santé. Un rapport controversé publié récemment par l'Organisation mondiale de la Santé a essayé de quantifier dans quelle mesure les systèmes de santé dans le monde atteignent leurs objectifs.¹ Mais outre le système de santé, un grand nombre de facteurs affectent notre santé. De même, bon nombre d'éléments jouent un rôle dans la répartition de la santé et des maladies dans la population.

Comment se portent les Canadiens? L'espérance de vie a fait un bond spectaculaire au Canada et dans le monde au XX^e siècle.

L'espérance de vie à la naissance a évolué comme suit : 59 ans au début des années 1920, 69 ans dans les années 1950 et 79 ans en 1997. Des recherches récentes font observer que comparativement à il y a 20 ans, les adultes plus âgés peuvent s'attendre à une meilleure qualité de vie plus longtemps.²

Si on les compare aux habitants d'autres pays, les Canadiens ont tendance à vivre plus longtemps. Selon des statistiques de l'Organisation des Nations Unies, nous nous classions au deuxième rang dans le monde à ce chapitre en 1998, à égalité avec les Islandais et après les Japonais. En fait, le Canada se situe en tête de peloton au classement de l'espérance de vie à l'échelle internationale depuis plusieurs décennies. Depuis le début des années 1970 jusqu'à la fin des années 1990, les augmentations que nous avons connues dans l'espérance de vie des hommes et des femmes se situaient dans la moyenne parmi les pays de l'OCDE (douzième sur 29 pays).

Même à l'intérieur d'un pays, tous ne bénéficient pas de la même chance de vivre longtemps et en santé. Par exemple, l'espérance de vie des Canadiennes était de 81 ans en 1997, par rapport à presque 76 ans pour les Canadiens. Les différences entre hommes et femmes sont aussi présentes dans les taux de maladie. En 1998-1999, les femmes de 12 ans et plus signalaient plus souvent que les hommes qu'elles avaient eu un diagnostic d'hypertension, de migraine, d'asthme et de bronchite. Les différences entre hommes et femmes pour l'asthme, l'arthrite, les problèmes de dos et la migraine, sont plus prononcées chez les personnes à faible revenu.

On observe aussi des différences importantes entre les régions du pays et entre différents groupes de population. Par exemple, l'espérance de vie actuelle dans la plupart des provinces (naissance en 1996) varie de 4 ans et plus, selon la région de la province. Au Québec, on note un écart de plus de 10 ans dans l'espérance de vie à l'intérieur de la province.³

Quelles sont les causes de ces différences?

De nombreux facteurs influent sur la santé à l'heure actuelle et nous n'en comprenons que certains.⁴ Les habitudes alimentaires, l'usage de tabac, l'activité physique — tout cela pèse dans la balance. D'autres facteurs sont aussi déterminants : nos niveaux de revenu et d'instruction; notre environnement familial, scolaire et professionnel; nos chances de développement dans la petite enfance.

Espérance de vie et taux de mortalité chez les moins de cinq ans : comparaisons dans le temps

3

Selon les données recueillies dans le cadre du Projet des Nations Unies pour le développement, l'espérance de vie a augmenté dans tous les pays de l'OCDE depuis les années 1970, et les taux de mortalité chez les moins de cinq ans ont diminué. Ce graphique illustre les changements dans l'espérance de vie (en années gagnées) de 1970-1975 à 1995-2000, et la diminution des taux de mortalité chez les moins de cinq ans de 1970 à 1998 dans les pays de l'OCDE.



Remarque : Les années représentent les espérances de vie 1995-2000.

Source : Rapport mondial sur le développement humain 2000. Programme des Nations Unies pour le développement

L'a b c du système de santé au Canada

La pierre angulaire du système de santé du Canada est le financement public de la presque totalité des services médicaux et hospitaliers jugés nécessaires sur le plan médical. Ce que nous appelons « l'assurance-maladie » est une combinaison de régimes publics d'assurance-maladie. L'assurance-maladie a vu le jour en 1947 en Saskatchewan, la première province canadienne à établir un programme public universel d'assurance-hospitalisation. En 1962, la Saskatchewan a aussi été la première province à assurer les services médicaux. En 1972, toutes les provinces et les territoires avaient suivi son exemple. Aujourd'hui, ils administrent des régimes d'assurance qui s'inspirent de principes communs à tous les Canadiens. Le gouvernement fédéral est aussi directement responsable de certains services de santé pour des groupes précis, dont les membres de la [Gendarmerie royale du Canada](#) et des

Forces armées, les vétérans, les Indiens et les Inuits de plein droit et les détenus dans les prisons fédérales.

Les Canadiens ont aussi recours à d'autres types de soins de santé. Les médicaments, les soins à domicile, les maisons de soins infirmiers, les soins dentaires, la physiothérapie, la médecine parallèle, et d'autres services complémentaires, sont financés au moyen d'une combinaison complexe d'assurance publique et privée, et de paiements directs.

La réforme du système

Quelle est la meilleure façon d'améliorer la santé des Canadiens? Comment pouvons-nous rendre notre système de santé mieux adapté à la situation des gens qu'il dessert et plus responsable? Comment nous assurer que les bons services sont dispensés au bon moment et aux bonnes personnes, de façon efficiente et efficace? Le secteur privé peut-il jouer un rôle dans l'amélioration de la prestation des soins de santé au Canada?

Toutes ces questions, et bien d'autres, sur la meilleure façon de financer, d'organiser et de fournir les soins de santé, font l'objet d'un débat partout dans le monde depuis longtemps. Le Canada n'y fait pas exception.

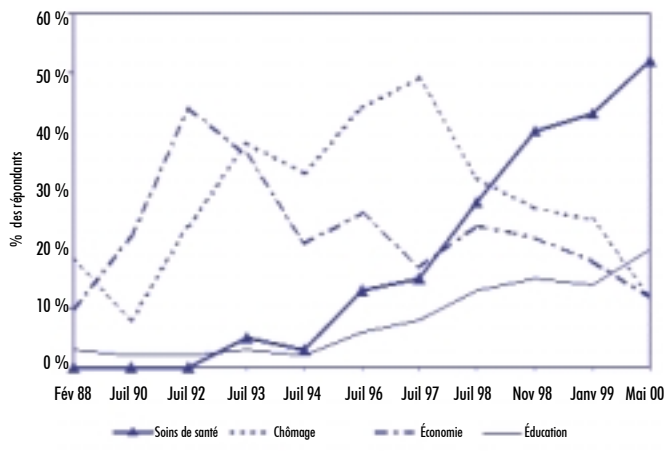
Au cours des dernières décennies, nous avons été témoins de réformes qui comportent des points communs. La dernière vague de réformes a déferlé sur le pays dans les années 1990. Elle a eu lieu pendant une période où les déficits étaient une source de préoccupations et où on était de plus en plus conscient de l'éventail des facteurs, outre le système de santé, qui influent sur la santé.

Dans le cadre de ces réformes, plusieurs gouvernements provinciaux et territoriaux ont créé des régions sanitaires et les ont chargées du fonctionnement quotidien du système de santé. Même si les objectifs précis variaient, la plupart des secteurs de compétence visaient à rationaliser les services de santé et à rapprocher la planification et la prestation des résidents locaux.⁵ Parmi les autres buts communs, mentionnons l'accent accru sur la promotion de la santé et l'allocation de ressources plus nombreuses aux services communautaires.

Une priorité pour les Canadiens

4

Si vous deviez vous arrêter pour penser à tous les enjeux auxquels le Canada doit faire face à l'heure actuelle, lequel, selon vous, devrait retenir le plus l'attention de nos dirigeants? Des sondages Angus Reid posent cette question aux Canadiens depuis plus de dix ans. Depuis 1998, la santé est le premier enjeu sur la scène nationale. En mai 2000, plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué que les soins de santé étaient la priorité, plus du double que le deuxième choix.



Source : Le Conference Board du Canada. *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*. Ottawa. Le Conference Board du Canada.

Les buts se ressemblaient peut-être, mais la taille, les responsabilités, les pouvoirs et la structure des régions variaient d'un bout à l'autre du pays. Généralement, les gouvernements provinciaux délèguent des pouvoirs aux autorités sanitaires régionales au moyen de mesures législatives. En retour, ces autorités doivent fonctionner selon les principes, les lignes directrices et les directives provinciales en matière de politique. Leur conseil d'administration est responsable de toute une gamme de services de santé dispensés dans une région géographique précise. Il s'agit en général des soins hospitaliers, des soins de longue durée, des services de santé communautaires, de certains services de santé mentale et des programmes de santé publique. Dans la plupart des cas, la province ou le territoire conserve la responsabilité du financement des services médicaux, des soins en oncologie, des médicaments de prescription et de certains services spécialisés.

Mesurer la satisfaction face aux soins

Les années 1990 ont été une décennie de bouleversements. Pendant toute cette période, les dispensateurs de soins ont cherché à répondre aux attentes des patients et des collectivités qu'ils desservent. De plus, ils devaient s'assurer que les patients étaient satisfaits des soins qu'ils recevaient et que le public en général sentait que le système de santé fonctionnait bien.

Une revue effectuée récemment à la demande de l'ICIS a révélé que presque partout au pays, on mesure la satisfaction du patient ou du public. Plusieurs initiatives locales sont en cours au sein des régions sanitaires ou des hôpitaux. On effectue également des sondages publics régulièrement.

La recherche révèle qu'il est complexe de mesurer la satisfaction, en partie parce qu'elle peut être influencée par une vaste gamme de facteurs. Certains d'entre eux ont trait aux outils utilisés pour mesurer la satisfaction. Par exemple, les questions qui sont posées, et la façon dont elles le sont, peuvent influencer l'opinion des répondants. Mais divers types de personnes ont aussi tendance à répondre différemment, même si on leur pose les mêmes questions. Par exemple, bon nombre de sondages révèlent que les répondants donnent une note plus élevée aux soins qu'ils ont reçus ou que leur famille a reçus plutôt qu'au système de santé en général.

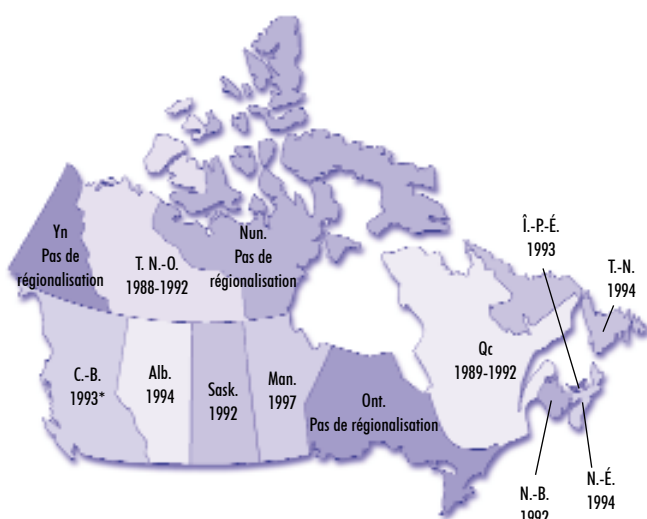
Ce que disent les sondages pancanadiens

Politiciens, gouvernements, médias d'information, groupes de revendication — plusieurs groupes commandent des sondages d'opinion sur toute une gamme de sujets. Récemment, Le Conference Board du Canada a compilé les résultats de sondages sur la santé effectués à l'échelle nationale entre la fin des années 1980 et août 2000.⁶ Les chercheurs ont reconnu qu'il y a des limites inhérentes aux sondages d'opinion et qu'il peut être dangereux de comparer les résultats provenant de diverses sources en raison des différences dans les questions

La régionalisation au Canada

5

Le rythme de la régionalisation varie d'un bout à l'autre du pays. Ce tableau indique en quelle année les changements ont commencé dans les provinces et les territoires. Et les changements se poursuivent. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, on restructure les anciens conseils régionaux de santé et à Nunavut, on les éliminés graduellement.



* La loi sur les autorités sanitaires en Colombie-Britannique a été adoptée pour la première fois en 1993 dans le cadre du projet « Nouvelles orientations ». La loi sur les autorités sanitaires a été modifiée en 1997. Pour ce qui est de la prestation des services, le financement et les responsabilités à l'égard de la loi ont été transférés aux autorités sanitaires de la province en 1997.

Source : HEALNet Regionalization Research Centre, Saskatoon

posées et des événements d'actualité qui peuvent modifier les réponses au fil du temps. Néanmoins, les sondages fournissent certains renseignements qui ne sont pas disponibles autrement.

Par exemple, une série de sondages Angus Reid présentent une perspective de la façon dont l'évaluation que font les Canadiens du système de santé a changé au cours de la dernière décennie. Le plus récent sondage (janvier 2000) révèle qu'environ le quart des répondants cote le système comme étant excellent ou très bon. Les autres répondants étaient partagés également entre les cotes « bon » et « passable/médiocre/très médiocre ».

Un sondage national sur les dispensateurs et les utilisateurs de soins de santé, réalisé par Merck Frosst, la Coalition des organisations nationales volontaires et Pollara en 1999, présente une répartition des degrés de satisfaction. On constate que presque 80 % des répondants sont très satisfaits ou plutôt satisfaits de la capacité du système de santé à répondre à leurs besoins ou à ceux de leur famille. Par contre, seulement 62 % sont satisfaits de la capacité

du système à satisfaire aux besoins de tous les habitants de la province.

Les résultats des sondages révèlent aussi l'influence des médias sur l'opinion publique. En 1999, un sondage Angus Reid demandait aux Canadiens sur quoi ils fondaient leur opinion du système de santé. Bien que 62 % de ceux qui croyaient que le système s'était détérioré pendant les cinq dernières années fondaient leur opinion sur leur propre expérience, 37 % ont indiqué qu'ils formaient leur opinion selon ce qu'ils avaient vu, lu ou entendu dans les médias.⁷

Résultats de deux sondages provinciaux récents

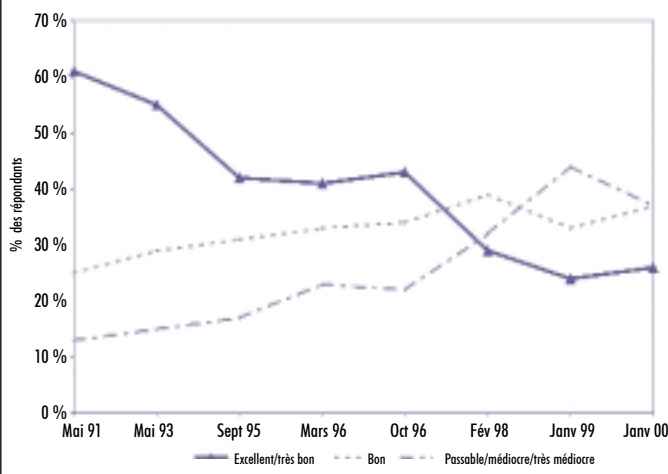
Le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta effectue des sondages annuels sur la santé et la satisfaction face au système de santé depuis 1995. En 2000, presque deux tiers des Albertains (63 %) ont coté la qualité des soins dispensés dans leur collectivité comme bonne ou excellente.⁸ Il s'agit d'une diminution par rapport à 1999 (75 %). Mais ils étaient plus nombreux — 86 % en 2000 — à dire que les soins qu'ils avaient reçus personnellement au cours de la dernière année étaient bons ou excellents, une hausse par rapport à 79 % l'année précédente. Une analyse plus approfondie des résultats du sondage permet de penser que les cotes attribuées par les répondants étaient directement liées à la perception de leur état de santé et de leurs besoins en matière de soins. Ceux qui considéraient que leur santé était excellente avaient tendance à dire que le système de santé était bon ou excellent. Les répondants en moins bonne santé le cotaient plus comme passable ou médiocre.

En 1999, les patients hospitalisés en Ontario ont en général donné une note élevée aux soins qu'ils ont reçus.⁹ Ces résultats sont issus d'un sondage réalisé par l'Université de Toronto, avec l'aide de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Plus de 81 % des 26 000 répondants se sont dits satisfaits des résultats de leur séjour à l'hôpital. Ils ont dit qu'ils n'hésiteraient pas à retourner à l'hôpital où ils ont été soignés et qu'ils le recommanderaient à des amis ou à des parents. Ils ont notamment donné une note

Comment les Canadiens ont évalué leur système de santé

6

La plupart des répondants aux sondages Angus Reid des dix dernières années ont coté le système de santé comme bon ou meilleur qu'avant. Par contre, la proportion de ceux qui ont dit que le système était excellent ou bon est passée d'un peu plus de 60 % en 1991 à environ 25 % aujourd'hui. Remarque : Les résultats sont considérés comme justes dans une marge de 2,5 points de pourcentage, 19 fois sur 20.



Source : Le Conference Board du Canada (2000). Canadian's Values and Attitudes on Canada's Health Care System : A Synthesis of Survey Results. Ottawa. Le Conference Board du Canada.

élevée aux médecins et aux infirmières pour les soins dispensés. Plus de 50 % ont répondu que les soins infirmiers (53,2 %) et les soins médicaux (54,6 %) étaient excellents — un peu moins de 30 % ont jugé ces services comme étant bons. Les cotes attribuées aux services de soutien — par exemple, les services d'alimentation et d'entretien ménager — étaient plus bas, seulement 21 % des répondants les jugeant excellents.

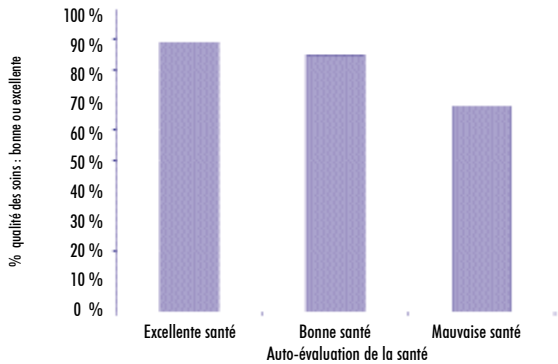
Les résultats changeront-ils dans les années à venir? Les hôpitaux en Ontario prévoient refaire les sondages sur la satisfaction chaque année. Ne manquez pas les prochains résultats à l'été 2001.

Comment le Canada se compare

Sur le continent américain, en Asie, en Europe, et ailleurs, le système de santé est aussi en évolution constante. Des sondages récents parrainés par le **Fonds du Commonwealth** donnent un aperçu de la façon dont la satisfaction change dans bon nombre de pays. Ainsi, un sondage réalisé en 1999¹⁰ a conclu que les aînés au Canada avaient tendance à être plus positifs quant au système de santé que l'année précédente. Par contre, ils avaient moins tendance que ceux de nombreux autres pays à qualifier d'excellent les soins qu'ils avaient reçus.

Les Albertains en santé donnent les notes les plus élevées 7

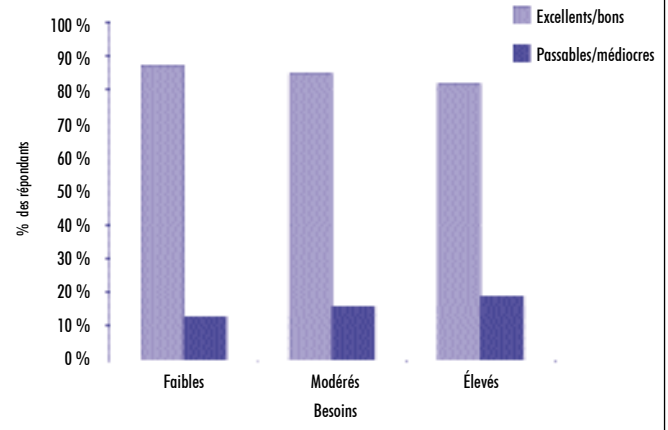
Lors d'un sondage réalisé en Alberta en 2000, les répondants qui ont indiqué être en excellente santé avaient tendance à mieux coter le système de santé que ceux en moins bonne santé.



Source : Northcott H.C. and Northcott J.L. (2000) *The 2000 Survey About Health and the Health System in Alberta*, Population Research Laboratory: University of Alberta.

Satisfaction par rapport aux besoins perçus en matière de soins 8

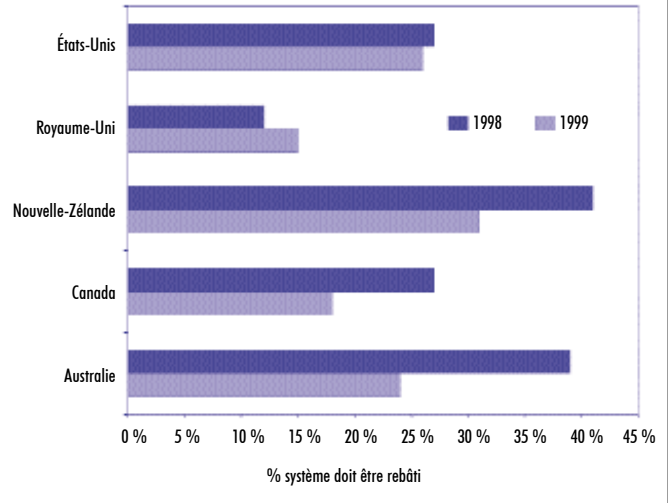
En 2000, plus de 80 % des Albertains — sans égard à leurs besoins pour des soins — ont déclaré que les soins qu'ils avaient reçus au cours des 12 derniers mois étaient bons ou excellents. Mais ceux qui jugeaient qu'ils avaient besoin de beaucoup de soins étaient plus enclins à donner une cote passable ou médiocre aux soins qu'ils avaient reçus.



Source : Northcott H.C. and Northcott J.L. (2000) *The 2000 Survey About Health and the Health System in Alberta*, Population Research Laboratory: University of Alberta.

Moins de personnes âgées croient que le système doit être rebâti 9

En 1999, dans bon nombre de pays, les personnes âgées semblaient avoir une opinion plus favorable de leur système de santé. En 1998, plus d'une personne âgée sur quatre (27 %) au Canada vivant à la maison croyait que le système de santé devait être repensé. Un an plus tard, seulement 18 % partageaient cette opinion.



Source : Sondages de 1998 et de 1999 du **Fonds du Commonwealth** sur la politique internationale en matière de santé

La prochaine vague?

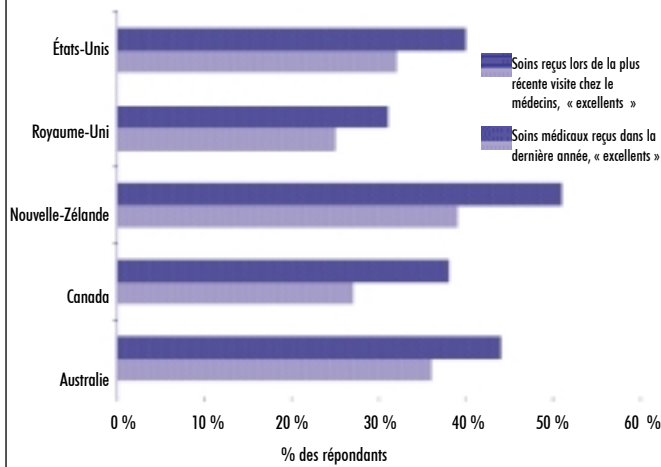
Une série de rapports de commissions royales et de groupes de travail a annoncé le début de la réforme des soins de santé aux quatre coins du pays dans les années 1980. Dans certaines régions du pays, on procède de nouveau à un examen approfondi des soins de santé.

Par exemple, en janvier 2001, seulement six mois après sa création, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux au Québec (la Commission Clair) a publié un rapport. Il présentait 95 suggestions pour améliorer les services de santé et les services sociaux dans la province. La recette du changement de la Commission : encourager les omnipraticiens à travailler en groupe afin d'offrir des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine, adopter un nouveau régime d'assurance pour les soins de longue durée, faire participer le secteur privé, mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie, et plus encore. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le rapport de 400 pages à www.cessss.gouv.qc.ca.

C'est maintenant au tour de la Saskatchewan. La Commission Fyke sur l'assurance-maladie a présenté son rapport en avril 2001. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez www.medicare-commission.com. Le gouvernement fédéral a récemment annoncé la création de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, dirigée par Roy Romanow. Elle doit présenter son rapport d'ici novembre 2002.

Les aînés canadiens sont moins enclins à qualifier les soins d'excellents 10

Le graphique ci-dessous illustre le pourcentage des personnes âgées qui ont qualifié d'excellents les soins qu'elles avaient reçus dans la dernière année ou lors de leur plus récente visite chez le médecin.



Source : Sondage de 1999 du Fonds du Commonwealth sur la politique internationale en matière de santé

Suivre l'évolution des changements dans les soins de santé 11

Au moment où la prochaine vague de réformes déferlera sur le pays, les Canadiens disposeront peut-être d'un nouvel outil pour suivre l'évolution des changements dans les soins de santé. À leur réunion de l'automne 2000, les premiers ministres ont convenu de présenter des rapports détaillés et réguliers sur les programmes et les services de santé, y compris sur 14 indicateurs (voir la liste). Certains sont déjà disponibles; d'autres doivent être élaborés. La présentation de l'information doit commencer en 2002.

- | | |
|--|--|
| 1. Espérance de vie | 10. Admissions subséquentes |
| 2. Mortalité infantile | 11. Accès 24/7 aux services de premier contact |
| 3. Faible poids à la naissance | 12. Services de soins à domicile et communautaires |
| 4. Auto-évaluation de la santé | 13. Pertinence des activités de surveillance de la santé publique |
| 5. Changements dans l'espérance de vie | 14. Pertinence des activités de protection et de promotion de la santé |
| 6. Amélioration de la qualité de vie | |
| 7. Réduction du fardeau associé aux maladies | |
| 8. Temps d'attente | |
| 9. Satisfaction des patients | |

Source : Communiqué de la réunion des premiers ministres, septembre 2000. www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html

Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Les années 1990 ont été témoins de changements importants, dont la régionalisation et la fermeture de lits d'hôpitaux dans la plupart des régions.
- L'état de santé des Canadiens, en fonction de l'espérance de vie et de l'auto-évaluation de la santé, a continué de s'améliorer (espérance de vie) ou est demeuré stable (auto-évaluation de la santé) pendant la réforme de la santé.
- Selon les sondages d'opinion et les médias, un pourcentage important du public et des dispensateurs de soins de santé sont inquiets de la qualité des soins et de l'accès aux soins. Les répondants aux sondages cotent mieux les soins qu'ils reçoivent personnellement que le système de santé dans son ensemble.

Ce que nous ignorons

- Les constatations qui découlent d'études et de sondages d'opinion au sujet des répercussions de la réforme dans certaines régions s'appliquent-elles à d'autres régions du pays? Quelles ont été les autres conséquences de la réforme?
- Comment la réforme a-t-elle changé le rendement général du système de santé?
- A-t-on assisté à des changements dans la qualité de vie après les congés des hôpitaux, dans les niveaux de stress des parents et des amis qui jouent le rôle de soignants, et dans la satisfaction des patients et des familles face aux changements qui ont accompagné la réforme de la santé?
- Dans quelle mesure les attentes des patients et du public influencent-elles la satisfaction face aux soins?

Ce qui se passe

- Les chercheurs, les administrateurs et les décisionnaires dans bon nombre de régions au pays continuent de définir des indicateurs et utilisent ceux en place pour préciser les conséquences immédiates et à long terme de la réforme de la santé.
- À l'automne 2000, les premiers ministres des provinces ont défini 14 indicateurs dont on doit suivre l'évolution partout au pays d'ici 2002.
- Une première série d'indicateurs comparables sur la santé, les déterminants de la santé, ainsi que le rendement et les caractéristiques du système de santé, a été récemment publiée pour les régions d'un bout à l'autre du Canada.



Pour en savoir davantage

- ¹ Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Pour un système de santé plus performant. www.who.int/whr/2000/fr/report.htm
- ² Statistique Canada (1999). L'état de santé à l'âge mûr. *Rapports sur la santé*, 11 (3), 35-46
- ³ Statistique Canada (2001). La santé de la population canadienne, Rapport annuel de 2001. *Rapports sur la santé*, 12 (3)
- ⁴ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999). Pour un avenir en santé : *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Santé Canada
- ⁵ Lomas, J., Woods, J. et Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: An introduction to the issues. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156 (3), 371-7
- ⁶ Le Conference Board du Canada (2000). *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*. Ottawa : Le Conference Board du Canada
- ⁷ Angus Reid Group, Inc. (1999). Sondage national Angus Reid n° 53. Section sur les soins de santé
- ⁸ Northcott, H.C. et Northcott, J.L. (2000). *The 2000 Survey about Health and the Health System in Alberta*. Edmonton Population Research Laboratory, University of Alberta
- ⁹ Baker, G.R., Anderson, G.M., Brown, A.D., McKillop, I., Montgomery, C., Murray, M.A. et Pink, G.H. (1999). *The Hospital Report '99: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*. Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario
- ¹⁰ Schoen, C., Strumpf, E., Davis, K., Osborn, R., Donelan, K. et Blendon, R.J. (2000). *The Elderly's Experiences with Health Care in Five Nations: Findings from the Commonwealth Fund 1999 International Health Policy Survey*. www.cmf.org

2. Promotion, prévention et soins primaires : un portrait

Promouvoir la santé, prévenir la maladie

La promotion de la santé et la prévention des maladies sont des activités essentielles de notre système de santé : immunisation des enfants et des autres personnes à risque; cours prénatals et sur l'art d'être parent; campagnes pour promouvoir de saines habitudes alimentaires, l'activité physique et la sexualité sans risque; surveillance de la salubrité de l'eau et des aliments; règlements pour interdire l'usage du tabac dans les lieux publics; campagnes dans les médias pour réduire l'alcool au volant; et bien d'autres.

De nombreux partenaires participent à ces activités, qu'ils proviennent du milieu de la santé ou non. Par exemple, les départements de santé publique et communautaire travaillent souvent avec les centres de santé communautaires, les organismes bénévoles voués à la santé, les groupes religieux, et d'autres, pour répondre aux besoins des collectivités. Grâce à ces efforts, nous avons réalisé des progrès importants. Pourtant, il reste tant à faire.

Le poids des enfants canadiens

Les programmes de santé publique s'adressent à de nombreux groupes dont les besoins sont différents. Une étude récente révèle que le surpoids et l'obésité chez les enfants canadiens sont une source de préoccupation croissante.¹ Les enfants et les adolescents dont la masse corporelle est excédentaire risquent d'éprouver des problèmes de santé à l'âge adulte. Les chercheurs ont constaté que l'indice de masse corporelle des enfants âgés entre 7 et 13 ans a augmenté au cours des dernières années. En 1981, 15 % des garçons et des filles faisaient de l'embonpoint. Ce pourcentage atteignait 29 % chez les garçons et 23 % chez les filles en 1996 et l'obésité d'enfance avait plus que doublé pendant la même période. Les auteurs de l'étude affirment qu'il s'agit d'un sujet de préoccupation car « une masse corporelle excédentaire pendant l'enfance et l'adolescence est associée à un risque accru d'obésité et à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité à l'âge adulte ».

Les vaccins contre la grippe : une nouvelle offensive

En matière de santé publique, la vaccination est l'une des plus grandes réalisations du siècle dernier. Elle a eu raison, par exemple, de la variole. L'éradication de la polio dans le monde et de la rougeole au Canada sera bientôt réalité. Et de nouveaux vaccins sont offerts — comme celui pour protéger les enfants contre la varicelle.

Mais les vaccins ne sont pas faits que pour les enfants. Ainsi, dans plusieurs régions du pays, on a récemment mis sur pied des programmes pour encourager les autres Canadiens à se faire vacciner contre la grippe. Ces programmes visent à la fois à prévenir la maladie et à réduire les pressions sur le système de santé.

Programmes provinciaux de vaccination contre la grippe

12

La plupart des provinces et territoires paient les vaccins contre la grippe pour les personnes âgées et les malades chroniques. D'autres vont plus loin en ciblant des groupes précis (comme les travailleurs de la santé) ou en offrant le vaccin à tous les résidents.

Secteur de compétence	Programme de vaccination		
	Personnes âgées	Malades chroniques	Tous les autres résidents
Terre-Neuve	✓	✓	✗
Île-du-Prince-Édouard	✗	✗	✗
Nouvelle-Écosse	✓	✓	✗
Nouveau-Brunswick	✓	✓	✗
Québec	✓	✓	✗
Ontario	✓	✓	✓
Manitoba	✓	✓	✗
Saskatchewan	✓	✓	✗
Alberta	✓	✓	✗
Colombie-Britannique	✓	✓	✗
Yukon	✓	✓	✓ (plus de 18 ans)
Territoires du Nord-Ouest	✓	✓	✓
Nunavut	✓ (plus de 50 ans)	✓	✗

Source : Renseignements recueillis par l'ICIS auprès des provinces et des territoires

Dans le rapport de l'an dernier, nous avons indiqué que les données de plusieurs provinces révèlent que la demande sur les hôpitaux et les salles d'urgence connaît son point culminant pendant la saison de la grippe. De nouveaux résultats semblent indiquer que la demande sur les hôpitaux canadiens associée à la grippe a été plus forte en 1999-2000 que l'année précédente. Dans la plupart des régions du Canada, un plus grand nombre de patients pour qui la grippe était le diagnostic principal ont été admis dans des hôpitaux de soins de courte durée.*

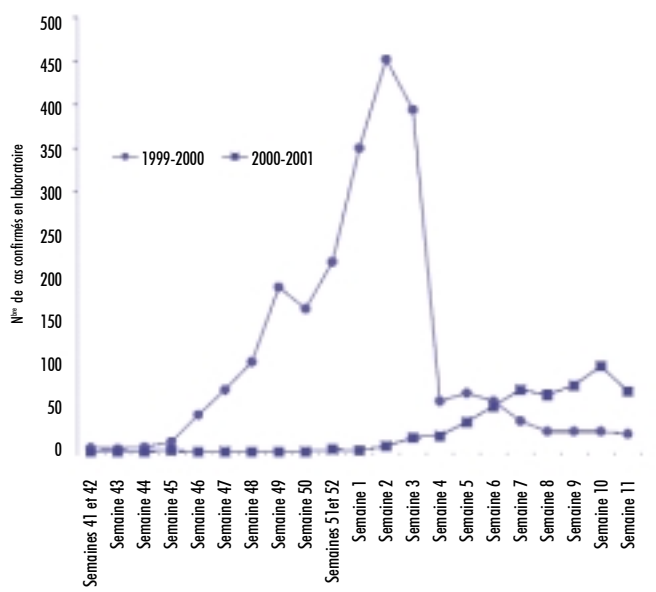
Depuis, de nouveaux programmes ou des programmes élargis ont été mis en place dans bon nombre de régions. Que se passe-t-il cette année? Il est trop tôt pour savoir si ces programmes donneront les résultats escomptés. En fait, certains chercheurs se demandent même si une révision en profondeur des programmes peut évaluer leur efficacité de façon concluante.^{2,3} Néanmoins, les premières données semblent indiquer que la saison 2000-2001 aura peut-être été moins pire que l'an passé au chapitre de la grippe. Au 17 mars 2001, six des dix provinces avaient enregistré moins de cas de gripes confirmés en laboratoire par rapport à la même période l'an dernier. Dans

l'ensemble, le programme FluWatch de Santé Canada n'a été informé que de 3 772 cas pendant les 23 semaines de la saison de la grippe 2000-2001 (du 27 août 2000 au 17 mars 2001). Ce nombre s'élevait à 6 887 l'an dernier. Les premières données permettent également de penser que le Canada, comme d'autres pays, connaît une saison marquée par le virus de type B. Jusqu'à maintenant, plus des deux tiers des cas confirmés par des tests de laboratoire en 2000-2001 sont de type B. Il s'agit d'un type moins virulent que le virus de type A qui a prédominé entre 1994 et 2000.

Moins de cas de gripes en Ontario en 2000-2001

13

Jusqu'à maintenant en 2000-2001, les cas de gripes sont en baisse dans la plupart des régions du pays. À titre d'exemple, ce graphique illustre les cas de gripes confirmés par des tests de laboratoire en Ontario en 2000-2001 par rapport à l'an passé. On peut attribuer la diminution du nombre de cas en partie au nouveau programme de vaccination que le gouvernement offre sans frais à tous les Ontariens. Mais elle s'explique peut-être aussi par l'apparition tardive de la grippe, ou une fluctuation aléatoire du taux annuel d'incidence, ou d'autres facteurs. Nous surveillerons la situation pour le reste de l'année et prendrons connaissance des conclusions des évaluateurs lorsqu'ils étudieront les résultats des programmes de vaccination.



Source : FluWatch, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

* Les données pour le Québec et le Manitoba ne sont pas encore disponibles.

Première destination : soins primaires et services d'urgence

On parle de soins primaires à l'endroit où se fait le premier contact avec le système de santé — bien souvent, un cabinet de médecin, une clinique ou un centre de santé communautaire. Il s'agit aussi du premier lien dans le continuum des services de santé.

Le cabinet de votre médecin

La plupart des Canadiens voient leur médecin au moins une fois par année. Un sondage réalisé en 1998-1999 par [Statistique Canada](#) a révélé que 85 % des Canadiennes de 12 ans et plus avaient consulté un omnipraticien pendant la dernière année. Soixante-douze pour cent des hommes avaient fait de même. Les visites étaient à peu près égales pour les Canadiens avec des revenus différents mais les adultes plus âgés étaient plus enclins à voir un omnipraticien.

La réforme des soins primaires

Aujourd'hui, la plupart des médecins de famille travaillent dans des cabinets, seuls ou en groupes, et ils sont rémunérés à l'acte. Au cours des dernières années, bon nombre d'experts ont remis en cause la façon dont les soins primaires sont dispensés. Dans bien des cas, les discussions ont porté sur la création de groupes de médecine de famille, où des équipes de médecins travailleraient avec des infirmières, des pharmaciens, ou d'autres dispensateurs de soins.

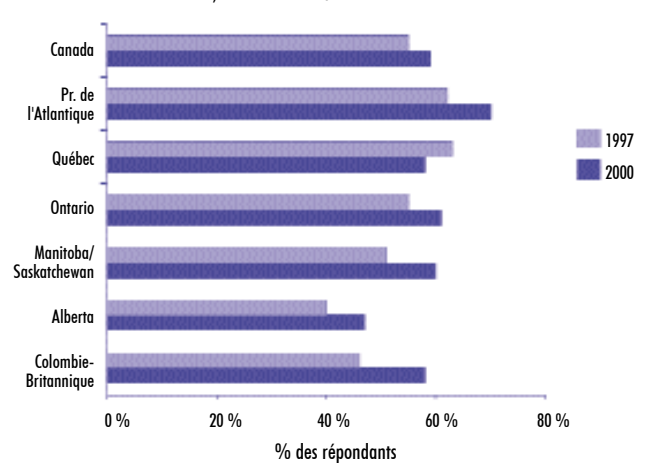
À l'heure actuelle, plusieurs solutions de rechange sont mises à l'essai. En Ontario par exemple, un projet fait appel à plus de 150 000 patients répartis dans six sites pilotes.⁴ Les patients « s'inscrivent volontairement » auprès des cabinets participants. Ceux-ci s'engagent à leur fournir les soins de santé 24 heures par jours, 7 jours par semaine. Au Québec, une telle pratique se répand rapidement. Selon le récent rapport de la Commission Clair, 75 % des patients pourraient s'inscrire volontairement d'ici cinq ans.

Qu'en pensent les patients? Un sondage Berger réalisé en 2000 révèle que la plupart des Canadiens (59 %) appuient l'idée, par rapport à 55 % en 1997. En revanche, cet appui diminue rapidement si les patients ne pouvaient pas utiliser les services de professionnels de l'extérieur de l'équipe auprès de laquelle ils s'étaient inscrits ou s'ils devaient payer pour recevoir les services. Un sondage récent réalisé par EKOS Research Associates Inc. (2000) a fait ressortir des résultats semblables. Tout près des trois quarts des répondants (74 %) ont dit préférer voir un médecin de famille qui travaillait au sein d'une équipe. Mais plus de la moitié (52 %) ont déclaré qu'ils n'appuieraient plus l'inscription volontaire si elle était assortie d'une clause limitant leur accès à d'autres cliniques ou à d'autres équipes de praticiens.

L'inscription volontaire : l'avis des Canadiens

14

Selon un récent sondage pancanadien, l'appui du public pour l'inscription volontaire des patients a augmenté partout au pays entre 1997 et 2000, sauf au Québec.



Source : The Berger Population Health Monitor, Hay Health Care Consulting Group

Les visites chez le médecin étaient plus courantes pour les patients atteints de maladies chroniques — diabète, asthme, hypertension — que pour la population en général. À l'occasion, ces maladies mènent à l'utilisation des services d'urgence ou à l'hospitalisation. Mais souvent, elles peuvent être gérées par les patients qui prennent une part active à leurs propres soins, avec l'aide de leur médecin ou d'autres dispensateurs de soins de santé. Bien qu'il soit impossible d'éviter toutes les hospitalisations, certaines données semblent indiquer que les taux élevés d'hospitalisation pour ce type de maladies peuvent être la manifestation de problèmes d'accès à des programmes de prévention des maladies ou à des soins primaires adéquats.⁵

Pour la deuxième année consécutive, l'ICIS a observé des variations considérables au pays dans les taux régionaux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires — ce qu'on appelle aussi les hospitalisations évitables. Par exemple, les taux d'hospitalisation évitable dans 11 des plus grosses régions (où la population est de 100 000 habitants et plus) étaient inférieurs à 300 par 100 000 habitants en 1998-1999. Mais, dans certaines régions, ils étaient au moins deux fois plus élevés que dans la région qui a enregistré le taux le plus bas.

Dans la région où le taux était le plus élevé, on comptait 1 069 hospitalisations par 100 000 habitants. Ces différences peuvent représenter en partie des variations dans les taux de maladie, de même que dans la disponibilité des soins communautaires. On ne dispose pas encore de données sur la prévalence des maladies chroniques à l'échelle régionale. Elles seront disponibles en 2002, grâce à la nouvelle Enquête canadienne sur la santé communautaire.

Variations régionales dans les hospitalisations évitables 15

Cette carte illustre les hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires en 1998-1999 (taux normalisé selon l'âge par 100 000 résidents) dans les régions sanitaires comptant plus de 100 000 habitants.



Taux de CPSA par 100 000 habitants en 1998-1999

- 691 ou plus
- de 427 à 690
- 426 ou moins
- Pop. < 100 000

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

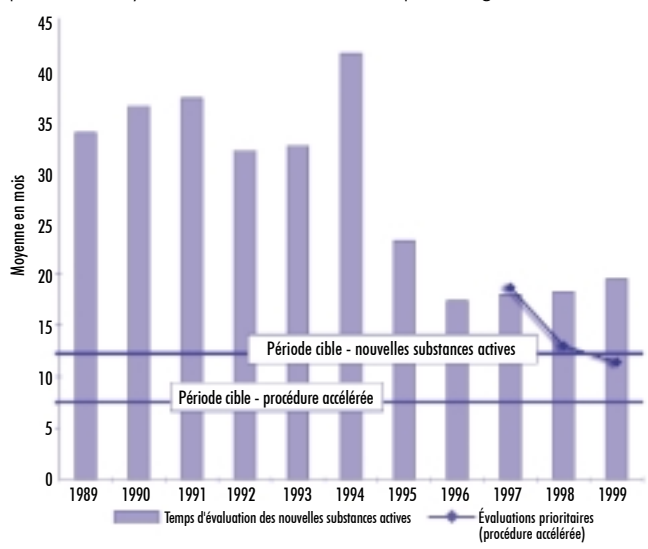
L'examen approfondi des dossiers des patients révèle également que d'autres patients hospitalisés pourraient aussi recevoir les soins appropriés dans un environnement différent.⁶

De la pharmacie

Les Canadiens utilisent les médicaments de prescription et en vente libre pour toutes sortes de raisons : venir à bout d'une infection, contrôler le diabète, régulariser le rythme cardiaque, faire baisser la tension artérielle, soulager la douleur et l'anxiété. Mais la consommation inappropriée de

L'approbation des nouveaux médicaments 16

Lorsque les fabricants veulent commercialiser un nouveau médicament, ils soumettent une demande à Santé Canada contenant l'information sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité du produit. L'évaluation des nouvelles substances actives prend en général 355 jours. Pour certains médicaments, on adopte une procédure accélérée, notamment ceux qui sont prometteurs pour des maladies potentiellement mortelles ou des maladies débilitantes pour lesquelles il n'existe aucun remède efficace. Dans de tels cas, la revue peut prendre 235 jours. En 1999, les périodes moyennes d'évaluation ont été plus longues.



Source : Santé Canada, Rapport annuel du rendement

médicaments comporte des risques. Santé Canada joue un rôle de premier plan dans l'évaluation et la surveillance de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des produits thérapeutiques, y compris les médicaments.

À un moment ou à un autre, la plupart des Canadiens ont fait exécuter une ordonnance et des millions d'entre eux consomment des médicaments quotidiennement. Statistique Canada a récemment rapporté que nous sommes nombreux à consommer chaque mois des médicaments en vente libre ou de prescription. Ainsi, l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée en 1998-1999 auprès des Canadiens de 12 ans et plus a révélé que :

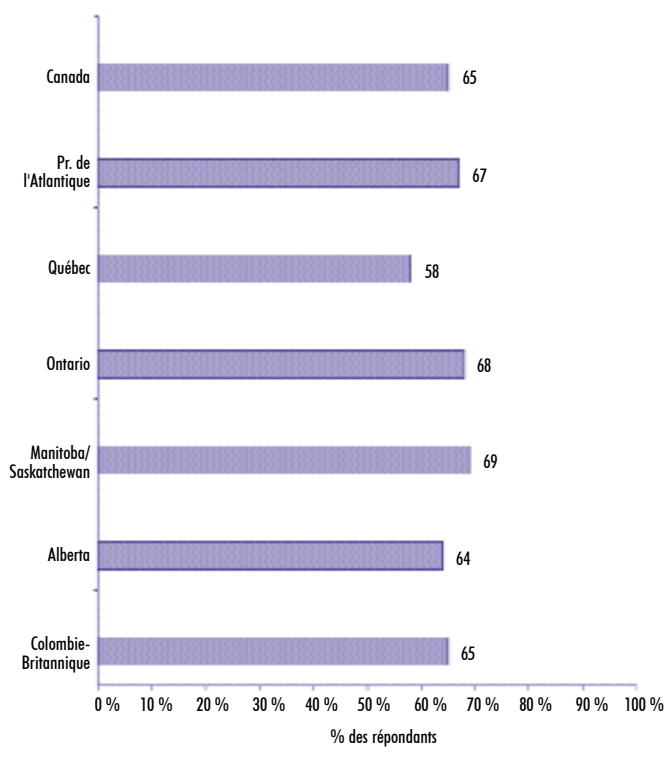
- presque les deux tiers des répondants (65 %) ont déclaré avoir consommé, dans le mois précédant le sondage, de l'aspirine, de l'acétaminophène, des médicaments contre l'arthrite, des anti-inflammatoires, ou d'autres analgésiques;

2. PROMOTION, PRÉVENTION ET SOINS PRIMAIRES : UN PORTRAIT

- un répondant sur cinq a déclaré avoir consommé des médicaments contre la toux ou la grippe pendant la même période;
- les répondants avaient aussi fait usage de médicaments contre les dérangements d'estomac (10 %), pour la tension artérielle (10 %), contre les allergies (9 %), de la pénicilline ou d'autres antibiotiques (8 %) et pour contrôler l'asthme (6 %).

Qui reçoit des prescriptions? 17

Dans un récent sondage national, la plupart des Canadiens ont déclaré avoir reçu au moins une prescription au cours de l'année précédente. Ce graphique illustre leur répartition à l'échelle nationale.



Source : The Berger Population Health Monitor, Hay Health Care Consulting Group

La consommation de médicaments était plus répandue chez les femmes que chez les hommes et chez les personnes plus âgées. Les Canadiens à faible revenu ont aussi déclaré une consommation élevée de médicaments, à l'exception des analgésiques et des médicaments contre les allergies.

Faites marcher vos doigts...

Les patients ne vont pas toujours au cabinet d'un médecin, à la pharmacie ou à d'autres établissements de santé lorsqu'ils ont besoin de soins. Partout au pays, de plus en

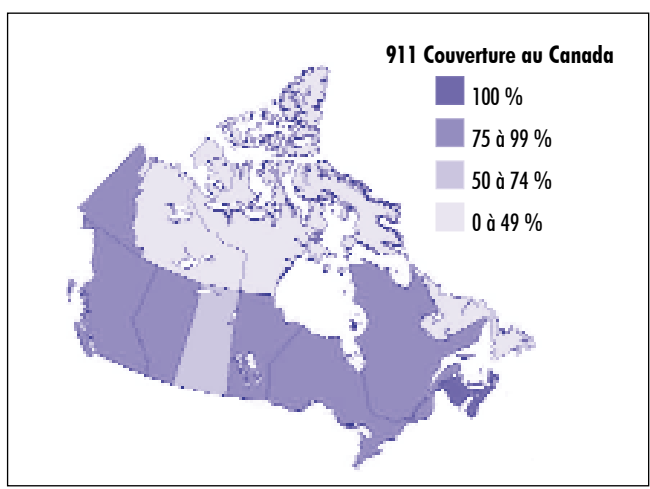
plus de choix s'offrent à eux, que ce soit pour les services d'urgence ou les soins courants.

Le service 9-1-1

En situation d'urgence, chaque minute est précieuse. Au Canada, les services 9-1-1 ont fait leur apparition en 1974. Ils ont remplacé les numéros locaux à sept chiffres pour les appels d'urgence au service des incendies, aux ambulances et aux services médicaux. Les lignes 9-1-1 visent à améliorer la coordination des services d'urgence, et leur accessibilité, et à réduire le temps qu'il faut attendre pour que l'aide arrive sur place.

Qui peut appeler 9-1-1? 18

La ligne 9-1-1 couvre de plus en plus de territoire au pays. Cette carte illustre le pourcentage des résidents qui avaient accès à une ligne 9-1-1 en date de mars 2001.



Aujourd'hui, la majorité des Canadiens peuvent demander de l'aide en faisant le 9-1-1. Par contre, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick sont les seules provinces où le service couvre l'ensemble du territoire.

Des conseils de santé au bout du fil

Tous les problèmes de santé ne constituent pas une urgence. Les gens ont souvent des questions au sujet de leur santé et de celle des membres de leur famille. Dans plusieurs régions du pays, ils ont maintenant une nouvelle façon de demander de l'aide.

Le nom de ces services ne sont pas les mêmes partout — par exemple, les Néo-Brunswickois appellent la ligne d'aide la « grand-mère électronique » — mais les services de triage téléphonique se répandent partout au pays. En général, ils sont disponibles 24/7. Les demandeurs y trouvent une réponse à leurs questions d'ordre médical et des conseils sur la façon de réagir à un problème médical non urgent.

Au **Québec**, la ligne Info-Santé a été mise en service en 1995 et est devenue par la suite le premier service de triage téléphonique à couvrir l'ensemble d'une province. Le Nouveau-Brunswick, le nord de l'Ontario, Toronto, Winnipeg, Victoria, et d'autres collectivités, offrent également un tel service. Des initiatives semblables sont prévues en Alberta, en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique, dans le reste de l'Ontario, et dans d'autres régions du pays.

Les services de triage téléphonique emploient des infirmières. Elles travaillent avec des outils informatiques pour aider les demandeurs à décider s'ils doivent se soigner eux-mêmes, voir un médecin ou un autre dispensateur de soins, ou encore se rendre à l'urgence. Dans certains cas, les appelants peuvent écouter des renseignements préenregistrés sur des sujets liés à la santé. Les infirmières peuvent aussi les diriger vers d'autres services : lignes d'écoute téléphonique, 9-1-1, lignes de renseignements médicaux, services pour les victimes d'agressions sexuelles, centres antipoison.

Que savons-nous de ces services? Au total, la ligne Info-Santé au Québec a reçu plus de 2,5 millions d'appels en 1998-1999⁷, soit 348 appels par 1 000 habitants. Les femmes âgées entre 25 et 44 ans — particulièrement celles ayant de jeunes enfants — avaient recours au service le plus souvent.

Au **Nouveau-Brunswick**, l'expérience a révélé qu'on dirige environ 1 % des demandeurs seulement vers le service 9-1-1.⁸ On conseille à 20 % d'entre eux de se rendre à l'urgence. Le plus souvent, les infirmières recommandent aux demandeurs de se soigner eux-mêmes à la maison, de se rendre au cabinet de leur médecin de famille ou à une clinique.

Dans une évaluation récemment publiée des services de triage téléphonique à **Victoria**⁹, on constate que la ligne de soutien à la santé augmente les chances de voir les demandeurs se soigner eux-mêmes. Trente pour cent d'entre eux ont affirmé qu'en appelant la ligne de soutien, leur intention était de se soigner eux-mêmes. Après avoir parlé à une infirmière, la proportion grimpe à plus de 48 %. Dans le cadre de l'évaluation, on a communiqué avec 100 personnes pour voir si elles ont fait ce qu'elles avaient prévu, ce qui était le cas pour 84 % d'entre elles.

Le triage téléphonique (**Capital Health Link**) a été mis sur pied en septembre 2000 à **Edmonton**. Selon une première évaluation, les infirmières autorisées reçoivent 5 000 appels par semaine; 60 % de ces appels sont des demandes de conseils relatifs à la santé. Par exemple, elles ont pu recommander aux demandeurs de se soigner eux-mêmes, de voir un médecin dans les 24 heures ou de se rendre à l'urgence. Plus de 90 % des demandeurs se sont dits satisfaits des conseils reçus et plus de 95 % ont affirmé qu'ils recommanderaient le service à des parents ou à des amis.

Dix raisons d'appeler

19

Grâce à un projet pilote, les résidents du Nord de l'Ontario ont accès à un service de télésanté depuis juin 1999. Voici les dix raisons les plus citées des appels :



Source : Rapport à l'intention des contribuables de l'Ontario, hiver 2000. www.onreport.gov.on.ca

La santé en ligne

Les Canadiens disposent maintenant d'un nouvel outil pour accéder à des renseignements sur la santé et les soins de santé : l'Internet. Un sondage réalisé en 1999 par Statistique Canada a révélé que cette façon de procéder gagne rapidement en popularité auprès des familles. Presque 42 % d'entre eux ont déclaré se servir de l'Internet régulièrement. Et, pour un nombre croissant de familles (leur nombre a augmenté entre 1997 et 1999, passant de 10 % à 19 %), l'accès à l'Internet à la maison fait maintenant partie du quotidien. Plus de la moitié de ces ménages (54 %) se servent de l'Internet pour obtenir des renseignements médicaux et sur la santé.

Médecine complémentaire et parallèle

La massothérapie, la médecine autochtone et chinoise traditionnelle, l'homéopathie et les produits à base de plantes médicinales, sont des exemples de pratiques et de produits favorisant la guérison qui sont parfois utilisés avec les traitements conventionnels (complémentaires) ou pour les remplacer (parallèles). Les Canadiens sont de plus en plus nombreux à avoir recours à ces types de traitements, même si, dans bien des cas, on dispose de peu d'information sur leur efficacité à améliorer la santé et à soigner des maladies.

En 1998-1999, selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 16 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir consulté un chiropraticien ou un autre dispensateur de soins complémentaires ou parallèles au cours de la dernière année. Il s'agit d'une hausse par rapport à 14 % en 1994-1995. En moyenne, les femmes, les personnes âgées entre 25 et 54 ans, et celles atteintes de maladies chroniques, étaient plus

susceptibles d'avoir recours à la médecine complémentaire et parallèle. Il en allait de même pour les Canadiens plus instruits et dont le revenu était plus élevé, et les résidents des provinces de l'Ouest.

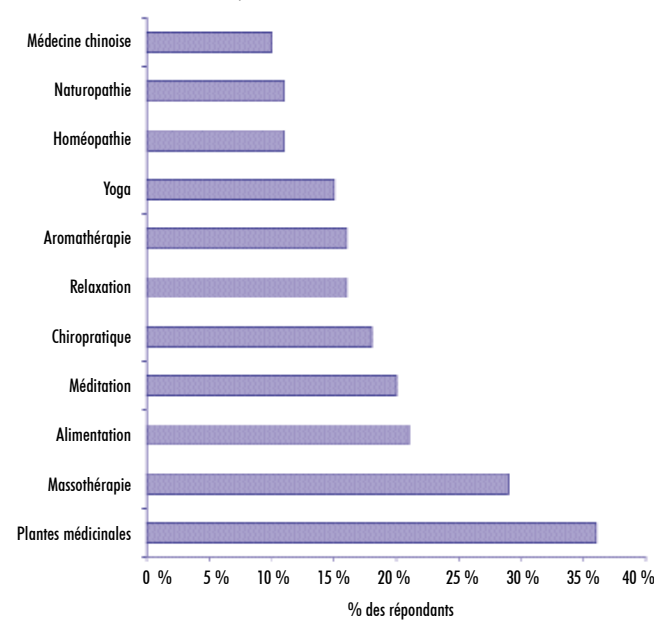
Résultats de sondages récents

Les personnes qui font appel à la médecine complémentaire et parallèle sont une minorité à consulter un praticien. Toutefois, des sondages réalisés à l'échelle du pays en 2000 estiment qu'entre 60 %¹⁰ et 70%¹¹ des Canadiens avaient eu recours à ce type de traitements — particulièrement des vitamines — au cours de la dernière année.

Des sondages effectués à l'échelle locale, par exemple ceux du Summit Strategy Group de Toronto, ont produit des résultats semblables.

Le recours à la médecine complémentaire et parallèle à Toronto 20

Pourcentage des résidents de Toronto qui ont déclaré avoir eu recours à divers types de médecine complémentaire et parallèle dans la dernière année.



Source : The Local Market for Complementary Medicine: A Research Report, Summit Strategy Group
 Remarque : Les pourcentages sont supérieurs à 100 car les répondants pouvaient indiquer avoir eu recours à plus d'un type de traitement.

Environ 65 % des répondants à un sondage réalisé en 2000 ont dit avoir eu recours à un certain type de traitements complémentaires et parallèles dans la dernière année. Les plus répandus étaient les produits à base de plantes médicinales, suivis de la massothérapie. Le sondage ne portait pas sur la consommation de vitamines.

La plupart des personnes interrogées utilisaient ce genre de traitements de leur propre chef — presque la moitié d'entre elles ont affirmé n'avoir jamais consulté un dispensateur de médecine complémentaire et parallèle. À l'opposé, environ le quart des

personnes interrogées ont déclaré avoir vu un praticien une ou deux fois par année.

Les adeptes de la médecine complémentaire et parallèle qui habitent à Toronto paient en général eux-mêmes pour ce genre de services. Par contre, 30 % d'entre eux ont indiqué ne rien déboursier pour le traitement auquel ils avaient recours le plus souvent. Cinquante-six pour cent ont déclaré qu'ils y consacraient moins de 100 \$ par mois et une minorité (3 %) ont dépensé plus de 300 \$ par mois. Seulement une personne sur cinq a dit avoir été remboursée par un régime d'assurance.

Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- L'utilisation déclarée des services médicaux, ainsi que de la médecine complémentaire et parallèle.
- Les types de services dispensés par les médecins rémunérés à l'acte.
- Les dépenses totales consacrées aux médicaments de prescription et en vente libre, et leur utilisation.
- Les taux d'utilisation de services précis de promotion de la santé et de prévention (p. ex. les mammographies et les tests Pap).

Ce que nous ignorons

- Combien d'enfants canadiens reçoivent tous les vaccins recommandés dans les délais prescrits?
- Quels sont les services dispensés par les médecins non rémunérés à l'acte et les autres dispensateurs de soins primaires? Comment le profil de la santé et les résultats cliniques varient-ils en fonction du dispensateur de services?
- Quelles seraient les répercussions des différents types de réforme des soins primaires sur les coûts, les résultats et l'accès aux services?
- L'utilisation que font les gens de la médecine complémentaire et parallèle est-elle sûre et efficace?

Ce qui se passe

- Les premiers ministres des provinces et le premier ministre du Canada se sont entendus pour surveiller, dans leur secteur de compétence, la pertinence des services de protection et de promotion de la santé, et l'accès 24/7 aux services de santé de premier contact, de même que 12 autres indicateurs, d'ici à 2002. Ils ont aussi convenu d'en faire rapport.
- L'Enquête canadienne sur la santé communautaire de [Statistique Canada](#) fournira sous peu des estimations régionales de l'utilisation des divers types de soins de santé, comme les services médicaux et les médicaments de prescription.
- Un peu partout au pays, divers modèles pour la prestation de services de soins primaires sont mis à l'essai. Plusieurs d'entre eux comprennent des plans d'évaluation.
- Un groupe d'experts a été créé récemment pour commencer à étudier les priorités en matière d'information sur les soins primaires.

Pour en savoir davantage

- ¹ Tremblay, M.S. et Willms, J.D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163 (11), 1429-1433
- ² Demicheli, V. (2001) Mass influenza vaccination in Ontario: Is it worthwhile? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164 (1), 38-39
- ³ Schabas, R.E. (2001). Mass influenza vaccination in Ontario: A sensible move. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164 (1), 36-37
- ⁴ Wexler, H.R. (2000). Primary care reform: what it means for our patients. *Communiqué de l'Ontario Medical Association*. www.oma.org
- ⁵ Bindman, A.B., Grumbach, K., Osmond, D., Komaromy, M., Vranizan, K., Lurie, N., Billings, J. et Stewart, A. (1995). Preventable hospitalizations and access to health care, *Journal of the American Medical Association*, 274 (4), 305-11
- ⁶ Health Services Utilization and Research Commission (1994). *Barriers to Care*. Saskatchewan : HSURC
- ⁷ Dunnigan, L. (2000). *Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC*. Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 21
- ⁸ Santé et Services sociaux du Nouveau-Brunswick. <http://www.gnb.ca/hw%2Dsm/sm/pub/ra/99-00/soins/telesoins.htm>
- ⁹ Mullett, J. (2000). *Partnerships for Better Health: A Self-Care Pilot Project*. Préparé pour le ministère de la Santé et le ministère responsable des personnes âgées de la Colombie-Britannique et la Capital Health Region
- ¹⁰ PricewaterhouseCoopers (avril 2000). HealthInsider, points saillants. www.pwcglobal.com/ca/eng/about/ind/svcs_hc-hi.html
- ¹¹ The Berger Population Health Monitor (2000). *Survey #21: May 2000 Survey*. Toronto : The Berger Population Health Monitor and the Hay Health Care Consulting Group

3. Les hôpitaux de soins de courte durée au Canada : un portrait

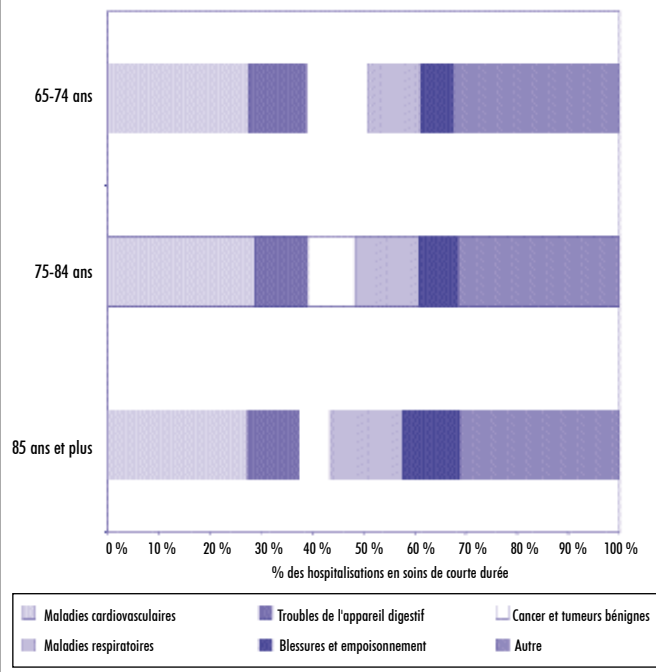
Dans le réseau de la santé, les soins de courte durée en milieu hospitalier sont à l'opposé des soins primaires. La plupart des hôpitaux offrent des services de diagnostic et de traitement à court terme aux patients atteints de toutes sortes de maladies et de blessures.

La plupart des hospitalisations sont associées aux soins des personnes âgées, à la grossesse et à l'accouchement. En 1998-1999, les personnes âgées représentaient environ 12 % de la population canadienne. Mais elles étaient responsables environ d'un séjour sur trois en soins de courte durée et de la moitié des jours passés à l'hôpital.

Les causes de l'hospitalisation des personnes âgées

21

En 1998-1999, les personnes âgées au Canada ont passé plus de 11 millions de jours dans les hôpitaux de soins de courte durée. Les raisons de leur hospitalisation variaient quelque peu selon l'âge. Ce graphique illustre la répartition des principales causes des séjours à l'hôpital.



Quand des hôpitaux ferment

Depuis plus de 10 ans, on assiste à l'amenuisement du secteur hospitalier au Canada. De moins en moins de patients sont hospitalisés chaque année. Ceux qui le sont restent en moyenne moins longtemps.

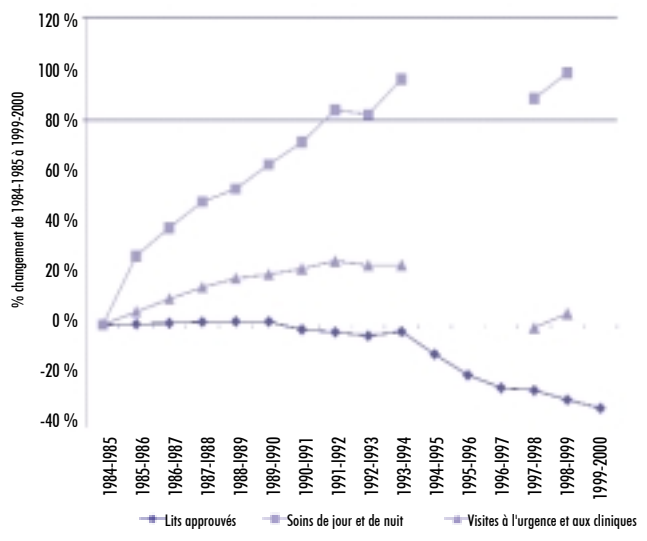
Les données de l'ICIS révèlent qu'au cours des cinq dernières années, plus de 275 hôpitaux au Canada ont fermé leurs portes, ont fusionné ou été convertis en d'autres types d'établissements de santé. Le nombre de lits approuvés a aussi chuté. Parallèlement, on soigne un plus grand nombre de gens dans les programmes de chirurgie d'un jour.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

L'évolution des hôpitaux

22

Depuis les années 1980, les hôpitaux canadiens et les services qu'ils dispensent ont considérablement changé. Ce graphique illustre les changements en pourcentage dans le nombre de lits approuvés et les services ambulatoires depuis 1984-1985.



Source : Rapport annuel des établissements de santé, *Statistique Canada* (jusqu'en 1994-1995) et ICIS (depuis 1995-1996)

Quelles ont été les répercussions de ces changements sur notre santé? Il est trop tôt pour donner une réponse concluante à cette question. Nous disposons des premiers résultats pour certaines collectivités; d'autres procèdent actuellement à des évaluations.

L'an dernier, nous avons présenté les résultats de recherches effectuées en Saskatchewan et au Manitoba. L'étude de la **Saskatchewan** a examiné ce qui s'est passé lorsque le gouvernement a fermé 52 petits hôpitaux en milieu rural.¹ Les chercheurs ont conclu que les résidents des collectivités qui avaient perdu leur hôpital étaient beaucoup moins satisfaits des soins de santé après les fermetures. Par contre, leur crainte de voir leur santé se détériorer ou d'avoir un accès plus limité aux services de santé ne s'était en général pas réalisée. L'étude a aussi démontré que les taux de mortalité avaient diminué plus rapidement dans les collectivités qui avaient perdu leur petit hôpital que dans celles où on l'avait conservé.

De même, des chercheurs au **Manitoba** ont évalué les conséquences de la fermeture de plus de 700 lits d'hôpitaux à Winnipeg au milieu des années 1990.² La qualité des soins

— telle que mesurée par les taux de mortalité, la fréquence des visites chez le médecin et aux salles d'urgence après avoir reçu son congé d'un hôpital, et les taux d'admissions subséquentes — est demeurée à peu près inchangée. Les personnes âgées hospitalisées pendant la période de fermeture des lits d'hôpitaux étaient plus confiantes dans l'accessibilité des services que d'autres personnes qui n'avaient pas été hospitalisées.³

Du nouveau dans la dernière année

Récemment, des chercheurs de l'université de la **Colombie-Britannique** ont publié un rapport sur les conséquences de la réduction des effectifs des hôpitaux dans la province.⁴ Ils ont comparé comment les personnes âgées utilisaient les hôpitaux, les soins de longue durée et les services de soins à domicile financés par l'État, avant (1986-1988) et après (1993-1995) une réduction de 30 % du nombre de lits d'hôpitaux. Les fermetures ont commencé en 1991-1992.

Pendant la période à l'étude, le nombre de personnes âgées vivant dans la province a fait un bond de 17 %. Néanmoins, les chercheurs ont constaté qu'elles utilisaient les services hospitaliers à peu près à la même fréquence avant et après la fermeture des lits. Les taux de mortalité étaient également stables pendant cette période, après avoir tenu compte du vieillissement de la population. Qu'est-ce qui a changé? Bien que les personnes âgées en Colombie-Britannique étaient aussi susceptibles d'être hospitalisées en 1993-1995, la durée de leur séjour était plus courte.

Montréal surveille aussi systématiquement les résultats de la réforme de la santé.⁵ La dernière vague de réformes a commencé au début des années 1990; en 1991, création des régies régionales; en 1992, adoption d'une politique de promotion de la santé et du bien-être et tentative visant à ralentir les dépenses publiques consacrées aux soins de santé et à améliorer le rendement général. Dans ce contexte, la régie régionale de Montréal a mis en place un plan triennal de transformation en 1995, plan qui a été suivi d'un deuxième en 1998 (Le défi de l'accès).

3. LES HÔPITAUX DE SOINS DE COURTE DURÉE AU CANADA : UN PORTRAIT

Des chercheurs du département de santé publique de Montréal et d'autres organismes ont surveillé les résultats de la mise en oeuvre des plans.⁶ Voici certaines des premières constatations.

- Entre 1995 et 1998, la régie régionale a fermé plus du quart des lits d'hôpitaux à Montréal. Pendant la même période, la durée des séjours a également diminué, mais l'utilisation des services de chirurgie d'un jour et des salles d'urgence a augmenté. Le taux des réadmissions était stable pour plusieurs groupes de patients, y compris pour les fractures de la hanche, les crises cardiaques, l'insuffisance cardiaque congestive, les cancers du côlon et du rectum et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. En revanche, le taux d'admissions subséquentes était plus élevé pour les nouvelles mamans (elles présentaient aussi un risque accru de dépression du post-partum) et pour les patients subissant des chirurgies d'un jour.
- Des sondages⁷ réalisés en 1994, 1997 et 2000 ont comparé la satisfaction des Montréalais et leurs attentes face aux services reçus lors de leur dernière visite à un hôpital, une clinique médicale, un centre de soins à domicile ou un centre de santé communautaire. Dans la plupart des cas (plus de 85 % pour les trois années), on avait répondu à leurs attentes. Les degrés de satisfaction ont atteint un sommet en 1997, mais ils continuaient à être plus élevés en 2000 qu'il y a six ans.
- Les résidents de Montréal, et particulièrement ceux qui n'avaient pas eu recours aux services de santé, croyaient que l'accès aux soins de santé avait diminué. Mais, dans l'ensemble, plus de gens utilisent les services qu'avant (bien que les personnes âgées frêles et les plus démunis reçoivent moins de services hospitaliers et spécialisés).
- Les barrières entre les hôpitaux et les organismes communautaires sont encore présentes. Par exemple, les personnes âgées, les nouvelles mères et les patients en santé mentale ont parfois de la difficulté à obtenir des services communautaires après leur sortie de l'hôpital.

- Quarante pour cent des patients de 70 ans et plus qui ont quitté les services d'urgence ont connu une certaine baisse de leur état fonctionnel. Le risque qu'ils retournent à l'hôpital après avoir reçu leur congé a été grandement réduit lorsqu'on leur donnait des renseignements sur les soins de suivi et des références pour des services de soins à domicile.
- Plus d'une personne âgée sur trois qui a visité l'urgence a affirmé ne pas avoir accès à un omnipraticien.
- Le virage ambulatoire a augmenté la demande en soins auprès des CLSC. Les chercheurs affirment que pour cette raison, les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures ont été réduits dans les CLSC.

Le vieillissement et les hôpitaux : les experts ne s'entendent pas

Au XX^e siècle, la population canadienne a augmenté et vieilli. Cette tendance est appelée à se maintenir. En 1996, les personnes âgées représentaient 12 % de la population. D'ici 2031, cette proportion devrait grimper à 20 %.

De nombreux experts ont étudié les conséquences possibles du vieillissement de la population sur l'utilisation des hôpitaux au Canada et dans d'autres pays. Les avis sont partagés.

Certains craignent que les hôpitaux seront dépassés par le vieillissement de la population. Les tenants de cette théorie font valoir qu'en moyenne, les personnes âgées sont plus enclines que les plus jeunes à utiliser davantage les ressources de la santé. Ils prévoient ensuite ce qui arriverait si les taux actuels et les modèles d'utilisation des hôpitaux demeuraient inchangés alors que la population augmenterait et vieillirait, comme on s'y attend. C'est donc dire qu'ils présument qu'à l'avenir, les Canadiens utiliseraient les hôpitaux tout autant et qu'ils seraient soignés de la même façon. En tenant compte de ces hypothèses, les prévisions font ressortir une augmentation importante de l'utilisation des hôpitaux de soins de courte durée au cours de la prochaine décennie.⁸

D'autres affirment que de telles hypothèses ne sont pas réalistes. Premièrement, ils soulignent les preuves récentes d'une « compression de la morbidité ». Par exemple, une recherche effectuée récemment par Statistique Canada révèle que les Canadiens plus âgés peuvent s'attendre à une meilleure qualité de vie pendant plus longtemps.⁹ Par conséquent, les personnes âgées sont actuellement plus en santé que jamais. Deuxièmement, ils relèvent les changements spectaculaires dans la façon dont les Canadiens utilisent les hôpitaux depuis plusieurs décennies. Ainsi, les données de l'ICIS révèlent que le taux d'hospitalisation des Canadiens a baissé régulièrement pendant cette période, malgré l'augmentation de la moyenne d'âge. La durée moyenne des séjours a aussi diminué. Lorsqu'il s'agit d'expliquer les modifications récentes dans l'utilisation des hôpitaux,^{10,11,12} certains chercheurs ont conclu que les changements dans la fréquence et la durée des hospitalisations des personnes dans

certains groupes d'âge comptent plus que le vieillissement de la population.

Ceux qui partagent cette opinion affirment que si l'on s'appuie sur des expériences récentes, on pourrait répondre à une demande accrue causée par le vieillissement de la population si le système de santé s'adaptait constamment.¹³ Ainsi, ils attirent l'attention sur des prévisions historiques (celles de Statistique Canada à la fin des années 1970 par exemple¹⁴) qui ont beaucoup surestimé l'utilisation actuelle des hôpitaux en fonction des changements démographiques prévus, et d'autres facteurs. En 1995-1996, la plus faible de ces prévisions était d'environ 20 % supérieure à l'utilisation actuelle des hôpitaux[†]. La « plus plausible » de leurs prévisions était d'environ 50 % trop élevée. La question qu'ils posent est donc la suivante : pourquoi les prévisions actuelles, si elles s'appuient sur des hypothèses similaires, seraient-elles meilleures?

Le débat se poursuit.

Accoucher à l'hôpital

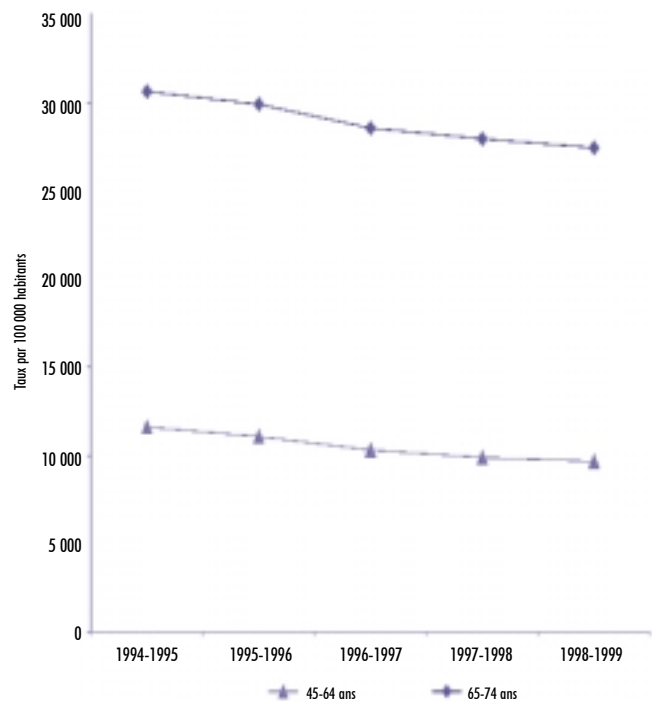
Les soins aux personnes âgées représentent peut-être une part importante des jours-hôpitaux, mais la grossesse et l'accouchement sont toujours la première cause de l'hospitalisation des femmes au Canada. Un nombre important d'accouchements se font par césarienne. Au cours des cinq dernières années, les taux de césarienne ont augmenté à l'échelle nationale. Cette tendance — surtout après que l'on ait enregistré des taux en baisse dans la décennie précédente — a ravivé la discussion sur les pour et les contre de l'intervention.^{15,16}

Dans certains cas, les césariennes sont des interventions essentielles qui sauvent des vies. Par exemple, des chercheurs ont récemment étudié le cas de 2 083 femmes dans 26 pays ayant donné naissance à un seul bébé qui se présentait soit en siège décomplété (les jambes en extension), soit en siège complet (les jambes repliées).¹⁷ Ils ont constaté que les femmes, tout comme leur bébé, étaient en meilleure santé si on avait planifié une césarienne plutôt qu'un accouchement vaginal.

Taux d'hospitalisation en baisse

23

Depuis plusieurs années, on assiste à une diminution constante du taux d'hospitalisation en soins de courte durée par 100 000 habitants. Ce graphique illustre les taux normalisés selon l'âge pour les Canadiens âgés entre 45 et 64 ans et de 65 ans et plus.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

† La différence peut s'expliquer en partie par une croissance démographique inférieure aux prévisions.

Dans d'autres cas, la chirurgie n'est peut-être pas dans l'intérêt de la mère ou du bébé. Des experts de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont évalué les faits et établi des lignes directrices sur les soins appropriés avant, pendant et après l'accouchement.¹⁸ Ils soulignent, entre autres, que la plupart des femmes, même une grande partie de celles ayant déjà subi une césarienne, peuvent accoucher par voie vaginale en toute sécurité. En fait, ils signalent qu'un accouchement réussi par voie vaginale après une césarienne comporte en général moins de risques pour la mère et qu'il occasionne un séjour moins long à l'hôpital qu'un accouchement optionnel par césarienne. Certaines données récentes indiquent aussi que les femmes qui ont une césarienne ont plus de chances d'être réadmissées à l'hôpital que celles qui accouchent par voie vaginale.⁶

Les écarts dans les taux de césarienne

Les taux de césarienne varient grandement à l'intérieur d'un pays et entre ceux-ci. L'Organisation mondiale de la Santé a rapporté des taux européens s'échelonnant entre 11 % (p. ex. aux Pays-Bas) et 29 % (p. ex. en Italie) en 1998.¹⁹ On observe aussi souvent des variations régionales dans les taux de césarienne à l'intérieur d'un pays.²⁰

Les données de l'ICIS révèlent qu'en 1998-

1999 au Canada, 19,2 % des naissances se sont faites par césarienne. Mais certaines régions ont enregistré des taux supérieurs ou inférieurs. Ainsi, les taux de césarienne dans quatre des régions sanitaires au pays (100 000 habitants et plus) étaient supérieurs à 25 %. À l'opposé, ils étaient inférieurs à 15 % dans deux régions.

Comment expliquer ces écarts? Bon nombre de facteurs influencent les taux de césarienne et, à l'heure actuelle, nous n'en comprenons que quelques-uns. Par exemple, des recherches effectuées récemment par l'Institut de recherches en services de santé de l'Ontario portent à croire que le type de soins dispensés à la mère peut être déterminant.²¹ L'étude a révélé que les taux de césarienne étaient inférieurs dans les hôpitaux d'enseignement et dans les hôpitaux dotés de lignes directrices.



En attendant les soins

Partout au pays, les périodes d'attente pour des soins font régulièrement les manchettes. Et les sondages d'opinion révèlent qu'il s'agit d'une préoccupation majeure pour les Canadiens.

Les temps d'attente varient en fonction d'un grand nombre de facteurs, y compris les changements dans le fardeau de la maladie, les modifications dans les indications pour la chirurgie, la disponibilité des médecins et des autres professionnels de la santé, les modes de référence des médecins, et la disponibilité des salles d'opération et des autres ressources.²² Malheureusement, nous disposons de très peu de données comparables sur qui attend quoi, pendant combien de temps, et sur les facteurs qui influencent l'attente. De même, nous savons peu de choses sur les effets à long terme de l'attente pour des traitements comme la chirurgie ou la chimiothérapie, ou d'autres traitements.

Différents groupes suivent l'évolution des temps d'attente au moyen de procédés différents. Il y a plusieurs façons d'y parvenir : on demande aux patients qui ont reçu le traitement dans une période donnée pendant combien de temps ils ont attendu pour recevoir des soins, ou encore on recueille

Comprendre les variations régionales dans les taux de césarienne 24

Ce tableau illustre qu'en 1998-1999, deux régions sanitaires au Canada ont affiché des taux de césarienne inférieurs à 15 %, tandis qu'ils étaient supérieurs à 25 % dans quatre régions. Bon nombre de facteurs influencent ces taux, notamment la fréquence des accouchements par voie vaginale après les accouchements par césarienne (le taux d'AVAC).

Région	Taux de césarienne	Taux d'AVAC	Âge moyen des mères
Région de l'Estrie (Qc)	11,0	60	28
Région des Laurentides (Qc)	14,0	44	29
Nord de l'Okanagan (C.-B.)	25,0	23	29
Région des services de santé et des services communautaires de l'Est (N.-B.)	26,7	16	28
Région de la capitale (C.-B.)	28,0	30	30
Région des services de santé et des services communautaires du Centre (N.-B.)	29,4	7	28

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS
Remarque : AVAC - Accouchement vaginal après césarienne

Attendre ou ne pas attendre...

Dans certains cas, chaque minute compte. Par exemple, un patient qui saigne abondamment doit être soigné immédiatement. Mais dans bien des cas, l'attente ne porte pas atteinte à la vie. Il n'est pas facile d'établir des temps d'attente qui sont sans risque sur le plan médical. De même, il est difficile d'évaluer les effets de l'anxiété, de l'absence au travail, de la douleur ou des autres répercussions auxquelles un patient doit faire face pendant qu'il attend d'être soigné. Dans l'Ouest canadien, des experts ont récemment analysé les recherches portant sur les conséquences des périodes d'attente sur la santé dans le cas de certaines maladies et interventions. Voici ce qu'ils ont constaté :

Pour le cancer du sein ...

- Les patientes traitées dans un délai de trois à six mois avaient plus de chances d'être en vie cinq ans après le diagnostic que celles qui ont attendu plus longtemps.
- Le temps écoulé entre le diagnostic et le traitement peut être stressant. Les femmes en attente d'une chirurgie étaient souvent victimes d'insomnie, de sautes d'humeur, de dépression et de tension.

Pour les arthroplasties de la hanche et du genou ...

- Après la chirurgie, la douleur s'atténue et la fonction s'améliore grandement.
- Après la chirurgie, la qualité de vie des patients s'améliore sensiblement.

Pour les chirurgies de la cataracte ...

- La vue des patients s'améliore d'environ 20 à 25 % après la chirurgie. Les évaluations de ces résultats sur la qualité de vie des patients varient. Les résultats des études de l'amélioration de la vue des patients s'échelonnent entre 2 % et 25 %.

Pour les chirurgies liées au cancer du côlon et du rectum ...

- On ne sait pas au juste comment les retards affectent les chances de survie des patients à court et à long terme.
- Les patients qui attendent d'être opérés ressentent souvent de la douleur, mais, dans la plupart des cas, la chirurgie ne l'atténue pas.
- Un traitement qui intervient à temps semble réduire la souffrance, l'angoisse, la dépression et les perturbations du sommeil qui guettent bien des patients.

Source : Western Canada Waiting List Project

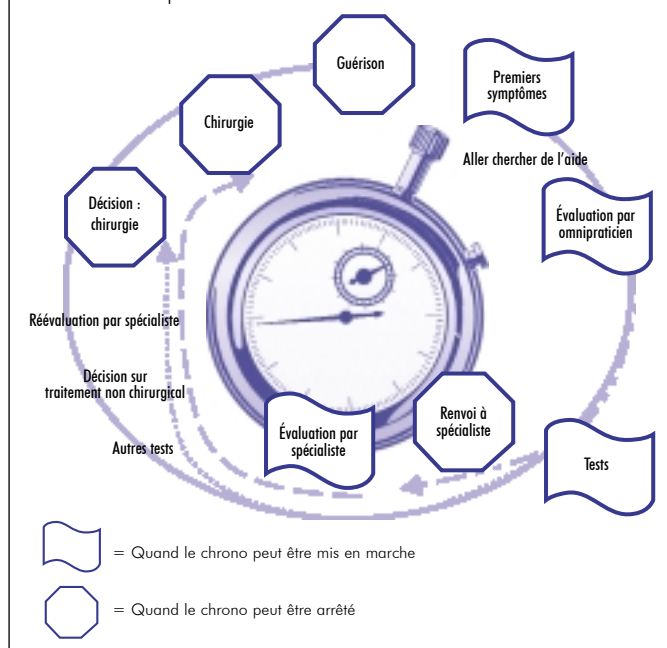
les données directement dans les dossiers médicaux ou dans des systèmes de surveillance spécialisés.

On peut aussi demander aux médecins pendant combien de temps un patient devra attendre pour des types de soins précis. Une étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)²³ révèle que la dernière solution proposée est peut-être la meilleure façon de mesurer la satisfaction des patients à l'égard des temps d'attente. Il est difficile de comparer les deux méthodes en raison des différences dans les définitions utilisées. Mais, dans les nombreux domaines où on peut établir des comparaisons détaillées, les temps d'attente mesurés au moyen de la première méthode semblent être

Top chrono

25

Il n'est pas facile de comparer les données en provenance de différentes régions du pays parce qu'on peut définir les temps d'attente de bien des façons. Est-ce que l'« attente » commence avec les premières douleurs ou les premiers symptômes? Ou plutôt à la première visite chez le médecin de famille? Ou encore lorsque des tests de laboratoire viennent confirmer que d'autres traitements sont nécessaires? Il n'y a pas qu'une seule réponse et chacune d'entre elles a ses pour et ses contre. Toutefois, si on veut établir de véritables comparaisons, il faut mettre fin à ces différends. Le graphique ci-dessous illustre une démarche possible avec diverses options pour calculer les temps d'attente.



plus courts que ceux mesurés au moyen de la deuxième.

Suivre l'évolution des temps d'attente au Canada

Il n'existe pas de liste d'attente en chirurgie pour l'ensemble du Canada. Dans plusieurs régions, pour plusieurs interventions, il n'existe même pas de liste commune de tous les patients en attente de soins. Il existe tout de même des régions où on dispose de renseignements sur qui attend quoi et pendant combien de temps. La plupart de ces renseignements figuraient dans le rapport de l'an dernier.

Par exemple, le Réseau ontarien des soins en cardiologie fournit des renseignements sur les attentes pour les pontages. Selon ses plus récentes données,²⁴ l'attente médiane était de trois jours en 2000. Elle était plus longue pour les cas semi-urgents, huit jours, et non urgents, 44 jours. Pour les trois degrés d'urgence, plus de 70 % des patients ont été opérés dans les délais recommandés.

3. LES HÔPITAUX DE SOINS DE COURTE DURÉE AU CANADA : UN PORTRAIT

D'autres provinces publient également des renseignements sur les temps d'attente pour des types précis de soins. Les graphiques suivants présentent des exemples de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

L'attente en Alberta

26

Récemment, le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta a commencé à publier tous les trois mois des comparaisons régionales du nombre de patients, des listes d'attente et des temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies à cœur ouvert, les soins de longue durée et les temps d'attente pour l'hospitalisation depuis les salles d'urgence. Ce tableau compare, à titre d'exemple, le nombre de semaines que les patients cancéreux ont dû attendre pour la radiothérapie à Edmonton et à Calgary. Les temps d'attente visés par le gouvernement sont aussi indiqués.

	31 mars 2000	30 juin 2000	30 septembre 2000	Temps d'attente visé
Radiothérapie - sein/prostate				
Cross Cancer Institute (Edmonton)	11 semaines	9 semaines	4 semaines	4 semaines
Tom Baker Cancer Centre (Calgary)	de 4 à 4,5 semaines	5 semaines	de 3,5 à 4 semaines	4 semaines
- la plupart des * autres tumeurs	de 2 à 3,5 semaines	de 2 à 4 semaines	de 1,5 à 3 semaines	de 2 à 4 semaines
Chimiothérapie*	1 semaine	1 semaine	1 semaine	1 semaine

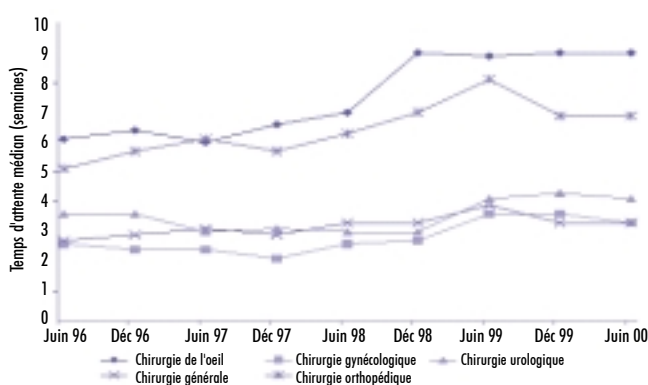
* Temps moyens pour les 2 centres

Source : Alberta's Health and Wellness System: Some Performance Indicators, Alberta Health and Wellness

L'attente en Colombie-Britannique

27

En Colombie-Britannique, plus de 30 des plus gros hôpitaux de la province font rapport régulièrement au ministère de la Santé et au ministère responsable des personnes âgées sur les temps d'attente pour diverses interventions chirurgicales. Les résultats (par hôpital et par chirurgien) sur les temps d'attente entre le moment où la chirurgie a été prescrite et le moment où elle a eu lieu, sont affichés sur le site Web du ministère. Le plus récent rapport de la Colombie-Britannique présente des données sur les temps d'attente médians — le moment où la moitié des patients attend moins longtemps et où la moitié des patients attend plus longtemps — pour 17 types de chirurgie non urgente. Ce graphique illustre le nombre médian de semaines d'attente pour les cinq types de chirurgie les plus courants. Les temps d'attente médians sont calculés en fonction d'une période de six mois.



Source : Provincial Waiting List Trends, British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Démêler les faits

Les résultats des études sur les temps d'attente semblent se contredire, en partie à cause des différences dans les méthodes utilisées et les sources de données. Ce tableau présente certaines des différences majeures dans des études de temps au Canada. De plus, même si la plupart des études incluent tous les patients ayant reçu des soins, la portée des sondages auprès des médecins varie. Par exemple, seulement le quart des médecins contactés par l'Institut Fraser en 1999 ont répondu au sondage.

	Étude	Source des données/couverture	Conclusion générale	Temps mesurés	Période de temps
EXPIÉRIENCE DES PATIENTS	Colombie-Britannique	Expérience des patients telle que rapportée par les hôpitaux.	Temps d'attente généralement stables jusqu'à la fin de 1998; tendance à augmenter dans les 6 à 12 mois suivants; légère baisse dans les 6 derniers mois.	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie.	De juin 1995 à juin 2000.
	Alberta	Autorités sanitaires régionales (remplacements articulaires); Conseil du cancer de l'Alberta .	Temps d'attente varient entre les régions, certaines se situant en-dessous ou au-dessus des cibles provinciales; temps d'attente pour le traitement du cancer ont diminué dans le dernier trimestre étudié.	Prescription pour un premier traitement de radiation et de chimiothérapie; de la réservation de la chirurgie à la chirurgie pour remplacement articulaire.	Cancer : de janv. à sept. 2000; remplacements articulaires : d'avril à juin 2000.
	Manitoba	Expérience des patients selon les réclamations à l'assurance-maladie (tous les patients).	Peu de changements dans les temps d'attente.	De la consultation avec un spécialiste à la chirurgie.	De 1992-1993 à 1996-1997.
	Nouvelle-Écosse	Expérience des patients selon les réclamations à l'assurance-maladie (tous les patients).	Temps d'attente généralement moins longs, sauf pour chirurgies de la cataracte.	De la consultation avec un spécialiste à la chirurgie.	De 1992-1993 à 1995-1996.
	Réseau ontarien des soins cardiaques	Expérience des patients telle que rapportée par les hôpitaux.	Différences régionales, mais dans toutes les régions, les patients urgents attendent le moins longtemps.	De la réservation de la chirurgie à la chirurgie.	D'août à octobre 2000.
SONDAGES AUPRÈS DES MÉDECINS	Nouveau-Brunswick	Listes d'attente en chirurgie dans hôpitaux régionaux.	55 % plus de cas en attente à la fin mars 1999 c. 1998.	N ^o de patients en attente, non les temps d'attente.	Mars - 1996 à 1999 -
	Institut Fraser	Sondage sur l'opinion des médecins au sujet des temps d'attente prévus.	Temps d'attente plus longs à partir de 1998, sauf en Ontario et au Manitoba.	De la consultation avec un omnipraticien à la chirurgie.	De 1991 à 1999.
	Sondage du Fonds du Commonwealth auprès des médecins	Sondage sur l'opinion des médecins au sujet des temps d'attente prévus.	Temps d'attente prévus pour arthroplasties de la hanche plus courts au Canada qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, mais plus longs qu'aux États-Unis.	Non précisés.	D'avril à juillet 2000.

Source : Compilation de l'ICIS

Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Les types de patients qui reçoivent des soins de courte durée en milieu hospitalier, la durée de leur séjour et les interventions qu'ils subissent.
- Le nombre de visites à l'urgence, de visites dans les cliniques et d'autres services dispensés par les hôpitaux qui soumettent des données.
- Certaines données locales et provinciales sur les temps d'attente.
- Les points communs des résultats à court et à long terme de certains types de soins dans différents endroits au pays (voir *Le résultat des soins*).
- Comment, dans l'ensemble, la qualité des soins pour la plupart des groupes (mesurée par les taux de mortalité, les admissions subséquentes, les visites à l'urgence, et d'autres indicateurs semblables) a changé après la réduction des effectifs dans les hôpitaux dans certaines provinces et collectivités.

Ce que nous ignorons

- Quels genres de services sont dispensés par les services d'urgence et les cliniques de consultations externes des hôpitaux? Jusqu'à quel point la combinaison changeante des services hospitaliers répond-elle aux besoins des collectivités?
- Comment les temps d'attente au pays se comparent-ils? Quel pourcentage des temps d'attente s'inscrit dans les directives recommandées pour la plupart des traitements? Quelles sont les répercussions de l'attente sur les plans émotionnel et physique?
- Dans quelle mesure les patients et leur famille sont-ils satisfaits des soins hospitaliers qu'ils reçoivent?
- Comment les choses se passent-elles pour la plupart des patients après leur départ de l'hôpital?

Ce qui se passe

- Dans plusieurs régions du pays, des chercheurs, des administrateurs et des décideurs continuent de mettre au point des nouveaux indicateurs et d'utiliser ceux qui existent pour suivre les conséquences à court et à long terme des changements dans les hôpitaux.
- Les premiers ministres des provinces et le premier ministre du Canada ont convenu de surveiller, dans leur secteur de compétence, les réadmissions, les temps d'attente, et 12 autres indicateurs, et d'en faire rapport d'ici 2002.
- Un projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada (le Western Canada Waiting List Project) a mis au point des nouveaux outils pour aider à gérer les listes d'attente dans les domaines suivants : chirurgie de la cataracte, santé mentale des enfants, chirurgie générale, arthroplasties de la hanche et du genou et examens par IRM. Un projet semblable fait ses débuts en Ontario.
- L'ICIS établit des lignes directrices améliorées pour rapporter les temps d'attente pour les patients admis dans les hôpitaux depuis l'urgence (en vigueur en avril 2001). Les hôpitaux de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, sont obligés de recueillir cette information. Ils peuvent maintenant comparer les temps d'attente pour leurs patients à ceux des autres établissements. Certains hôpitaux dans d'autres régions du pays participent également à ce programme ou à d'autres initiatives semblables à l'échelle locale ou provinciale.
- Le Registre canadien des remplacements articulaires sera bientôt en mesure de recueillir l'information sur les temps d'attente dans les établissements participants.

Pour en savoir davantage

- ¹ Health Services Utilization and Research Commission (HSURC) (1999). *Assessing the Impact of the 1993 Acute Care Funding Cuts to Rural Saskatchewan Hospitals, Summary Report No. 13*, 1-16. Saskatoon : HSURC
- ² Brownell, M., Roos, N.P. et Burchill, C. (1999). *Monitoring the Winnipeg Hospital System: 1990-91 Through 1996-97*. Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. Winnipeg : CEEPSSM
- ³ Shapiro, E., Tate, R.B., Write, B. et Plohman, J. (2000). Changes in the Perception of Health Care Policy and Delivery Among Manitoba Elders During the Downsizing of the Hospital Sector. *Revue canadienne du vieillissement*, 19(1), 18-34
- ⁴ Sheps, S.B., Reid, R.J., Barer, M.L., Krueger, H., McGrail, K.M., Green, B., Evans, R.G. et Hertzman, C. (2000). *Hospital Downsizing and Trends in Health Care Use Among Elderly People in British Columbia*. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163 (4), 397-401
- ⁵ *La réforme de système de santé canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population, Cahier du participant, Résumé des cas*. Séminaire interdisciplinaire, Montréal, 16-17 novembre 2000, 1 57-70
- ⁶ Direction de la santé publique (2000). *Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé - Rapport annuel 2000 sur la santé de la population montréalaise*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. www.santepub-mtl.qc.ca
- ⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux (2001). *Un regard sur les attentes et la satisfaction des Montréalais en l'an 2000*. Montréal-Centre : Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- ⁸ Denton, F.T. et Spencer, B.G. (1995). Demographic change and the cost of publicly funded health care. *Revue canadienne du vieillissement*, 14 (2), 174-192
- ⁹ *Statistique Canada* (2000). *L'état de santé des personnes âgées*. *Rapports sur la santé*. Numéro spécial, 11 (3), 47-62
- ¹⁰ McGrail, K.M., Evans, R.G., Barer, M.L., Sheps, S.B., Hertzman, C. et Kazanjian, A. (1998). *The Quick and the Dead: The Utilization of Hospital Services in British Columbia, 1969 to 1995/96*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, [University of British Columbia](http://www.ubc.ca)
- ¹¹ Denton, F.T., Gafni, A. et Spencer, B.G. (1995). The SHARP way to plan health care services: A description of the system and some illustrative applications in nursing human resource planning. *Socio-Economic Planning Sciences*, 29 (2), 125-137
- ¹² Getzen, T.E. (1992). Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology*, 47, S98-S104
- ¹³ Rosenberg, M.W. (2000). *The Effects of Population Aging on the Canadian Health Care system*. SEDAP Research Paper No. 14. <http://socserv2.mcmaster.ca/sedap/>
- ¹⁴ Lefebvre, L.A., Zsigmond, Z. et Devreaux, M.S. (1979). *Hôpitaux horizon 2031 : Les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers, 1967-2031*. Ottawa : *Statistique Canada*
- ¹⁵ Sachs, B.P., Kobelin, C., Castro, M.A. et Firgoletto, F. (1999). The risks of lowering the cesarean-delivery rate. *The New England Journal of Medicine*, 340, 54-57
- ¹⁶ Groom, K. et Brown, S.P. (2000). The rate of caesarean section is not the issue. *British Medical Journal*, 320, 1072
- ¹⁷ Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S. et Willan A.R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomized multicentre trial. *The Lancet*, 356 (9239), 1375-1383
- ¹⁸ Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (1997). *Accouchement vaginal après césarienne*. Directive clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Ottawa : SOGC
- ¹⁹ OMS. European Public Health Information Network for Eastern Europe (2000). <http://www.euphin.dk/hfa/Presult.asp>
- ²⁰ Day, P., Sullivan, E.A., Ford, J. et Lancaster, P. (1999). *Australia's Mothers and Babies 1997*. Sydney : AIHW National Perinatal Statistics Unit
- ²¹ Anderson, G.M. et Axcell, T. (1996). Caesarian section. In Goel, V. et al (eds). *Patterns of Health care in Ontario. ICES Practice Atlas*, 2nd ed. Ottawa : Association médicale canadienne, 170-177
- ²² McDonald, P., Shortt, S., Sanmartin, C., Barer, M., Lewis, S. et Sheps, S. (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/iacob-dgiac/pnrds/listeatt.htm>
- ²³ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) (1998). *Quid Novi?* 1(4). Ottawa : FCRSS
- ²⁴ Cardiac Care Network of Ontario (2000). www.ccn.on.ca/access

4. La prestation des soins spéciaux : un portrait

Certains types de soins, par exemple les accouchements et les chirurgies majeures, sont en général dispensés seulement dans les hôpitaux de soins de courte durée. D'autres sont dispensés dans d'autres établissements ou par le biais d'autres programmes. Comparativement aux soins hospitaliers, peu d'information est rapportée au sujet de ces types de soins, bien que certaines données soient disponibles.

Dans le rapport de l'an dernier, nous avons attiré l'attention sur quatre domaines où les soins se poursuivent au-delà de l'hôpital : la réadaptation, les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins palliatifs. Cette année, nous reparlons des soins à domicile et des soins de longue durée, et abordons les services de santé mentale et de télésanté.

Les soins de santé mentale au Canada

Un grand nombre de Canadiens jugent leur santé mentale comme étant bonne ou excellente. Par contre, d'autres souffrent de dépression, de schizophrénie, d'autres troubles de santé mentale ou de toxicomanie. Ainsi, dans le cadre de [l'Enquête nationale sur la santé de la population](#) de 1998-1999, environ 4 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré présenter des symptômes qui semblent indiquer qu'ils ont connu au moins un épisode de dépression grave au cours de l'année précédente. Les symptômes étaient plus fréquents chez les femmes (6 %) que chez les hommes (3 %).

Plusieurs des personnes qui déclarent présenter des symptômes de dépression ne sont pas soignées pour ce problème. Par exemple, selon [l'Enquête nationale sur la santé de la population](#) de 1994-1995, moins de la moitié (43 %) de ceux qui ont déclaré présenter des symptômes qui semblent indiquer un épisode de dépression majeure ont dit qu'ils avaient parlé à un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours de l'année précédente.¹ Des recherches réalisées par l'Institut de recherche en services de santé en Ontario semblent indiquer que de nombreuses personnes souffrant de dépression ne vont pas chercher de l'aide pour ce problème, mais consultent un médecin pour d'autres problèmes.²

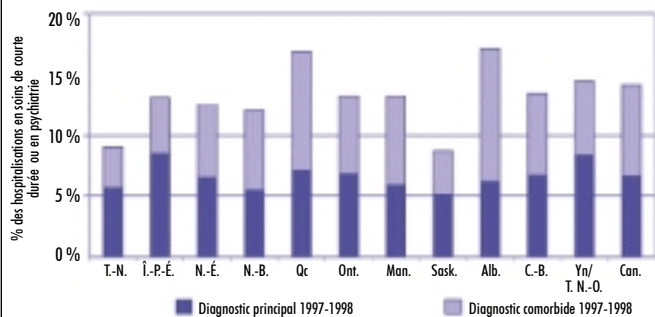
Ceux qui se font soigner pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont tendance à obtenir l'aide de leur médecin de famille, de gestionnaires de cas, de travailleurs sociaux et de tout un éventail d'autres dispensateurs de soins. Ainsi, une étude récente a révélé qu'environ les deux tiers des Ontariens qui recevaient des soins médicaux pour des troubles de santé mentale en 1997-1998 consultaient leur médecin de famille.³

Certaines personnes ont besoin d'interventions plus poussées, y compris l'hospitalisation, à cause de troubles mentaux graves ou persistants. Une série de réformes des services de santé mentale, qui a pris naissance dans les années 1960, préconisait le soutien et le traitement dans la collectivité des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale, et une dépendance réduite à l'égard des séjours prolongés dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux.

Hospitalisations en psychiatrie au Canada

28

De nombreux patients hospitalisés en soins de courte durée ou dans des établissements psychiatriques présentent des troubles de santé mentale ou de toxicomanie. Pour certains, il s'agit de la raison principale (diagnostic principal) de leur séjour à l'hôpital. D'autres sont soignés pour d'autres raisons mais ont quand même eu un diagnostic secondaire de troubles de santé mentale ou de toxicomanie. Ce graphique illustre le pourcentage de patients qui ont reçu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée ou d'un établissement psychiatrique, ou qui y sont décédés, en 1997-1998, et qui appartenaient à ces deux catégories.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Quels ont été les résultats de la « désinstitutionnalisation »? On ne dispose pas d'information détaillée, mais des recherches ont été effectuées dans certaines régions du pays. Par exemple, une étude récente a suivi les patients qui avaient séjourné pendant une longue période de temps dans un gros hôpital psychiatrique du Québec et qui avaient reçu leur congé entre 1989 et 1998. L'étude a révélé que presque tous les patients recevaient les soins appropriés dans la collectivité, en général dans des milieux étroitement surveillés. On a conclu que les coûts des services d'aide à la vie autonome dans la collectivité étaient moindres que les coûts de l'hospitalisation prolongée.⁴

En 1997, une revue des meilleures pratiques de la réforme de la santé mentale a mené à la conclusion que la disponibilité des appuis — comme le logement, les services professionnels et scolaires, les services d'intervention en temps de crise, et la prise en charge dans la collectivité — avait tendance à réduire les besoins en matière de soins en établissement.⁵ La revue a également indiqué que les sans-abri atteints de troubles mentaux avaient souvent besoin d'appuis communautaires et professionnels, en plus de tout un choix de logement.

Combien de personnes sont affectées? Certaines données permettent de penser que le nombre est très élevé. En 1996-1997, un sondage a été réalisé à Toronto auprès des usagers adultes des abris de secours. Plus de 75 % d'entre eux avaient été diagnostiqués avec au moins un trouble permanent. Pour un peu plus de la moitié (51 %), il s'agissait de troubles de l'humeur.⁶ Une étude plus récente réalisée à Vancouver a révélé que les deux tiers des usagers des abris de secours en 1999 étaient atteints d'une forme quelconque de maladie mentale.⁷

Qui vit dans les établissements de soins de santé?

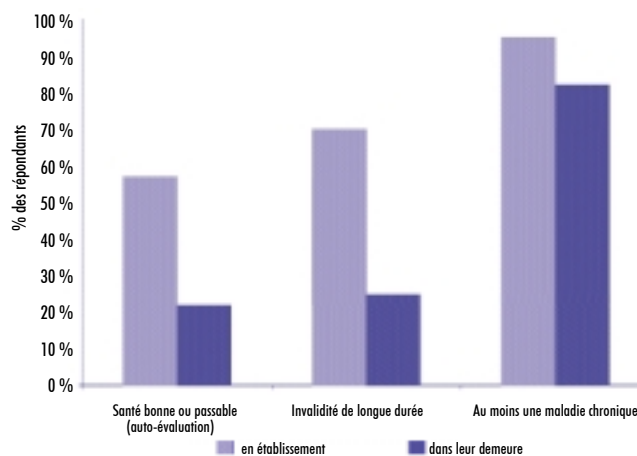
Voici la composition des résidents des établissements de soins de santé, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 :

- plus de femmes que d'hommes (68 % des résidents);
- les personnes plus âgées (âge moyen des femmes : 83 ans; des hommes : 69 ans);
- les personnes atteintes d'incapacité à long terme (71 % des résidents);
- les personnes atteintes d'un problème de santé chronique ou plus, comme l'incontinence, une maladie cardiaque, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (95 % des résidents).

La santé des personnes âgées

29

Comme on pouvait s'y attendre, le profil de santé des personnes âgées vivant dans des établissements de soins de santé entre 1996 et 1997 était différent de celui des personnes âgées vivant dans la collectivité. Quelles étaient ces différences? Quatre résidents sur 10 ont déclaré être en bonne ou en excellente santé, comparativement à presque 8 sur 10 des personnes vivant dans leur demeure. De même, les résidents avaient plus tendance à rapporter des maladies chroniques.



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

Vivre dans les établissements de santé

En 1996-1997, selon une enquête réalisée par Statistique Canada, presque 185 000 personnes âgées et 35 000 Canadiens plus jeunes vivaient dans des foyers de soins infirmiers et d'autres établissements de santé. Presque la moitié d'entre eux étaient des nouveaux venus. Ils avaient emménagé dans l'établissement au cours des deux années précédentes.

Une étude récente de Statistique Canada a suivi pendant quatre ans 2 300 personnes vivant dans des établissements de santé un peu partout au pays en 1994-1995.⁸ Environ les deux tiers des personnes étaient des femmes âgées et leur moyenne d'âge était de 80 ans, comparativement à 67 ans pour les hommes. La majorité d'entre elles (68 % des personnes âgées) avaient au moins un problème de santé chronique, comme l'incontinence, la maladie d'Alzheimer (ou d'autres formes de démence) ou les séquelles d'un ACV.

Qu'est-ce qui leur est arrivé? Quatre ans plus tard, environ la moitié des résidents étaient décédés. Il y a quand même une bonne nouvelle : trois résidents sur cinq ont dit que leur santé en 1998-1999 était aussi bonne, sinon meilleure, qu'en 1994-1995. Et une grande proportion des résidents menaient une vie sociale aussi ou sinon plus active que quatre ans auparavant. Par exemple, deux résidents sur trois ayant des amis proches à l'extérieur de l'établissement disaient les voir autant ou plus souvent que lors de la première enquête. De même, près de quatre résidents sur cinq ayant de la famille proche ont eu un contact avec un de ses membres au moins aussi souvent que quatre ans auparavant.

Mais il y a une mauvaise nouvelle : deux résidents sur trois avaient plus de problèmes de santé chroniques que quatre ans auparavant. Les nouveaux problèmes les plus courants étaient : ostéoporose, maladie du cœur, maladie d'Alzheimer (ou d'autres formes de démence). Ces résultats ne sont pas surprenants car cette population a tendance à être en mauvaise santé et elle a vieilli pendant l'étude.

Les soins de santé chez soi

Les soins à domicile sont une composante importante de notre système de santé. Parfois, ils remplacent les soins hospitaliers ou les établissements de soins de longue durée. En d'autres circonstances, leur but est d'aider les clients à conserver leur autonomie dans le milieu où ils vivent ou d'offrir des services de prévention en vue de réduire les besoins à long terme en matière de soins.

Qui utilise les soins à domicile? Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, environ 12 % des personnes âgées au Canada ont déclaré avoir bénéficié des services de soins à domicile financés par l'État. L'enquête a également révélé que l'utilisation des soins à domicile augmente avec l'âge. La plupart des usagers avaient besoin d'aide pour les activités quotidiennes, comme la préparation des repas et l'entretien ménager.

Les services couverts par les programmes publics de soins à domicile varient d'un endroit à l'autre au pays (voir le tableau ci-dessous). Mais peu importe l'endroit, la première étape est généralement celle de l'évaluation. Une étude récente, qui fait partie d'une évaluation continue de la rentabilité des

Les services couverts

30

Les programmes de soins à domicile qu'offrent les provinces et les territoires présentent certaines différences. En 1999, tous les secteurs de compétence couvraient des services comme l'évaluation et la gestion des cas, les soins infirmiers et le soutien à domicile pour les clients admissibles. Par contre, seulement certains d'entre eux incluaient les médicaments de prescription et divers types de traitement dans les services de soins à domicile financés par l'État. Si les clients des programmes de soins à domicile voulaient d'autres services, ils devaient en général en assumer les coûts, soit directement, soit par l'entremise d'une assurance privée.

Service	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	T. N.-O.	Yn
Évaluation et gestion des cas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Soins infirmiers	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Équipement et fournitures médicales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ergothérapie/physiothérapie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
Orthophonie					✓		✓					
Inhalothérapie		✓					✓					
Travail social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
Soutien à la maison	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Médicaments de prescription		✓	✓		✓		✓	✓				

Source : Santé Canada, Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada, mises à jour compilées par l'ICIS

soins à domicile, a examiné les facteurs dont les gestionnaires de cas dans cinq provinces tiennent compte au moment de décider si une personne devrait recevoir des soins à domicile ou être placée en établissement.⁹ Voici ce que les chercheurs ont conclu : la capacité fonctionnelle de la personne, ainsi que des facteurs plus généraux comme l'accès aux services de soins à domicile et leur financement, la disponibilité d'un aidant naturel, la santé de celui-ci, et l'accès aux travailleurs de l'aide à domicile (y compris l'aide à l'entretien ménager), pèsent tous dans la balance.

À l'heure où les programmes de soins à domicile suscitent de plus en plus d'intérêt, on réalise de plus en plus l'importance d'une meilleure information sur les services offerts et leurs résultats. L'ICIS a donc reçu de l'argent du Fonds pour l'adaptation des services de santé et du Carnet de route de l'information sur la santé pour travailler avec 11 régions sanitaires et des experts en matière de soins à domicile afin d'établir des indicateurs efficaces pour les soins à domicile, et les mettre à l'essai. Ces indicateurs sont conçus pour aider les régions sanitaires à surveiller et à comparer la santé

de leurs clients et à contrôler la qualité et le rendement des services de soins à domicile.

Dans un premier temps, il fallait tester les indicateurs en fonction des données dont les régions disposaient. Les résultats, qui viennent tout juste d'être divulgués, cadrent avec ceux d'autres recherches. Voici ce que les régions pilotes ont rapporté.

- La majorité de leurs clients sont des personnes âgées.
- La plupart des bénéficiaires de services sont des femmes.
- Moins d'un tiers des clients vivent seuls, mais la proportion de ceux vivant seuls semble augmenter avec l'âge, particulièrement chez les femmes.
- Bon nombre de clients ont de la difficulté à accomplir certaines tâches, comme prendre un bain, préparer les repas et faire les courses.
- Le plus souvent, les clients ne reçoivent plus les services parce qu'ils ont atteint les objectifs qu'ils visaient. De plus, un nombre important d'entre eux sont transférés dans des milieux institutionnels.

Nous reviendrons sur cette question dans les rapports à venir.

L'alliance de la technologie électronique et des soins de santé

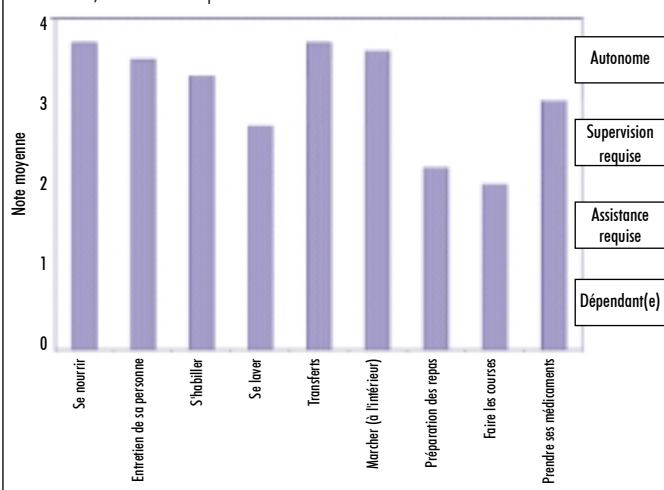
Dans un pays aussi vaste que le nôtre, assurer l'accès à des soins de qualité à tous est un tour de force. Les nouvelles technologies commencent à offrir des moyens novateurs de dispenser des services de santé sur de courtes et de longues distances et de diffuser des renseignements. Il s'agit de la télésanté.

Toute une gamme de services peuvent maintenant être dispensés au moyen de la télésanté. Par exemple, on peut transmettre électroniquement des radiographies et d'autres images diagnostiques pour qu'elles soient interprétées par des radiologistes qui habitent à des kilomètres de l'endroit où les images ont été prises. Le domaine de l'ophtalmologie pédiatrique nous offre un autre exemple. Des progrès récents permettent d'éviter de transporter les bébés

Différences dans l'état fonctionnel

31

Les Canadiens reçoivent des soins à domicile pour plusieurs raisons — ils ont besoin d'aide, entre autres, pour préparer les repas, se laver, ou accomplir d'autres activités. Dans le cadre d'un projet pilote, cinq programmes régionaux de soins à domicile ont récemment fait rapport sur l'état fonctionnel de leurs clients à l'admission au programme. Les notes moyennes, qui s'échelonnent entre 1 (dépendant[e]) et 4 (autonome), sont présentées dans ce graphique. Elles étaient invariablement basses pour certaines activités, et élevées pour d'autres.



Source : Évaluation des normes d'information pour les soins à domicile, Rapport final de projet du Fonds pour l'adaptation des services de santé, ICIS

Qu'est-ce que la télésanté?

32

Selon [Industrie Canada](#), il s'agit de « l'utilisation de la technologie et des réseaux d'information et de communications pour la diffusion d'information sur la santé, la prestation de services de santé et la fourniture d'expertise en la matière sur de courtes ou de longues distances ». Voici des exemples des applications de la télésanté.

Télé-médecine, « la médecine à distance »	Consultations, dermatologie, radiologie, cardiologie, psychiatrie, échographie, information sur le diabète, réadaptation, etc.
Télé-éducation, triage téléphonique - information et formation à l'intention des professionnels de la santé, des patients et du public	Formation des médecins et des infirmières, renseignements à l'intention des patients et des consommateurs par l'entremise de l'Internet, du téléphone, de CD-ROM, etc.
Télesurveillance, télé-soins à domicile, réseaux d'urgence	Surveillance des patients en hémodialyse et atteints de maladies cardiaques, perfusion télécommandée pour les patients en oncologie, soins à domicile assistés pour les personnes âgées, systèmes d'urgence reliant maisons et hôpitaux
Dossiers et information électroniques des patients	Couplage des dossiers des patients et des sources d'information au sein d'un réseau (p. ex. pharmacies, cliniques, dossiers des patients, résultats de tests, etc.)

Source : [Industrie Canada](#)

prématurés à un grand hôpital pour qu'ils y subissent un test visant à déterminer s'ils ont besoin d'un traitement pour prévenir la cécité. Des caméras spéciales transmettent des images de la rétine d'un bébé à des spécialistes dans les centres urbains. Les bébés qui doivent être soignés devront peut-être voyager, mais les autres pourront rester plus près de leurs parents. Les autres emplois de la technologie électronique vont des évaluations en cardiologie au moyen de caméras vidéo et de stéthoscopes électroniques, à la télépsychothérapie, en passant par des groupes de soutien pour le cancer qui se servent des technologies des télécommunications pour rassembler les gens dans l'espace virtuel.

L'utilisation de la télésanté au Canada

Un certain nombre de projets sur la télésanté sont en cours au pays. La gamme des utilisations de la technologie est non seulement variée, mais en pleine expansion.

Certains réseaux de télésanté relient des cliniques et des hôpitaux par delà les frontières provinciales, territoriales, et même, internationales. Mais les liaisons ne couvrent pas que les longues distances. Certaines relient l'équipement de surveillance au

domicile d'un patient et les établissements de santé locaux au moyen des lignes téléphoniques. D'autres permettent aux hôpitaux et aux cliniques d'une même région d'échanger, au besoin, des renseignements sur un patient.

Évaluer la télésanté

Plusieurs technologies et projets de télésanté sont relativement nouveaux. Les évaluations des premières initiatives sont maintenant disponibles et certains résultats portent à croire que les applications de la télésanté sont prometteuses. Par contre, sur les plans technologique, juridique, organisationnel, clinique, et bien d'autres encore, certains problèmes devront être résolus.

Selon une revue systématique effectuée récemment à l'échelle internationale sur la satisfaction des patients à l'égard de la télé-médecine, les patients acceptent et sont en général satisfaits des soins qu'ils ont reçus.¹⁰ Ces résultats sont conformes à ceux de plusieurs études canadiennes.

Par exemple, les évaluations des retombées de cinq projets de télésanté en Nouvelle-Écosse sur la santé des patients ont révélé plusieurs résultats favorables. Voici certaines des constatations (généralement relevées entre avril 1998 et mars 2000).

La télésanté au pays

33

Des projets de télésanté sont en cours dans toutes les provinces et tous les territoires. Cette carte en présente un échantillon pour chaque secteur de compétence en 2000 ou 2001.



- **Télédermatologie** : Les 360 patients soignés ont parcouru en moyenne 35 km aller-retour pour une consultation, par rapport à 200 – 1 100 km aller-retour pour se rendre au centre urbain le plus proche pour une consultation en personne.
- **Téléradiologie** : En date de mai 1998, environ 24 500 cas ordinaires et 200 cas urgents avaient été transmis au moyen de la téléradiologie. Lorsqu'ils ont revu les cas de 87 patients urgents, les médecins traitants ont indiqué que la façon de procéder avait changé dans 68 cas (78 %). Par exemple, dans deux cas sur cinq, les médecins ont été en mesure de commencer le traitement plus tôt et le quart a évité le transfert du patient. Dans 12 % des cas, on a évité l'hospitalisation.
- **Télépsychiatrie** : Près de 100 consultations avaient eu lieu (adultes et enfants). Les médecins traitants et ceux qui ont fait la consultation ont indiqué que le service avait permis de commencer le traitement plus tôt, empêché le problème de se détériorer, et permis l'hospitalisation du patient dans un milieu approprié ou permis d'éviter l'hospitalisation.
- **Chirurgie cardiovasculaire — thoracique** : En date de l'été 1999, 15 cliniques de télésanté et 93 consultations avaient eu lieu. Le temps d'attente pour un rendez-vous après une angiographie avait diminué d'au moins six semaines à une ou deux semaines.

Dans le même ordre d'idées, l'évaluation d'un projet de télémédecine au Labrador¹¹ était généralement positive. On a testé l'efficacité d'une méthode électronique d'entreposage et de transmission de l'information sur la santé à partir d'un poste infirmier à Black Tickle vers un hôpital régional de Goose Bay. Les médecins qui recevaient l'information croyaient qu'ils pouvaient prendre des décisions plus éclairées. Pour leur part, les infirmières étaient plus confiantes à l'égard des traitements qu'elles dispensaient. De plus, 32 des 43 patients qui faisaient partie du projet pilote et qui ont répondu à un sondage sur la satisfaction des patients croyaient avoir reçu de meilleurs soins, y compris un meilleur accès à un médecin. Également les coûts associés au transport des patients étaient moins élevés.

Mais les évaluations ne sont pas toutes positives. En Nouvelle-Écosse, on a fait état de renvois inappropriés et de restrictions dans les technologies. Les psychiatres en pédiatrie croyaient aussi que la télépsychiatrie était plus appropriée pour les visites de suivi que pour les consultations initiales. Ils craignaient de manquer des indices subtils (p. ex. les communications non verbales et les interactions familiales) qui pourraient influencer le traitement de leurs patients. Dans une autre étude récente, les psychiatres en pédiatrie à Terre-Neuve avaient tendance à préférer les évaluations en personne, bien que certains enfants préféreraient l'évaluation par vidéoconférence.¹²

Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Le nombre de lits pour des soins en résidence, selon le type.
- Les taux d'hospitalisation dans les établissements psychiatriques et de soins de courte durée pour des troubles de santé mentale et de toxicomanie.
- Les renseignements tirés des sondages et l'information administrative de base sur les soins dispensés à l'extérieur des hôpitaux et des cabinets des médecins.
- Certains renseignements locaux, provinciaux et territoriaux sur la réadaptation, les soins de longue durée, la santé mentale, les soins à domicile, ainsi que d'autres services, et leurs résultats.

Ce que nous ignorons

- Qui demande des services publics et privés de santé mentale, de réadaptation, de soins de longue durée et de soins à domicile, et qui en assume les frais? Qui fournit ce type de soins? Comment en surveille-t-on la qualité? Les patients en sont-ils satisfaits?
- Quelle est la meilleure façon d'utiliser la technologie électronique dans le secteur de la santé? Comment l'accès à la télésanté et son utilisation diffèrent-elles entre les groupes?
- Comment les résultats des soins à domicile soutiennent-ils la comparaison avec ceux dispensés en établissement? Comment les coûts pour le secteur public, les patients et les familles, varient-ils en fonction de l'endroit où les patients reçoivent les services? Comment les retombées sur les patients, leurs amis et leur famille, varient-elles en fonction de l'endroit où les soins sont dispensés?
- Est-ce que certaines personnes pourraient bénéficier de services offerts à l'extérieur des hôpitaux qu'elles ne reçoivent pourtant pas? Par exemple, est-ce qu'il y a des patients dans les hôpitaux qui seraient aussi bien à la maison, sinon mieux, avec l'aide appropriée, ou dans d'autres établissements de santé?

Ce qui se passe

- L'[Enquête canadienne sur la santé communautaire](#) de Statistique Canada fournira bientôt des estimations régionales de l'utilisation des divers types de services de santé.
- Le cycle 2002 de l'[Enquête canadienne sur la santé communautaire](#) portera principalement sur la santé mentale.
- Les premiers ministres des provinces et le premier ministre du Canada ont convenu de surveiller les services de soins à domicile et communautaires dans leur secteur de compétence, ainsi que 13 autres indicateurs, et d'en faire rapport d'ici 2002.
- On a atteint un consensus sur une norme nationale pour les données sur les services de réadaptation, et un certain nombre d'établissements ont commencé à transmettre des données comparables en fonction de cette norme.

Pour en savoir davantage

- ¹ Diverly, B. et Beaudet, M.P. (1997). La dépression : un trouble partiellement traité? *Rapports sur la santé*, 8 (4), 9-18
- ² IRSS (1995). Probing the Darkness. Diagnosis and Treatment of Major Depression. *Informed*, 2 (1), www.ices.on.ca
- ³ Lin, E. et Goering, P. (2000) Fee-for-service core mental health services: changes in provider source and visit frequency. *Institute for Clinical Evaluative Sciences Atlas Report 3*, 2000. www.ices.on.ca
- ⁴ Reinharz, D., Lesage, A. et Contandriopoulos, A.-P. (2000). Cost-effectiveness analysis of psychiatric deinstitutionalization. *Revue canadienne de psychiatrie*, 45, 533-38
- ⁵ Clarke Institute of Psychiatry (1997). *Review of Best Practices in Mental Health Reform*. Préparé pour le Advisory Network on Mental Health par la Health Systems Research Unit
- ⁶ Tomiczenko, G.S. et Goering, P.N. (1998). Pathways into homelessness: Broadening the perspective. *Psychiatry Rounds*, 2 (8)
- ⁷ O'Dea, J (1999). *Homelessness: Responding to the Hard to House*. A British Columbia Perspective on a National Problem. www.housin.g.org/about/research.html#Homelessness
- ⁸ *Statistique Canada* (2000). Enquête nationale sur la santé de la population, Résidents des établissements de santé, 1998-1999. *Le Quotidien*, le 15 décembre 2000
- ⁹ Alcock, D., Gallagher, E., Diem, E., Angus, D. et Medves, J. (2000). *Décision à prendre : soins à domicile ou établissements de soins de longue durée*. Rapport préparé pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé, *Santé Canada*
- ¹⁰ Mair, F. et Whitten, P. (2000). Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *British Medical Journal*, 320, 1517-20
- ¹¹ Jong, M.K.K., Horwood, K., Robbins, C.W. et Elford, R. (2001). A model for remote communities using store and forward telemedicine to reduce health care costs. *Journal canadien de la médecine rurale*, 6 (1), 15-20
- ¹² Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., St.John, K., House, M., Harnett, J., West, R. et Battcock, A. (2000). A randomized controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6 (2), 73-82



Partie B : Les gens, les soins, les coûts

5. Les dispensateurs de soins

Une composition changeante

34

Les professions de la santé sont nombreuses et variées. Ce tableau présente le nombre de professionnels autorisés par 100 000 Canadiens et la variation de ce nombre en pourcentage entre 1989 et 1998 pour les professions réglementées dans toutes les provinces.

	1989	1998	Variation
Infirmières autorisées ⁺	804	750	-7,2 %
Infirmières auxiliaires [‡]	301	250	-17 %
Médecins*	187	185	-0,5 %
Pharmaciens*	67	76	+13 %
Dentistes*	52	54	+4 %
Physiothérapeutes*	37	49	+32 %
Psychologues	32	40	+25 %
Hygiénistes dentaires	29	46	+59 %
Chiropraticiens	12	16	+33 %
Optométristes	11	11	0 %

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

Remarque : Tous les chiffres de 1998 sont des estimations préliminaires.

*Les chiffres sur les IA renvoient à celles qui travaillent en soins infirmiers.

‡Les chiffres sur les infirmières auxiliaires renvoient à celles qui sont autorisées mais qui ne travaillent pas nécessairement en soins infirmiers.

*Ceux qui exercent la profession activement.

Notre système de santé est tributaire des professionnels qui y oeuvrent. Ils doivent être en nombre suffisant, bien répartis, bien formés et expérimentés. Les dispensateurs bénévoles dévoués sont aussi une composante essentielle de notre système. En 1999, environ un Canadien sur dix sur le marché du travail travaillait dans le secteur de la santé. Ils étaient beaucoup plus nombreux à aider des amis ou des membres de leur famille, ou à donner de leur temps à des organismes de soins de santé.

Une équipe de santé en pleine évolution

Les dispensateurs de soins de santé et les administrateurs sont le pilier de notre système de santé. Plus de 30 groupes professionnels sont maintenant réglementés en vertu d'une loi dans au moins une province ou un territoire. Chaque

groupe tend à se spécialiser dans certains domaines, bien que les compétences et les rôles varient au pays et parfois même, se confondent.

Les professions réglementées sont de plus en plus nombreuses et leur rôle prend de l'ampleur. Par exemple :

- la Colombie-Britannique est devenue la première province à réglementer les praticiens de médecine chinoise. Ceux-ci sont qualifiés pour administrer divers traitements, dont les remèdes à base de plantes médicinales et l'acupuncture;
- l'Ontario, le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique, financent maintenant les services des sages-femmes à même les deniers publics. Les sages-femmes offrent des soins aux femmes avant et après l'accouchement. Elles gèrent parfois les accouchements planifiés à la maison et à l'hôpital;
- le Québec a récemment changé ses lois pour permettre aux infirmières de remplir les fonctions d'adjointes aux chirurgiens. Cela signifie qu'elles peuvent maintenant effectuer certaines tâches chirurgicales, comme faire des points de suture et fermer des plaies. Les médecins résidents et d'autres médecins étaient auparavant chargés de ces tâches.

De plus, de nouveaux rôles continuent de s'ajouter aux dispositions législatives existantes. Par exemple, certains hôpitaux communautaires se dotent d'un nouveau type de spécialiste — les médecins affectés exclusivement aux hôpitaux pour soigner les patients qui n'ont pas de médecin de famille. De même, la médecine palliative est maintenant reconnue comme une spécialité et plusieurs facultés de médecine au Canada offrent maintenant une formation universitaire supérieure dans ce domaine.

Les infirmières

Les soins infirmiers constituent la plus grosse de toutes les professions de la santé. On compte trois groupes réglementés : les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires et les infirmières autorisées en psychiatrie.

En 1999, plus de 228 000 IA travaillaient en soins infirmiers au pays.¹ Il s'agit à peu près du même nombre qu'en 1998, mais environ 2,5 % de moins qu'il y a cinq ans. Si on tient compte de la croissance démographique, on comptait 7 % moins d'infirmières autorisées par habitant en 1999 qu'en 1994. Toutefois, les estimations préliminaires pour 2000 semblent indiquer un léger revirement de cette tendance.

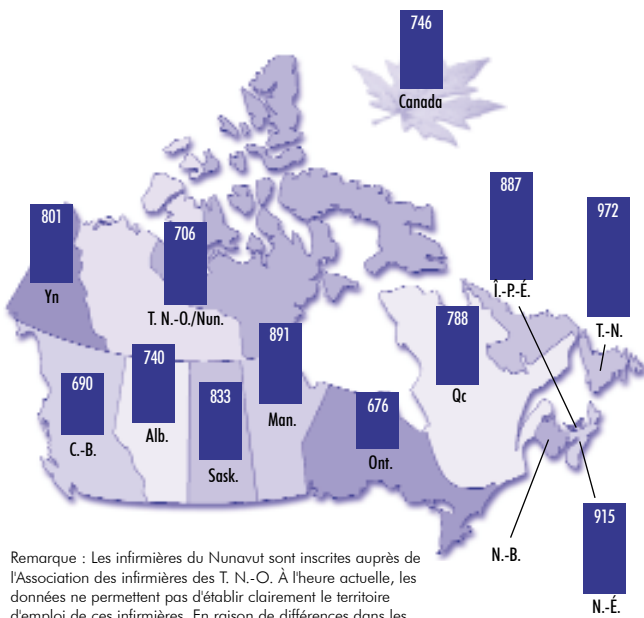
Les tendances récentes varient d'une province à l'autre. En fait, en 1999, les IA étaient plus nombreuses dans la plupart des provinces comparativement à 1994, bien que

les chiffres *par habitant* étaient les mêmes ou plus élevés seulement à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon.* Le nombre total d'IA au Canada diminue surtout à cause des baisses importantes enregistrées en Ontario (4 %), au Québec (5 %) et en Nouvelle-Écosse (6 %).

Mais il ne suffit pas de compter les IA pour broser un tableau complet. Partout au pays, un peu plus de la moitié des IA travaillaient à temps plein en 1999. Depuis cinq ans, elles sont de plus en plus nombreuses à travailler

Les infirmières autorisées au Canada 35

Comme on peut le voir au moyen de cette carte, le nombre d'infirmières autorisées travaillant en soins infirmiers, par 100 000 habitants, variait d'un endroit à l'autre au pays en 1999. Certains facteurs contribuent aux variations du nombre d'infirmières : les postes à temps partiel ou à temps plein, le lieu de travail des infirmières, l'étendue de leur pratique, leur répartition géographique, et la disponibilité d'autres dispensateurs de soins.

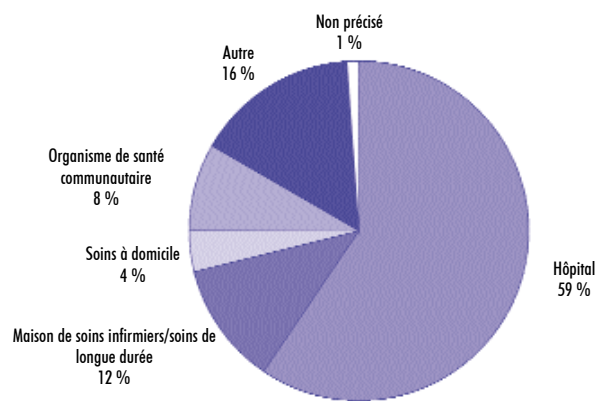


Remarque : Les infirmières du Nunavut sont inscrites auprès de l'Association des infirmières des T. N.-O. À l'heure actuelle, les données ne permettent pas d'établir clairement le territoire d'emploi de ces infirmières. En raison de différences dans les rapports, les données du Nouveau-Brunswick n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

Source : Base de données sur les infirmiers(ères) autorisés, ICIS

Lieu de travail des infirmières 36

Le nombre total de personnes travaillant en soins infirmiers au Canada change, tout comme la nature de leur travail. La plupart des infirmières autorisées travaillent toujours dans un hôpital, mais on a assisté à un léger déplacement entre 1994 et 1999. Elles étaient en effet plus nombreuses à travailler dans les soins à domicile et en santé communautaire. Voici où les infirmières autorisées travaillaient en 1999.



Source : Base de données sur les infirmiers(ères) autorisés, ICIS

à temps partiel et pour plus d'un employeur. En 1999, un peu plus de 45 % des IA travaillant en soins infirmiers occupaient un poste à temps partiel. Certaines choisissent de travailler à temps partiel sur une base régulière ou occasionnelle. D'autres, non. Ainsi, une étude récente des IA dans les hôpitaux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique a révélé que 40 % de celles en Colombie-Britannique et 60 % de celles en Alberta qui travaillaient sur une base occasionnelle le faisaient par choix.²

* En raison de changements dans la présentation des données, on n'a pas pu comparer les chiffres du Nouveau-Brunswick.

On observe aussi d'importants changements dans le genre de travail que les IA accomplissent. En 1999, plus de 85 % d'entre elles dispensaient principalement des soins directs aux patients. Il s'agit d'une baisse par rapport à un peu plus de 88 % en 1994. D'autres travaillent dans l'éducation, la recherche et l'administration. En 1999, elles étaient plus de 10 % à oeuvrer surtout dans ces domaines. On note également des changements pour les IA dans des postes de gestion. Entre 1998 et 1999, l'augmentation des infirmières gestionnaires dans le secteur de la santé communautaire a partiellement contré la baisse de 3 % des infirmières gestionnaires en milieu hospitalier.

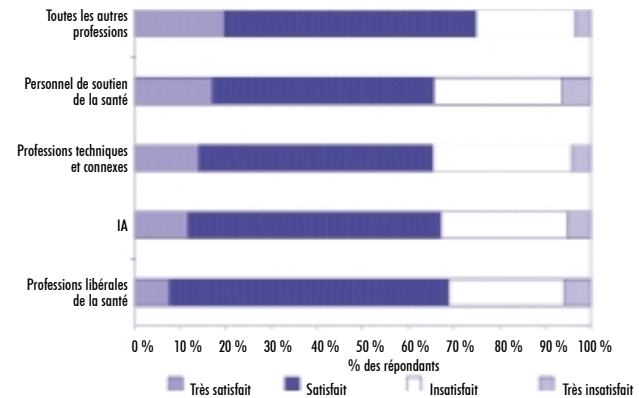
Dans l'ensemble, les infirmières sont satisfaites de leur emploi actuel. Selon l'Enquête sur le lieu de travail et les employés réalisée en 1999 par Statistique Canada, environ 13 IA sur 15 (87 %) (y compris les infirmières en chef et les surveillantes) dans les provinces se sont déclarées satisfaites ou très satisfaites. Mais, si on les compare à d'autres dispensateurs de soins de santé, elles étaient plus nombreuses à se dire très insatisfaites de leur travail.

Même si la satisfaction à l'égard du travail était en général élevée, les IA et d'autres dispensateurs de soins de santé n'étaient pas aussi positifs en ce qui a trait à des aspects précis de leur emploi, par exemple, leurs salaires et avantages sociaux.

Satisfaction à l'égard des salaires et des avantages sociaux

38

En 1999, environ 67 % des IA (y compris les infirmières en chef et les surveillantes) ont déclaré être satisfaites de leurs salaires et avantages sociaux. Parmi les dispensateurs de soins de santé, les degrés de satisfaction s'échelonnaient entre 65 % pour les professions techniques et connexes (p. ex. techniciens de laboratoire) et 68 % pour les professions libérales (p.ex. médecins et dentistes).



Source : Enquête sur le lieu de travail et les employés, Statistique Canada

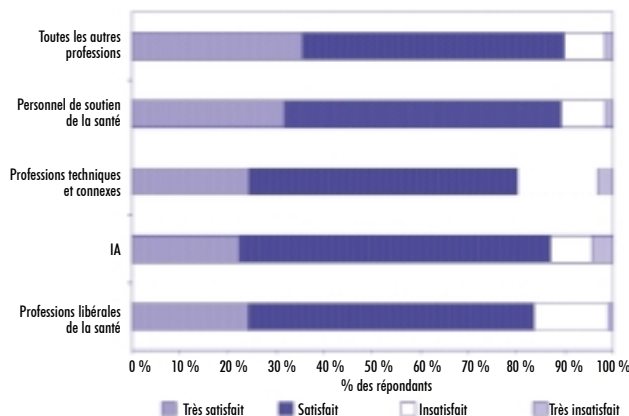
Une main-d'oeuvre vieillissante

L'âge moyen des infirmières au Canada est en hausse. En 1999, seulement une IA sur 10 travaillant en soins infirmiers était âgée de moins de 30 ans. En 1994, il y en avait une sur huit (13 %) a Parallèlement, le nombre d'IA âgées entre 50 et 59 ans a augmenté. Elles sont maintenant presque 53 000, et plusieurs d'entre elles quitteront le marché du travail dans la prochaine décennie.

Satisfaction professionnelle

37

En 1999, la plupart des dispensateurs de soins ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits de leur travail. Ce graphique illustre les degrés de satisfaction pour 4 groupes de dispensateurs (les IA comprennent les infirmières en chef et les surveillantes).

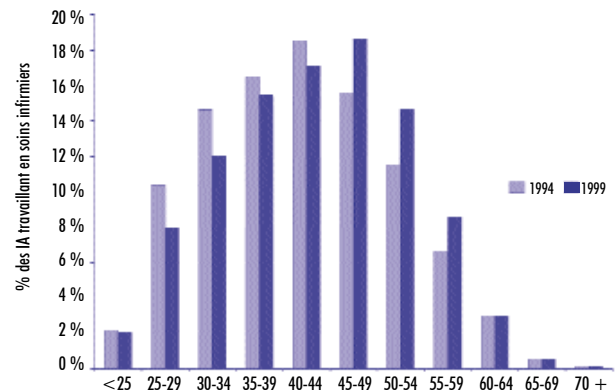


Source : Enquête sur le lieu de travail et les employés, Statistique Canada

Le vieillissement des IA

39

Ces dernières années, l'âge moyen des IA travaillant en soins infirmiers a augmenté. Ce graphique illustre comment la répartition selon l'âge des infirmières travaillant en soins infirmiers a changé entre 1994 et 1999.



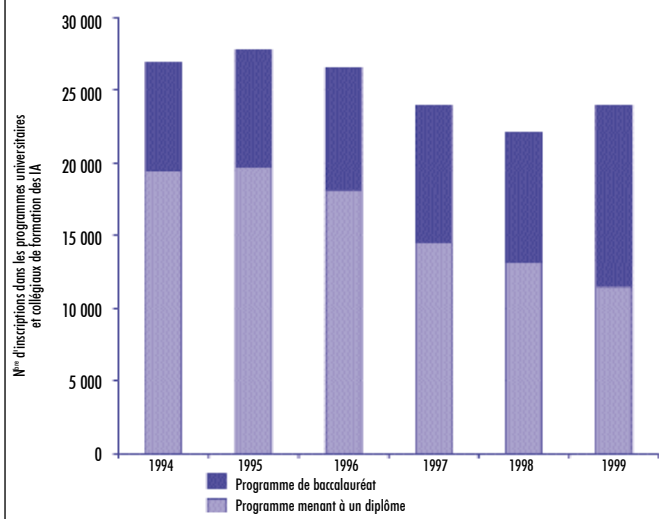
Source : Base de données sur les infirmiers(ères) autorisés, ICIS

La main-d'oeuvre en soins infirmiers vieillit en partie parce que moins de jeunes accèdent à la profession. On observe aussi des changements dans la répartition de diplômés des programmes collégiaux et universitaires à l'intention des IA.

Les infirmières à l'école

40

Le nombre d'étudiantes dans les programmes d'infirmière autorisée des universités et collèges au pays a fluctué ces dernières années mais, en général, il a augmenté dans les programmes de baccalauréat. Remarque : Certains programmes menant à un diplôme n'ont pas déclaré le nombre d'inscriptions (10 en 1994, 4 en 1996, 15 en 1997, 4 en 1998 et 15 en 1999).



Source : Association des infirmières et infirmiers du Canada

Nous dirigeons-nous vers une pénurie d'infirmières? Aux dires de certains, le maintien des caractéristiques de l'état de santé, des soins, de l'utilisation des services, de la division du travail entre les travailleurs de la santé, des résultats des programmes de formation, du cheminement des carrières, et d'autres facteurs, est la garantie d'une pénurie importante en soins infirmiers.^{3,4,5} Des arguments semblables ont été avancés en Australie⁶, au Royaume-Uni⁷ et aux États-Unis⁸.

D'autres affirment qu'on peut éviter une pénurie à grande échelle. Selon eux, la situation dépend beaucoup du recrutement et du maintien en poste des infirmières, de l'évolution de leur rôle et de celui d'autres professionnels de la santé, et de l'efficacité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. D'autres facteurs peuvent entrer en jeu : politiques en milieu de travail, retraite obligatoire et ententes de travail.

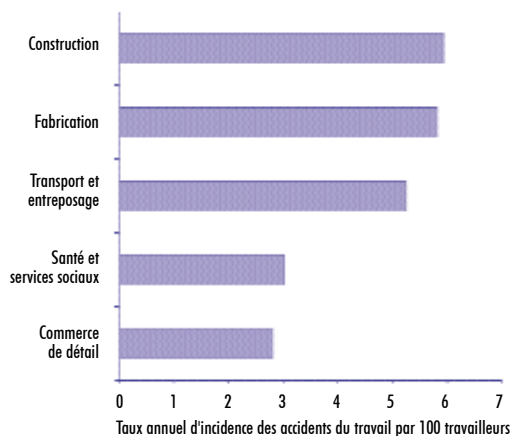
Pour le meilleur et pour le pire

Le système de santé vise, entre autres, à prévenir les maladies et les blessures. Mais les infirmières, le groupe le plus important des travailleurs de la santé, ont certains des taux les plus élevés d'accidents du travail. Selon des données récentes de l'Association canadienne des commissions des accidents du travail, on comptait plus de 36 000 blessures ayant occasionné l'absentéisme chez les travailleurs de la santé et des services sociaux en 1998 — environ trois par 100 travailleurs. Plus de 75 % des accidents du travail dans le secteur de la santé sont attribuables aux infirmières et à leurs assistants (comme les préposés aux soins). La plupart des blessures sont causées quand on lève et déplace les patients.

Comparaison des accidents du travail

41

Comparativement aux autres grandes industries, les travailleurs de la santé et des services sociaux au Canada se sont classés au quatrième rang en 1998 au chapitre des accidents du travail avec perte de temps. Ce graphique illustre les cinq secteurs où les taux d'incidence d'accidents du travail par 100 travailleurs sont les plus élevés.

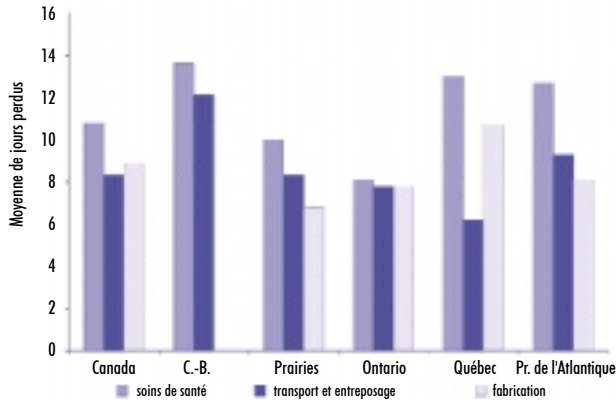


Source : National Work Injury Statistics Program, Association des commissions des accidents du travail du Canada

À cause des accidents du travail et des maladies, les taux d'absentéisme sont élevés chez les travailleurs de la santé. Selon les résultats de sondages réalisés par Statistique Canada, les Canadiens travaillant dans le

Jours de travail perdus 42

Les employés du secteur de la santé ont tendance à s'absenter du travail pour cause de maladie ou d'incapacité plus souvent que ceux des autres grandes industries. Ce graphique illustre le nombre moyen de jours de travail perdus pour cause de maladie ou d'incapacité des travailleurs à temps plein en 1999.



Remarque : En raison de la petite taille de la case, les données de la C.-B. pour la fabrication ne sont pas disponibles.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

secteur de la santé étaient plus susceptibles de s'absenter du travail en raison de maladie ou d'incapacité que les travailleurs dans d'autres secteurs. Par exemple, 8,5 % en moyenne des infirmières à temps plein (y compris les IA, les aides soignants et les personnes occupant des postes semblables) se sont absentes du travail pour cette raison chaque semaine en 1999.

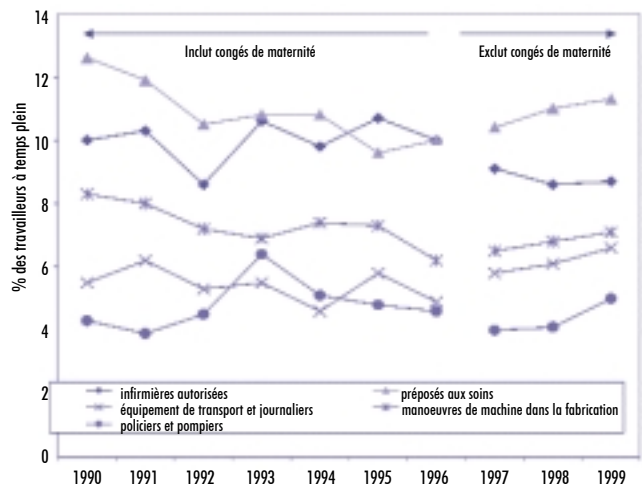
De plus, les infirmières s'absentaient du travail plus longtemps. En 1999, les travailleurs en soins infirmiers ont perdu en moyenne plus de trois semaines de travail (15,4 jours) en raison de maladie ou d'incapacité, une moyenne similaire à celle de l'année précédente (15,6 jours). Cela est beaucoup plus élevé que la moyenne pour l'ensemble des travailleurs canadiens (6,7 jours en 1999).

Les médecins

Les médecins constituent le troisième groupe en importance des professions réglementées de la santé, après les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires. Selon les données de l'ICIS, il y avait environ 56 900 médecins non militaires en pratique clinique et non clinique au Canada en 1999. Ils sont plus nombreux que jamais. Le nombre de médecins a augmenté régulièrement au cours des trente dernières

Les infirmières ont tendance à s'absenter du travail plus souvent 43

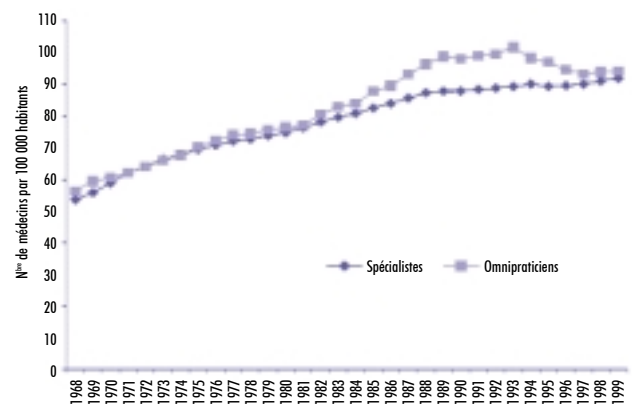
Entre 1990 et 1999, les IA étaient plus susceptibles de s'absenter du travail pour cause de maladie ou d'invalidité que les autres travailleurs par quart dans certaines professions. Ce graphique illustre le pourcentage moyen des travailleurs à temps plein qui se sont absentes du travail chaque semaine en raison de maladie ou d'incapacité. Les données pour 1996 et les années antérieures tiennent compte des congés de maternité.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Combien de personnes « se partagent » les médecins? 44

Le nombre de médecins au Canada est environ 2,5 fois plus élevé qu'il y a 30 ans, mais le rapport médecin-habitant a fluctué. En 1999, on comptait 76 médecins par 100 000 habitants de plus qu'en 1968 (réparti également entre spécialistes et omnipraticiens). Ce graphique illustre les changements dans le nombre de médecins civils actifs (à l'exclusion des résidents) par 100 000 habitants entre 1968 et 1999.



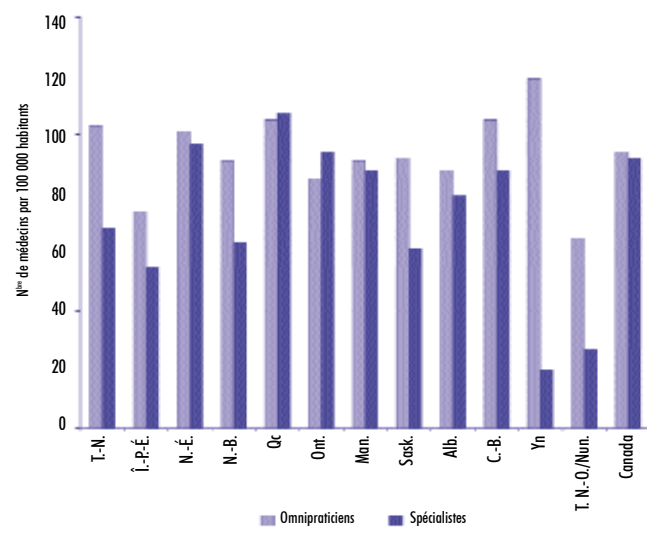
Source : Base de données médicales Southam, ICIS

années. Si on tient compte de la croissance démographique, le rapport médecin-habitant à l'échelle nationale est demeuré relativement stable dans les années 1990.

Les omnipraticiens et les spécialistes au Canada

45

Nombre d'omnipraticiens et de spécialistes civils actifs par 100 000 habitants, par province et territoire, en 1999.



Source : Base de données médicales Southam, ICIS

Même si le nombre de médecins par habitant est sensiblement le même qu'il y a dix ans, le mélange a changé. On compte maintenant moins de médecins de famille par habitant, mais plus de spécialistes.

Le pourcentage des femmes médecins (29 % en 1999) est également en hausse. Et de plus en plus de nouveaux médecins — un peu moins de la moitié des diplômés en 1998 — sont des femmes. Ces tendances revêtent une importance particulière quand on sait que les femmes médecins, comparativement aux hommes, sont plus susceptibles de pratiquer en soins primaires, qu'elles ont tendance à choisir des spécialités différentes, qu'elles travaillent souvent moins d'heures par semaine, etc.¹⁰

Les médecins aussi se font plus vieux

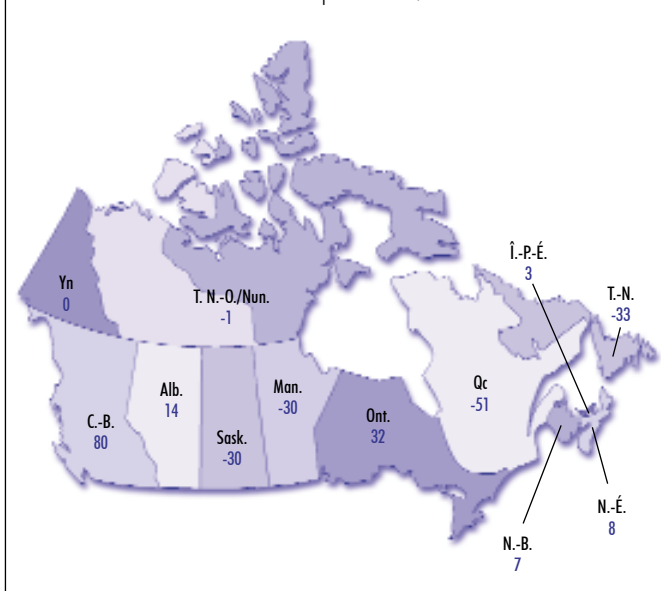
Depuis plusieurs années, l'âge moyen des médecins grimpe lentement. En 1999, presque quatre médecins sur 10 (39 %) avaient plus de 50 ans, par rapport à 35 %

en 1995. Les spécialistes ont tendance à être un peu plus âgés que les omnipraticiens. En 1999, un omnipraticien avait en moyenne 46 ans; un spécialiste, 49 ans. Tout comme pour les infirmières, on se demande si une pénurie de médecins est imminente. À ce sujet, les experts ne s'entendent pas.^{11, 12, 13}

La migration interprovinciale

46

D'une année à l'autre, les provinces et les territoires gagnent et perdent des médecins à cause de la migration interprovinciale. Cette carte illustre le nombre annuel moyen de médecins (à l'exclusion des résidents) perdus/gagnés pour cette raison entre 1995 et 1999. Les chiffres s'appuient sur la province de résidence des médecins au début de chaque année.



Source : Base de données médicales Southam, ICIS

Recruter des médecins et les garder

Chaque année, de nombreux Canadiens déménagent d'une province à l'autre. Les médecins n'y font pas exception. En fait, leur mouvement à l'intérieur du Canada s'est légèrement accentué dans les dernières années. En 1999, un peu plus de 800 médecins (en excluant les résidents) ont déménagé d'une province à une autre. Le Québec a enregistré la perte nette la plus prononcée (78). À l'opposé, l'Ontario a affiché le gain net le plus élevé (119). La Colombie-Britannique et l'Alberta ont également attiré un nombre important de médecins en 1999.

Attirer les médecins et les infirmières, et les garder

Le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé n'est pas une mince affaire. Au cours des derniers mois, plusieurs gouvernements y ont consacré des millions de dollars, de sorte qu'une variété de programmes sont maintenant en place un peu partout au pays : des récompenses en argent en passant par des stratégies pluriannuelles intégrées. Ce tableau présente différentes façons utilisées pour tenter de résoudre les questions liées au nombre de médecins.

Recrutement	
En médecine	Subventions, prêts, bourses, foires/visites guidées
Maintenir en poste	
Réglementation/administration	Restrictions sur l'endroit de la pratique, lois visant à élargir le rôle des infirmières
Financement relatif à la pratique	Primes pour aller travailler dans les régions insuffisamment desservies, postes rémunérés selon un salaire ou d'autres modes de paiement, indemnités de déplacement, indemnités de disponibilité, revenu subventionné
Éducation et formation	Subventions, prêts, bourses, fonds spéciaux pour formation/placement en milieu rural, fonds spéciaux pour formation permanente/développement des compétences, politiques spéciales de recrutement, infirmière praticienne ou programme semblable
Autre	Financement des nouvelles technologies de diagnostic à distance, coordonnateur des ressources médicales

Extrait adapté de : Chan B., Barer M. (2000) Access to Physicians in Underserved Communities in Canada: Something Old, Something New. Document préparé pour la cinquième conférence annuelle sur la main-d'œuvre médicale, Sydney, Australie, novembre 2000.

Dans le monde, la migration des médecins semble cyclique. Le dernier niveau record s'est produit du milieu à la fin des années 1970, suivi d'un nouveau record (plus long mais moins prononcé) au milieu des années 1990. Les données de l'ICIS révèlent qu'en 1999,

585 médecins ont déménagé à l'étranger, soit environ 3 % de plus qu'en 1998. La plupart d'entre eux étaient des hommes et des spécialistes. Environ la moitié avaient reçu leur diplôme de docteur en médecine dans les 10 dernières années. En 1999, 343 médecins sont revenus au pays, une hausse d'environ 7 % par rapport à l'année

précédente. Leurs caractéristiques étaient semblables à celles des médecins qui avaient quitté le pays.

De plus, de nombreux médecins viennent s'établir au Canada —

243 médecins sont devenus des immigrants reçus en 1999. Avant d'être autorisés à pratiquer, les immigrants sont en général soumis à un processus intensif d'accréditation. Par rapport à l'année précédente, beaucoup moins d'immigrants sont arrivés pourvus d'un emploi réservé (67 en 1999 et 125 en 1998). Les médecins peuvent aussi entrer au pays en

vertu d'un visa de travail temporaire.

Plusieurs d'entre eux travaillent dans des régions rurales ou éloignées.

Quelle est la meilleure solution? Il n'est pas facile de faire le point sur les résultats des diverses stratégies et de les isoler des autres facteurs qui affectent le secteur de la santé et l'économie en général. De même, les méthodes étant en constante évolution, il faudra beaucoup de temps pour recueillir des preuves sur la meilleure façon de procéder. Des chercheurs ont récemment étudié les connaissances actuelles sur le recrutement des infirmières et les méthodes pour les maintenir en poste, pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ce tableau présente les méthodes qui, d'après eux, fonctionnent le mieux.

Recrutement	
Étudiants en sciences infirmières vers la profession	Horaires de cours flexibles, soutien financier, programmes d'encadrement, orientation professionnelle, salon/jours de recrutement
Infirmières vers les organismes de soins de santé	Liens solides avec écoles de sciences infirmières, orientation professionnelle, salon/jours de recrutement
Maintenir en poste	
Aspects administratifs	Environnement de travail valorisant, reconnaissance du personnel, accessibilité et visibilité des chefs de file en soins infirmiers
Aspects organisationnels	Salaires et avantages sociaux novateurs, flexibilité dans les horaires et la situation professionnelle, participation à des comités
Pratique professionnelle	Promotion de l'autonomie, accroissement des possibilités de prise de décisions associées aux soins des patients, charge de travail/personnel en poste/assortiment des compétences appropriés
Développement professionnel	Possibilités d'avancement et de formation permanente

Extrait adapté de : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2000) Ensuring The Care Will Be There. Report on Nursing Recruitment and Retention in Ontario, préparé par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association des infirmières auxiliaires de l'Ontario, mars 2000.

Les administrateurs du système

La gestion des opérations quotidiennes dans le système de santé et la planification de son avenir incombent aux dirigeants des services de santé. Voici certaines de leurs responsabilités : élaborer des objectifs

Des changements au sommet

47

Depuis 1990, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont vu défiler 75 ministres de la Santé. Ce tableau illustre le nombre de ministres qui ont été en fonction dans chaque secteur de compétence entre janvier 1990 et février 2001, et la durée médiane de leur mandat (en mois). La médiane est le moment où la moitié de ces personnes ont servi plus longtemps et l'autre moitié, moins longtemps.

Secteur de compétence	N ^{bre} de ministres	Durée médiane du mandat (en mois)
Gouvernement fédéral	6	24
Terre-Neuve	6	28,5
Île-du-Prince-Édouard	5	29
Nouvelle-Écosse	6	23,5
Nouveau-Brunswick	4	34
Québec	4	38,5
Ontario	7	28
Manitoba	5	25
Saskatchewan	7	19
Alberta	4	41,5
Colombie-Britannique	7	22
Yukon	5	22
Territoires du Nord-Ouest	8	13
Nunavut	1	Nommé en avril 1999

Source : Données compilées par l'ICIS

organisationnels et mettre en oeuvre des politiques, des programmes et des systèmes afin de répondre aux besoins changeants; recruter le personnel; coordonner le travail des programmes, des divisions et des régions; représenter leur organisme dans les négociations ou dans d'autres activités semblables.

Les ministres de la Santé jouent un rôle de premier plan dans l'établissement de l'orientation générale du système de santé. À l'échelle fédérale, neuf membres du Parlement ont été nommés ministre de la Santé depuis 1980. Allan Rock, le ministre actuel, a rempli les fonctions le plus longtemps pendant cette période. Il est en poste depuis 1997. Les changements de gouvernement et les remaniements ministériels qui ont donné lieu à des rotations

à la tête des ministères varient selon les provinces et les territoires. Certains ministres sont en poste pour quelques mois seulement. D'autres l'ont été pour plus de cinq ans.

On ne connaît pas le nombre exact de cadres 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 de ses membres n'est pas connue, on ne peut qu'estimer le nombre d'administrateurs dans le réseau.

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. En 1997, le nombre de membres (2 675) était similaire à celui de la fin des années 1980.

En 1993, un sondage a été réalisé auprès d'un peu plus de 4 200 membres du CCDSS et diplômés des programmes d'administration de la santé de six universités canadiennes. Le sondage portait sur les postes occupés, la rémunération, la satisfaction professionnelle, et d'autres questions semblables.¹⁴ Sept personnes sur dix y ont répondu. La plupart des cadres supérieurs et des cadres moyens (70 %) étaient âgés de plus de 40 ans. Bien qu'autant d'hommes que de femmes aient répondu au sondage, ils occupaient des postes différents. Ainsi, les postes de cadres supérieurs dans les établissements psychiatriques et de réadaptation étaient le plus souvent confiés à des femmes. Les hommes étaient le plus souvent embauchés par des hôpitaux communautaires et d'enseignement.

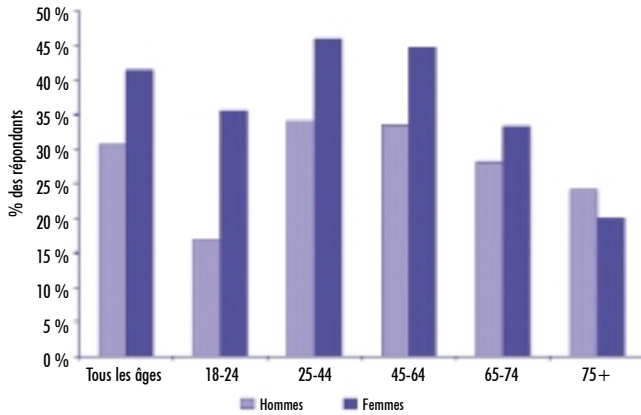
Au-delà des soignants officiels

Pour les professionnels de la santé, la prestation de soins fait partie de leur quotidien. Mais bon nombre de Canadiens prêtent également leur appui à des amis ou à des membres de la famille, ou font du bénévolat dans des organismes de santé. Par exemple, un sondage effectué récemment en Alberta a révélé que plus du tiers des répondants (36 %) avaient fourni des soins

La contribution de la famille aux soins de santé

48

Les Albertains âgés entre 25 et 64 ans ont probablement fourni des soins à un membre de leur famille plus souvent dans les six derniers mois que les plus âgés ou les plus jeunes. Ce graphique illustre le pourcentage d'hommes et de femmes qui ont déclaré avoir prêté leur appui, selon le groupe d'âge.

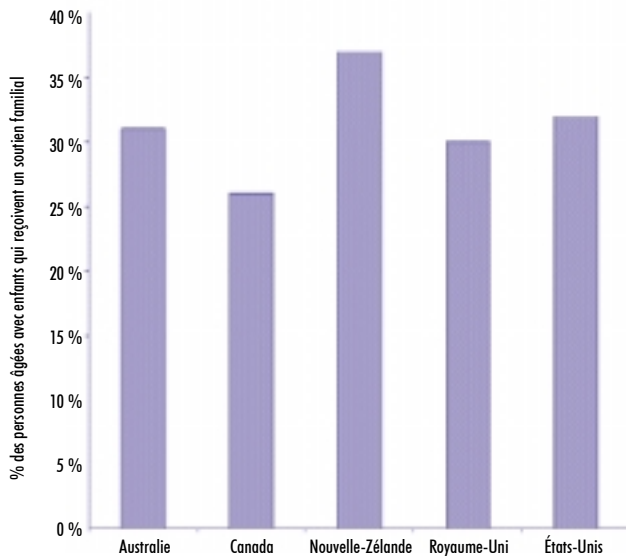


Source : 2000 Survey About Health and the Health System in Alberta
Alberta Health and Wellness

Les aidants naturels : perspective internationale

49

Au Canada en 1999, 26 % des personnes âgées qui avaient des enfants ont déclaré que ceux-ci les aidaient souvent lorsqu'elles étaient malades. Dans les autres pays étudiés par le Fonds du Commonwealth, le pourcentage s'échelonnait entre 30 % et 37 %.



Source : Sondage de 1999 du Fonds du Commonwealth sur les politiques en matière de santé

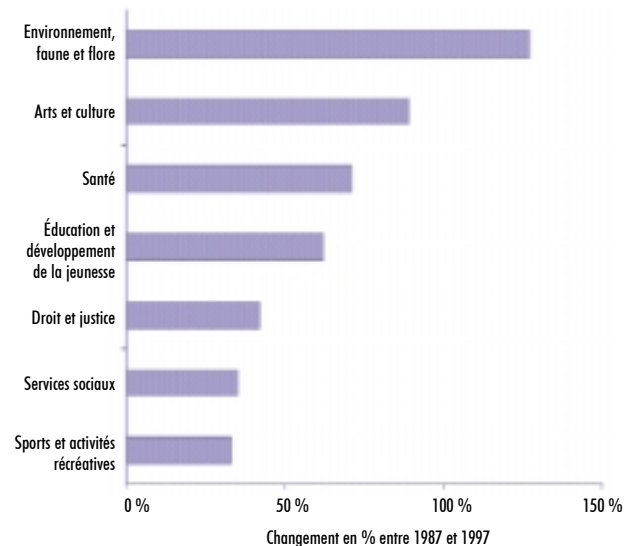
de santé à un membre de la famille au cours des six mois précédents.¹⁵ L'appui prend plusieurs formes : soutien émotionnel, entretien ménager, hygiène personnelle, transport, soins aux enfants, aide financière, soins palliatifs. Jusqu'à l'âge de 75 ans, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer qu'elles avaient rendu ce genre de service. À l'échelle nationale, selon un sondage réalisé en 2000, un Canadien adulte sur quatre a déclaré avoir fourni une forme quelconque de soins à une personne vivant dans la même maison et atteinte d'une maladie physique ou mentale de longue durée, ou à une personne fragile ou souffrant d'incapacité.¹⁶

En plus de soigner une personne à la maison, les Canadiens sont de plus en plus nombreux à donner de leur temps à des organismes de santé. Un sondage réalisé en 1997 par Statistique Canada a révélé que les organismes de santé bénéficiaient de presque 12 % de l'activité bénévole au Canada. Et, comme dans bien d'autres secteurs, la participation était en hausse par rapport à il y a dix ans.¹⁷

Bénévoles plus nombreux dans le secteur de la santé

50

Les données tirées d'enquêtes nationales révèlent que le nombre de bénévoles dans les organismes de soins de santé a augmenté considérablement (71 %) entre 1987 et 1997. Plusieurs autres secteurs ont aussi accueilli plus de bénévoles.



Source : Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, Statistique Canada

Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Le nombre de médecins selon l'âge et le sexe, l'endroit où ils travaillent et le schéma de leur migration.
- Le nombre d'infirmiers(ères) autorisés(ées) selon l'âge et le sexe et l'endroit où ils travaillent.
- Le nombre de professionnels actifs pour la plupart des autres professions de la santé.
- Comment les taux d'accidents du travail et d'absentéisme des travailleurs de la santé se comparent avec d'autres secteurs.
- Le degré de satisfaction de certains professionnels de la santé à l'égard de leur travail, de la rémunération et des avantages sociaux.

Ce que nous ignorons

- Quels sont l'âge, le sexe et les habitudes de travail des dispensateurs des soins de santé et des administrateurs, à l'exception des médecins et des infirmiers(ères)? À quel rythme la répartition selon leur âge change-t-elle?
- Combien d'infirmières et d'autres dispensateurs de soins de santé (à l'exception des médecins) quittent le Canada chaque année? Combien y reviennent?
- Le nombre et le type de services dispensés par les médecins rémunérés à l'acte sont-ils différents de ceux fournis par les médecins rémunérés selon un autre mode de paiement (salaire ou vacation)? Les soins dispensés à la population en sont-ils affectés?
- Comment l'accès aux soins sera-t-il affecté par les changements dans le nombre et la répartition des professionnels de la santé?
- Comment les schémas de travail et de pratique changent-ils au fil du temps? Combien de travailleurs de la santé préfèrent travailler à temps partiel? Comment les différences dans les ententes liées au travail affectent la capacité du système de répondre aux besoins changeants?
- Quelles stratégies s'avéreront les plus efficaces pour attirer, recruter et conserver les professionnels de la santé à long terme?

Ce qui se passe

- L'ICIS prévoit publier un rapport détaillé sur l'équipe de santé à l'automne 2001.
- Un projet est en cours pour mettre sur pied une base de données qui accroîtra l'information sur les infirmières auxiliaires et les infirmières autorisées en psychiatrie.
- Un nouveau rapport sur le nombre et la répartition des infirmières autorisées au Canada a été publié en 2000. D'autres projets sont en cours pour améliorer la pertinence des données sur les médecins et les infirmières autorisées.
- [Développement des ressources humaines Canada](#) a entrepris plusieurs études du marché du travail et des groupes professionnels qui se rapportent aux dispensateurs de soins de santé, notamment une étude des soins infirmiers au Canada et un profil des hôpitaux et autres établissements de santé.
- Un sondage actualisé sur les omnipraticiens au Canada est en cours.

Pour en savoir davantage

- ¹ ICIS (1999). *Nombre et répartition des infirmiers(ères) autorisés au Canada*. Ottawa : ICIS
- ² Clarke, H., Giovannetti, P. et Shamian, J. (2001). *Hospital and Patient Outcomes An International Study: Canadian Component Nurse Survey Results*. Présenté à la Nursing Leadership Conference
- ³ Lanctôt, A.M. (2000). *Nursing Employment Cross-Country Checkup*. Ottawa : AICC
- ⁴ [Association des infirmières et infirmiers du Canada](#) (1998). *Report on the Canadian Nursing Workforce*. Ottawa : AICC
- ⁵ Dussault, G., Fournier, M.A., Zanchetta, M.S., Kerovao, S., Denis, J.L., Bojanowski, L. et al. (2001). *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature*. Université de Montréal
- ⁶ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (1999). *Nursing Labour Force 1998, National Health Labour Force Series*. Australie : AIHW
- ⁷ Royal College of Nursing (2000). *Making up the Difference: A Review of the UK Nursing Labour Market in 2000*. Edinburgh: Queen Margaret University College. www.rcn.org.uk/pay/lmr2000/labreview.pdf
- ⁸ Buerhaus, P., Staiger, D. et Auerbach, D. (2000). Implications of an aging registered nurse workforce. *Journal of the American Medical Association*, 283:22, 2948-54
- ⁹ ICIS (2000). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1999*. Ottawa : ICIS
- ¹⁰ Cohen, M. (1999). *Women in Medicine, The Canadian Perspective*. 4th International Invitational Medical Workforce Conference, San Francisco
- ¹¹ Groupe de travail du Forum médical canadien sur les effectifs médicaux au Canada. *Physician Workforce*. www.cma.ca/advocacy/taskforce
- ¹² Barer, M.L. et Stoddart, G.L. (1991). *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*. Rapport préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé
- ¹³ Rachlis, M., Evans, R., Lewis, P. et Barer, M. (2001). *Revitalizing Medicare: Shared Problems, Public Solutions*. Colombie-Britannique : Tommy Douglas Research Institute
- ¹⁴ Lemieux, C.L., Murray, M., Aird, C. et Barnsley, J. (1994). Careers in health care management, Part 1: Attainment, expectations and aspirations. *Healthcare Management Forum*, 7(2), 38-45
- ¹⁵ Northcott, H.C. et Northcott, J.L. (2000). *The 2000 Survey About Health and the Health System in Alberta*. Edmonton : [Health and Wellness Alberta](#)
- ¹⁶ The Berger Population Health Monitor (2000). Sondage no 21. Toronto : The Hay Group
- ¹⁷ [Statistique Canada](#) (1997). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés*. Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation. Ottawa : Statistique Canada

6. Le résultat des soins

Nous avons toujours été bons à tenir compte de ce qui se passe dans le système de santé - combien d'argent est dépensé et où, combien il y a de médecins et d'infirmières au pays, combien de chirurgies sont pratiquées chaque année, et comment ces chiffres ont changé avec le temps. Mais les soins de santé visent à maintenir ou à améliorer la santé, en d'autres mots, à produire de meilleurs résultats. Grâce à de nouvelles données, nous commençons à entrevoir comment les résultats varient d'une province à l'autre ou d'une région à l'autre. Le présent chapitre présente les nouvelles constatations pour un certain nombre de problèmes de santé majeurs — crises cardiaques, cancer, transplantations et certaines interventions chirurgicales.

Survivre à une crise cardiaque

Les maladies du cœur sont la principale cause de décès des Canadiens. Mais on observe des écarts importants dans les taux de mortalité au pays.¹ Dans une certaine mesure, cette situation s'explique par les différences dans la façon dont les troubles cardiaques surviennent chez certaines personnes, et pourquoi. Parmi les principaux facteurs de risque associés aux maladies du cœur, mentionnons l'usage du tabac, le diabète, l'hypertension, l'obésité et le manque d'exercice.¹ Certaines circonstances sociales et économiques entrent aussi en jeu. Par exemple, les travailleurs à faible revenu présentent des risques plus élevés que les gestionnaires.²

Nous savons donc qu'il y a des différences dans la probabilité que les gens soient atteints de maladies du cœur. Mais qu'arrive-t-il après? Comment les choses se passent-elles pour les patients?

En 1999, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), en collaboration avec la [Fondation de l'Ontario des maladies du cœur](#), a étudié l'issue des crises cardiaques (infarctus aigu du myocarde ou IAM) en Ontario.³ Ils ont comparé les taux de mortalité 30 jours et un an après un IAM dans [chaque district de santé de la province](#). Afin d'équilibrer les comparaisons, ils ont ajusté les taux en fonction des différences régionales dans l'âge, le sexe, les conditions comorbides (maladies présentes en même temps que la crise cardiaque) et d'autres facteurs. Ils ont malgré tout constaté d'importants écarts dans les taux de mortalité dans la province.

Les détails de notre étude

La présente étude s'appuie sur des données tirées de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS. Pour rendre les comparaisons les plus justes possible, nous avons utilisé ces données pour mettre au point des taux régionaux de mortalité ajustés en fonction du risque. Les méthodes que nous avons utilisées ont été largement testées en Ontario et ailleurs.⁴ L'encart *Indicateurs de santé 2007*, qui accompagne ce rapport, présente les taux et les intervalles de confiance pour les régions comptant plus de 100 000 habitants. Vous trouverez des descriptions détaillées des méthodes que nous utilisons et des notes techniques sur notre site Web à www.icis.ca.

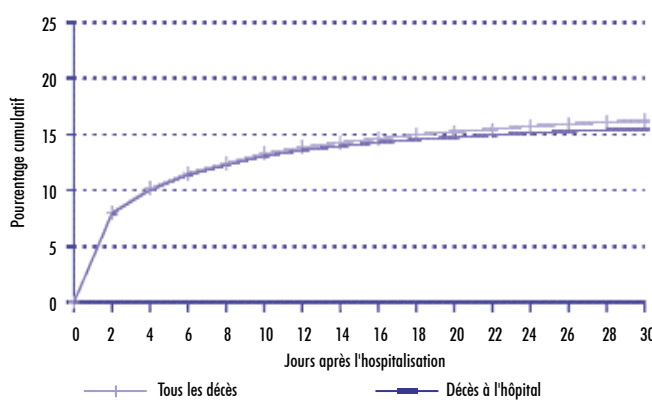
Rappelez-vous ...

- Nos analyses sont faites en fonction du lieu de résidence des patients, non de l'endroit où ils se font soigner. Par conséquent, les taux rendent compte de la mortalité pour les patients victimes d'un IAM dans une région (qui reçoivent peut-être des soins ailleurs), plutôt que le résultat des soins pour les hôpitaux de la région (qui soignent peut-être des patients d'autres régions).
- Pour que les comparaisons des résultats soient les plus justes possible, nous n'avons tenu compte que des patients qui ont été récemment victimes d'un IAM, en excluant quiconque avait été hospitalisé dans la dernière année en raison d'une crise cardiaque. En outre, nous avons utilisé des méthodes qui ont fait leurs preuves pour ajuster les taux en fonction de l'âge, du sexe et de la comorbidité (p. ex. cancer, maladie rénale, état de choc) entre les régions. Ceci dit, nous ne pouvions utiliser que les données dont nous disposions. Par conséquent, les disparités régionales peuvent témoigner de différences dans les facteurs de risque ou dans les soins dispensés avant l'admission et après la sortie, différences dont nous ne pouvions tenir compte. Elles n'illustrent pas seulement les soins hospitaliers.
- La présente étude compare les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM. Les décès à l'hôpital et hors de l'hôpital pendant cette période présentent une concordance étroite, mais non parfaite. Les données de Statistique Canada sur les patients victimes d'un IAM provenant des régions sanitaires dans trois provinces indiquent qu'entre 91 et 100 % de tous

les décès dans les 30 jours de la première hospitalisation pour un IAM en 1995-1996 sont survenus à l'hôpital. Dans toutes les régions étudiées, environ 95 % des décès se sont produits à l'hôpital. La différence entre les extrémités des deux lignes dans le graphique ci-dessous représente le 5 % qui manque. La plupart des décès qui surviennent un an après un IAM se produisent dans les 30 premiers jours.

Décès à l'hôpital et hors de l'hôpital 51

Taux cumulatif de mortalité jusqu'à 30 jours après une première hospitalisation pour un IAM, dans trois provinces, en 1995-1996.



Source : Person-Oriented Information Project, Statistique Canada

- On a calculé des intervalles de confiance de 95 % pour tous les taux de mortalité. Ces intervalles avaient tendance à être plus grands (c.-à-d., l'estimation est moins précise) dans les régions qui comptaient moins de patients dans une année donnée. Ainsi, on estime que le taux pour Toronto est juste dans une marge de $\pm 0,93$ points de pourcentage, 19 fois sur 20. À l'opposé, celui pour Lakeland en Alberta (qui compte une fraction seulement des cas de Toronto) se situe dans une marge de $\pm 4,71$ points de pourcentage.

De nouveaux résultats pour le Canada

Pour la première fois, l'ICIS a utilisé une méthode semblable pour comparer les résultats au Canada. Nous avons étudié les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un IAM. Nous avons calculé les taux pour la plupart des grosses régions sanitaires (100 000 habitants ou plus). Tout comme dans l'étude de l'IRSS en Ontario, les taux

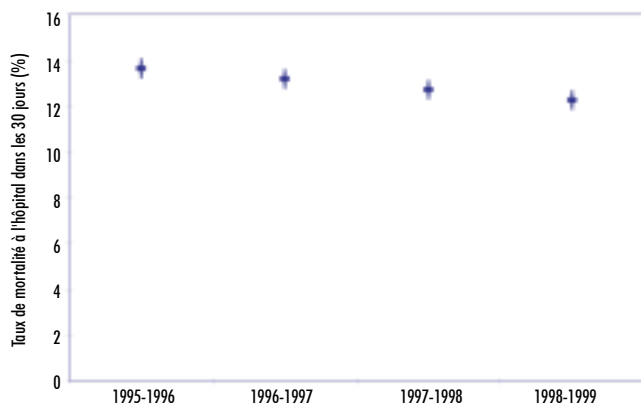
ont été ajustés en fonction des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides. En raison de différences dans la collecte des données dans les hôpitaux, les taux pour la Colombie-Britannique et le Québec ne sont pas disponibles.

Dans toutes les régions, peu importe leur taille, 12,65 % des patients sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission initiale pour un IAM en 1998-1999.

Changements dans la mortalité causée par un IAM

52

Entre 1995-1996 et 1998-1999, le risque qu'un patient meure à l'hôpital dans les 30 jours suivant une première hospitalisation pour un IAM a diminué progressivement. Ce graphique illustre les tendances combinées pour les provinces et les territoires qui ont présenté des données pour cette période (Alberta, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, et les Territoires). On estime que les taux* (indiqués par des cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres, 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %).



* Adjusté pour les 4 années aux fins de comparabilité

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

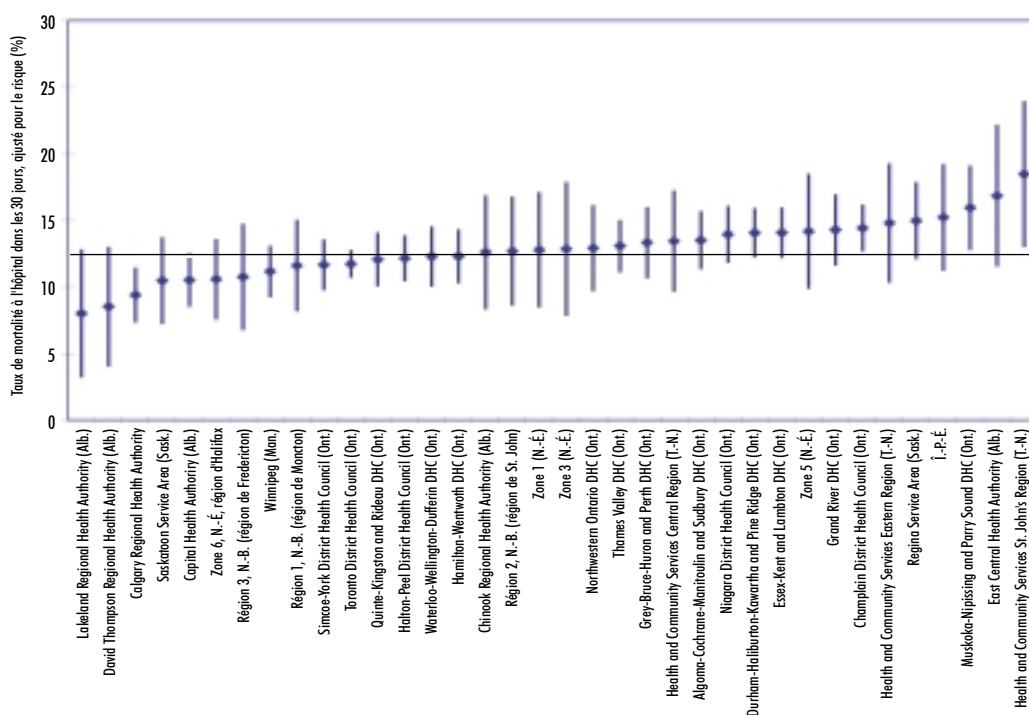
Après avoir ajusté les taux pour les risques, nous avons constaté que les taux de mortalité dans la plupart des régions étaient à peu près les mêmes que la moyenne globale. Mais dans certaines régions, les taux étaient beaucoup plus ou beaucoup moins élevés que la norme. Par exemple, trois régions de l'Alberta (Lakeland, David Thompson et Calgary) ont enregistré les taux les plus faibles — inférieurs à 10 %. Par contre, la région du centre-est, aussi en Alberta, s'est classée au deuxième rang au chapitre des taux les plus élevés, avec un peu moins de 17 %. Dans la région de St. John's à Terre-Neuve, le taux dépassait 18 %.

Comment expliquer de tels écarts? Certains peuvent être attribués à des facteurs de risque ou des conditions dont nous n'avons pas pu tenir compte. Par exemple, des recherches effectuées en Ontario ont révélé que, toutes proportions gardées, les patients à faible revenu

Variations régionales dans la mortalité suite à un IAM

53

Le risque qu'un patient meure dans les 30 jours suivant son hospitalisation pour un IAM (ajusté selon l'âge, le sexe et la comorbidité) variait selon la région en 1998-1999, même si les taux de quelques régions seulement présentaient des différences statistiques importantes par rapport à la moyenne nationale. Ce graphique présente les données disponibles pour les régions comptant 100 000 habitants ou plus. On estime que les taux (indiqués par des cercles) sont exacts dans les limites illustrées par les barres, 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %). La ligne solide représente la moyenne globale de 12,65 %.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

couraient plus de risques de mourir dans l'année suivant une crise cardiaque que les mieux nantis.⁵ D'autres différences peuvent être liées à l'accès aux services communautaires, et à leur qualité. Ces facteurs ne sont en général pas bien documentés dans les dossiers des patients. Il peut très bien y avoir d'autres raisons, mais, à l'heure actuelle, nous ne les comprenons pas très bien.

Par contre, nous savons que plusieurs vies pourraient être sauvées chaque année si toutes les régions pouvaient obtenir des taux de mortalité dans les 30 jours suivant un IAM qui se rapprocheraient des taux dans les régions où les plus bas ont été enregistrés.

Survivre au cancer

Le cancer est la deuxième cause en importance de décès des Canadiens et la première pour ceux de moins de 70 ans. [L'Institut national du cancer du Canada](#) estime qu'il y a eu 132 100 nouveaux cas de cancer en 2000 et 65 000 décès attribuables au cancer.⁶

On compare les taux de décès attribuables au cancer entre les provinces et avec d'autres pays depuis plusieurs années. Mais ces taux ne nous disent pas si ce que nous constatons — comme les récentes baisses des taux de mortalité pour certains cancers — peut s'expliquer par les différences dans le nombre de personnes atteintes de cancer ou dans la survie des patients après un diagnostic.

Pour la première fois, Statistique Canada a récemment publié des taux « relatifs » de survie à l'échelle nationale et provinciale pour les patients atteints de cancer du poumon, du sein, de la prostate et du côlon-rectum en 1992.⁷ La survie relative compare le taux de survie des cancéreux à celui de personnes en bonne santé qui sont du même âge, du même sexe, et vivent à peu près au même endroit.

Les taux relatifs de survie après cinq ans étaient différents pour les quatre formes de cancer mentionnées précédemment. Les femmes avec le cancer du sein avaient les meilleurs taux de survie (supérieurs à 80 % après cinq ans, sauf pour les très jeunes et les très âgées). Pour les autres formes de cancer, les taux relatifs de survie après cinq ans s'échelonnaient entre 15 % chez les hommes

atteints du cancer du poumon et plus de 85 % chez les hommes avec le cancer de la prostate.

Qu'est-ce que le taux relatif de survie?

Les taux relatifs de survie pour le cancer mesurent la probabilité de décès d'une personne atteinte de cancer dans une période de temps déterminée par rapport à une personne dans la population générale. Prenons l'exemple de deux groupes fictifs formés de 10 personnes. Les membres du premier groupe ont récemment reçu un diagnostic d'une forme quelconque de cancer. Les membres du second groupe — dont l'âge, le sexe et la province de résidence sont semblables — sont choisis au hasard dans la population. Cinq ans plus tard, cinq personnes du premier groupe et sept du deuxième sont encore en vie. Le ratio de survie dans le premier groupe par rapport au deuxième est la survie relative. Dans cet exemple, les chances de survie après cinq ans des personnes atteintes de cancer étaient de l'ordre de 71 % (5/7) par rapport à la population générale.

Personnes atteintes de cancer



Survie = 50 %

Population générale



Survie = 70 %

Survie relative = 50 % / 70 % = 71 %

😊 = encore en vie après 5 ans

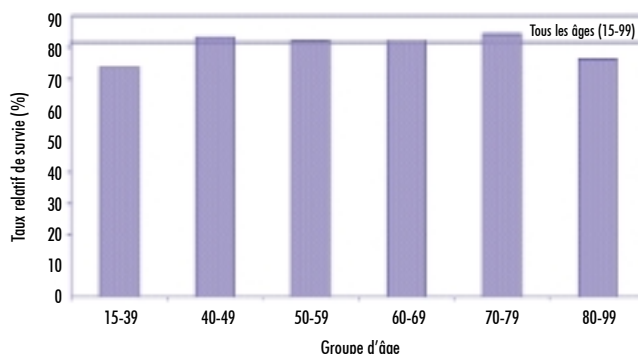
☹️ = décédés après 5 ans

De deux choses l'une : ou les temps de survie plus longs signifient que le cancer a été diagnostiqué à un stade précoce (possiblement grâce à des programmes de dépistage plus vastes), ou que les cancéreux vivent plus longtemps, peut-être grâce à des traitements améliorés. On pourra bientôt démêler les faits, grâce à une meilleure surveillance du développement des tumeurs.

Remarque : Les chiffres sont présentés à titre d'exemple seulement. Ils ne représentent pas des taux réels de survie.

Survivre au cancer : cinq ans plus tard 54

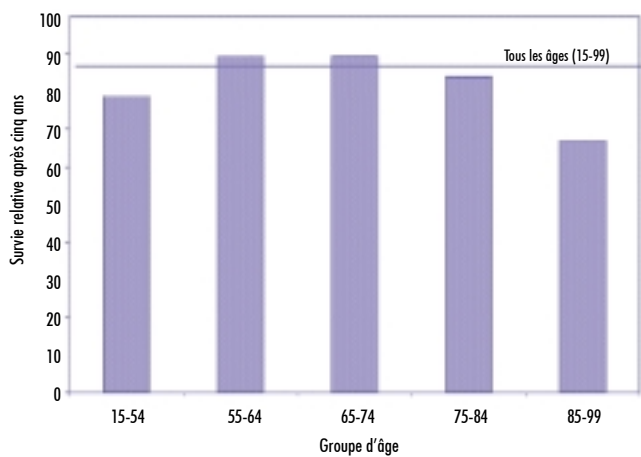
En 1992, le taux relatif de survie d'une femme âgée entre 15 et 99 ans et atteinte du cancer du sein était supérieur à 80 %, mais, comme on peut le constater ci-dessous, les chances de survie variaient selon l'âge.



Source : Coalition canadienne pour la surveillance du cancer, Statistique Canada

Survivre au cancer de la prostate 55

Le taux relatif de survie après cinq ans des hommes âgés entre 15 et 99 ans atteints du cancer de la prostate en 1992 était de 87 %. Les chances relatives de survie variaient avec l'âge.



Source : Statistique Canada, Coalition canadienne pour la surveillance du cancer

On sera bientôt en mesure de comparer les taux relatifs de survie au pays et au fil du temps pour plusieurs formes de cancer. Les calculs sont actuellement en cours.

Survivre à une greffe d'organe : l'histoire d'une réussite

Toute chirurgie comporte des risques. Il faut minimiser les risques immédiats en vue d'améliorer la santé et le mieux-être à long terme, ainsi que l'espérance de vie. Pour les greffés, les chances de survie semblent s'améliorer de jour en jour.

Si vos reins arrêtent de fonctionner, vous n'avez en général que deux choix : la dialyse à long terme ou une transplantation. Tout près des deux tiers (63 %) des presque 1 600 transplantations d'organes solides pratiquées au Canada en 1998 étaient des

La survie cinq ans après une transplantation 56

Les chances de survie après cinq ans des patients ayant subi une transplantation du rein, du foie ou du cœur entre 1992 et 1998 étaient plus élevées qu'entre 1985-1991. Ce tableau présente les chances de survie et les intervalles de confiance de 95 %.

Années	Rein	Foie	Cœur
1985-1991	85 (84-87)	69 (65-72)	71 (67-74)
1992-1998	88 (87-89)	76 (74-79)	78 (75-80)

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

transplantations de reins. Les chances de survie des patients ayant subi une transplantation rénale entre 1992 et 1998 étaient meilleures que ceux dont l'opération avait eu lieu entre 1985 et 1991. Il en allait de même pour les greffés du cœur et du foie.

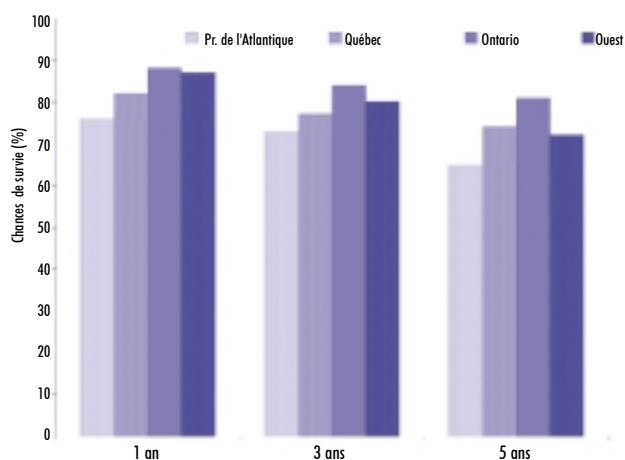
Dans l'Est? Dans l'Ouest?

Entre 1992 et 1998, l'endroit de la transplantation rénale importait peu. Les receveurs dans les provinces de l'Atlantique, au Québec, en Ontario et dans l'Ouest avaient à peu près les mêmes chances de survie, un an, trois ans et cinq ans après leur opération. Dans toutes les régions, plus de neuf receveurs sur 10 étaient encore en vie trois ans après.

Cette observation est également valable pour les transplantations du cœur. Par contre, on notait des variations pour les transplantations du foie. Les chances de survie des patients des provinces de l'Atlantique n'étaient pas aussi bonnes que dans les autres régions, un an, trois ans et cinq ans après la chirurgie.

Différences régionales après des transplantations du foie 57

Les résultats des transplantations du foie effectuées entre 1992 et 1998 ont été relativement semblables dans diverses régions. L'exception à la règle : les provinces de l'Atlantique, où les chances de survie des patients étaient pires qu'ailleurs.* Les variations aléatoires peuvent expliquer les petites différences entre les autres régions. Les estimations sont moins précises pour les régions plus petites.



* Différence importante sur le plan statistique ($p = 0,05$)

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

Le Canada et les autres pays

Les Américains sont environ 10 fois plus nombreux que les Canadiens. Et ils effectuent environ 10 fois plus de transplantations. Ainsi, selon le rapport annuel d'UNOS (*United Network for Organ Sharing Scientific Registry*), 5 400 Américains ont subi une transplantation du foie entre janvier 1996 et décembre 1997. Au Canada, le nombre était de 509.

Plusieurs raisons rendent les comparaisons internationales délicates : différences systématiques possibles dans l'âge, la santé et d'autres caractéristiques des donneurs et des receveurs d'organes, méthode de collecte des données sur la survie. Cela dit, il semble que les chances de survie au Canada et aux États-Unis sont semblables pour les transplantations du rein, du foie et du cœur.

Les chances de survie au Canada se rapprochent aussi de celles en Australie et en Nouvelle-Zélande. Par exemple, les patients canadiens, australiens et néo-zélandais qui ont reçu un rein en 1992 avaient une chance de survie d'au moins 90 % après un an. Le taux était le plus élevé au Canada, soit 96 %.

Quand le volume est important

Lorsque qu'un patient se présente à l'hôpital, il veut être assuré qu'il recevra des soins de

qualité. Des recherches permettent de penser que de nombreux facteurs influencent le résultat des soins. Les caractéristiques des patients sont l'un d'entre eux. Par exemple, l'âge et la gravité de la maladie jouent souvent un rôle important. D'autres facteurs tiennent à la façon dont les soins de santé sont organisés et dispensés.

Un facteur s'avère être toujours important dans la qualité des soins : le nombre de cas pour une intervention précise dont un établissement s'occupe. Bien qu'au Canada, seulement certains types de soins aient fait l'objet d'une étude approfondie,^{8,9} un grand nombre de chercheurs (surtout américains) ont noté une relation frappante entre volumes de cas et qualité. Pour plusieurs types de soins et de chirurgies, des chercheurs ont constaté que les patients traités dans des hôpitaux où le nombre de cas est élevé ont moins de chances de connaître des complications ou de mourir après avoir été opérés. Cela se vérifie pour la plupart des interventions étudiées, des interventions plutôt rares comme les chirurgies cardiaques en pédiatrie^{10,11} aux pontages aortocoronariens^{12,13}, en passant par des interventions plus courantes comme l'ablation de la vésicule biliaire (cholecystectomie)¹⁴ et l'hystérectomie¹⁵.

Quelle en est la raison? Nous ne le savons pas exactement. Certains prétendent que les hôpitaux où les volumes sont élevés (ceux qui effectuent le plus d'opérations) développent des compétences plus étendues.^{20,21} Selon eux, c'est en forgeant qu'on devient forgeron. D'autres disent que les hôpitaux qui font un bon travail attirent plus de patients.^{21,22} Dans ce cas, un rendement supérieur crée un volume plus élevé de patients — la théorie de l'« aiguillage sélectif ».

Néanmoins, bien que la recherche établisse un lien entre le volume et les résultats, nous disposons de très peu d'information sur le rapport exact. Y a-t-il un « seuil » de cas — un volume précis pour une intervention en particulier — associé à de meilleurs résultats? Les résultats s'améliorent-ils toujours si les volumes de cas sont plus élevés? Nous l'ignorons. Mais nous savons que de nombreux hôpitaux canadiens effectuent un très petit nombre d'opérations.

Comparaisons transfrontalières

58

Les chances de survie après trois et cinq ans au Canada et aux États-Unis sont relativement semblables pour les transplantations du rein et du foie dans tous les groupes d'âge. Les données sont celles des patients qui ont été transplantés entre janvier 1989 et décembre 1997. Les intervalles de confiance de 95 % sont indiqués entre parenthèses après les chances de survie.

Groupe d'âge	Chances de survie après cinq ans			
	Transplantation du rein		Transplantation du foie	
	Can.	É.-U.	Can.	É.-U.
18-34	94 % (93-95)	90 % (89,6-91,2)	80 % (75-86)	76,8 % (76,6-76,9)
35-49	88 % (87-90)	85 % (84,1-85,3)	75 % (71-79)	77 % (76-78)
50-64	79 % (77-81)	74 % (73-75)	70 % (66-73)	69 % (67-70)

Sources : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS; 1999 Annual Report, UNOS Scientific Registry Data (USA)

Gérer la qualité du système

Au Canada, comme partout ailleurs, des rapports récents soulignent l'importance de gérer la qualité du système. Par exemple, selon une étude récente, les « **erreurs médicales** » à l'hôpital seraient probablement la 8^e cause de décès en importance aux États-Unis.¹⁶ Cela voudrait donc dire qu'elles seraient responsables d'un plus grand nombre de décès que les collisions impliquant des véhicules à moteur, le cancer du sein ou le sida. Des études réalisées en Australie¹⁷ et au Royaume-Uni¹⁸ ont produit des données semblables.

Ici, nous ne disposons pas encore d'estimations des effets des erreurs attribuables au système de santé. Néanmoins, des événements récents prouvent que nous ne sommes pas à l'abri de telles erreurs. Par exemple, une enquête a été menée au sujet du décès de 12 nouveau-nés ayant subi une opération à cœur ouvert au Centre des sciences de la santé de Winnipeg en 1994. Le rapport de l'enquête¹⁹, publié en novembre 2000, a révélé que chaque enfant est décédé dans des circonstances bien précises. Il n'en reste pas moins que le rapport a également mentionné que les faiblesses du programme — y compris les politiques sur la dotation en personnel, la direction, le travail d'équipe, les communications, la prise de décision et l'assurance de la qualité — étaient partiellement responsables des problèmes dans les interventions et les résultats.

Par exemple, la preuve présentée à l'enquête a révélé certaines faiblesses dans la sélection des cas : le programme s'occupait de cas qui dépassaient les capacités et l'expérience du nouveau chirurgien et de son équipe. Le rapport concluait que le nombre limité de cas dont on peut s'occuper dans une province comme le Manitoba, avec une population d'un peu plus d'un million d'habitants, accroît les risques de morbidité et de mortalité, surtout dans les cas de chirurgie à risque élevé. Il recommandait la mise sur pied, dans la région de l'Ouest ou dans les Prairies, d'un programme pédiatrique de chirurgie cardiaque à haut risque. Un programme provincial se chargerait des cas à faible risque ou à risque moyen. L'enquête a également révélé des insuffisances sur les plans de l'assurance de la qualité et de la surveillance de l'ancien programme. On a recommandé d'élaborer des méthodes pour réduire la fréquence des erreurs médicales et humaines dans les hôpitaux, les dépister lorsqu'elles se produisent et minimiser leurs conséquences. Le rapport a souligné que les recommandations étaient conçues pour établir une structure au sein de laquelle des personnes hautement compétentes et douées peuvent former une équipe de santé qui travaille ensemble continuellement pour dispenser des soins de très haute qualité.

Volume et soins au Canada

Pour la plupart des interventions chirurgicales, on note des différences appréciables entre les hôpitaux dans le nombre de cas pratiqués. Cette observation est valable autant pour les interventions moins fréquentes, comme les opérations à cœur ouvert, que pour les plus courantes, comme l'ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie). En 1998-1999, on a observé des écarts importants dans les

Les conclusions de la recherche

59

Un grand nombre de chercheurs ont étudié la relation entre le nombre de dossiers traités et les résultats, tels que mesurés par les taux de mortalité. Récemment, un chercheur du nom de Dudley et ses collègues ont résumé les constatations pour 40 interventions. En général, les études publiées établissent un lien entre des volumes élevés d'interventions et des taux inférieurs de mortalité. Ce tableau présente quelques exemples. Certaines études n'ont dégagé qu'une tendance dans cette direction, mais, dans la plupart des cas, les résultats étaient révélateurs sur le plan statistique.

Intervention/Condition	N ^{os} d'études publiées	N ^{os} montrant des meilleurs résultats avec des volumes plus élevés	N ^{os} avec résultats statistiquement révélateurs indiquant des meilleurs résultats
Pontage aortocoronarien	11	11	9
Angioplastie coronaire	6	6	6
Cathétérisme cardiaque	4	3	3
Infarctus aigu du myocarde	4	4	3
Chirurgie cardiaque pédiatrique	2	2	2
Oncologie pédiatrique	1	1	1
Traumatismes pédiatriques	1	0	0
Chirurgie pour cancer du pancréas	8	8	8
Arthroplastie de la hanche	9	9	6
Arthroplastie du genou	3	3	2
Chirurgie colo-rectale	6	6	5
Cholécystectomie	4	4	2
Hystérectomie	2	2	2

Adapté de : Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. (2000). Selective referral to high-volume hospitals: Estimating potentially avoidable deaths. *Journal of the American Medical Association*. 283 (9):1159-1166.

volumes d'hystérectomies. Presque 400 hôpitaux ont pratiqué plus de 55 000 hystérectomies au Canada. Soixante-dix neuf établissements ont déclaré avoir pratiqué 10 interventions ou moins, et l'établissement qui a rapporté le volume le plus élevé s'est occupé de 833 patientes (environ 1,5 % de tous les cas). Les établissements où les volumes étaient les moins élevés dans une proportion de 10 % n'ont pratiqué que 1 % de toutes les cholécystectomies au Canada. Les établissements qui se situaient au sommet ont effectué près du tiers de tous les cas.

Nous constatons des schémas semblables pour toute une gamme d'interventions chirurgicales. Les hôpitaux sont nombreux à pratiquer un très petit nombre d'opérations. Mais ils sont moins nombreux à effectuer un volume élevé de chirurgies.

Dispenser des soins spéciaux : les pontages

Qu'il s'agisse des interventions les plus rares ou des plus courantes, la majorité d'entre elles sont pratiquées dans les hôpitaux où le volume est élevé. Prenons l'exemple des 33 hôpitaux qui ont effectué le presque 22 500 pontages aortocoronariens (une intervention majeure visant à remédier aux blocages dans l'apport de sang au cœur) au Canada en 1998-1999. Un peu plus de 200 opérations ont été pratiquées dans l'hôpital où le volume était le plus faible. À l'opposé, l'hôpital affichant le volume le plus élevé en a effectué plus de 2 000, soit presque 10 % de toutes les opérations pratiquées au pays dans un établissement. Les trois hôpitaux où les volumes étaient les plus élevés ont pratiqué près du quart de toutes les chirurgies.

La concentration des chirurgies dans les établissements à volume élevé peut être avantageuse pour les Canadiens. Au cours des dernières années, les patients ont été soignés de plus en plus dans des établissements à volume élevé. Par exemple, les hôpitaux affichant les volumes les plus

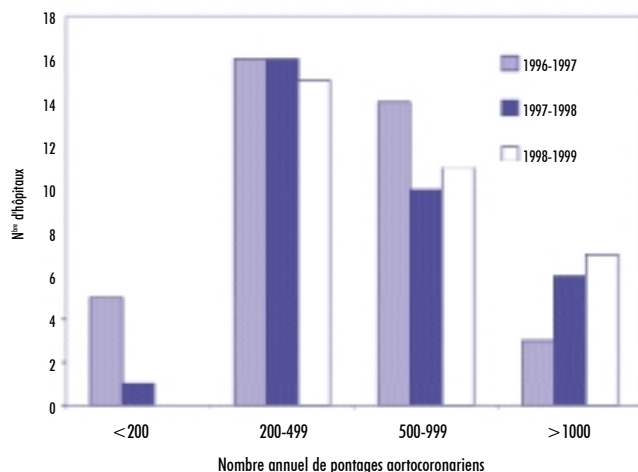
élevés (1 000 chirurgies par année ou plus) ont effectué plus de 5 000 pontages de plus en 1998-1999 qu'en 1996-1997. Il s'agit d'une augmentation de 125 %.

Mais la concentration des services n'est pas la même partout. Les patients ayant besoin de soins ont tendance à être plus nombreux dans les provinces les plus peuplées. Par conséquent, les volumes sont peut-être plus élevés dans les établissements situés dans ces régions.

La part des pontages pratiqués dans les milieux à volume faible et élevé varie considérablement entre les provinces. En 1998-1999, la plupart (77 %) des pontages en Ontario, et presque la moitié au Québec (44 %), ont été pratiqués dans des hôpitaux effectuant 1 000 pontages ou plus chaque année. En aucun autre endroit au pays les pontages n'ont-ils été effectués dans des centres à volume si élevé. On note aussi des différences dans la fréquence des services au sein des centres à faible volume.

Centralisation des pontages aortocoronariens 60

Entre 1996-1997 et 1998-1999, le nombre d'hôpitaux au pays où les volumes de pontages aortocoronariens étaient moins élevés (soit moins de 500) a diminué, et on comptait plus d'établissements où les volumes étaient plus élevés, particulièrement ceux qui effectuaient plus de 1 000 chirurgies.

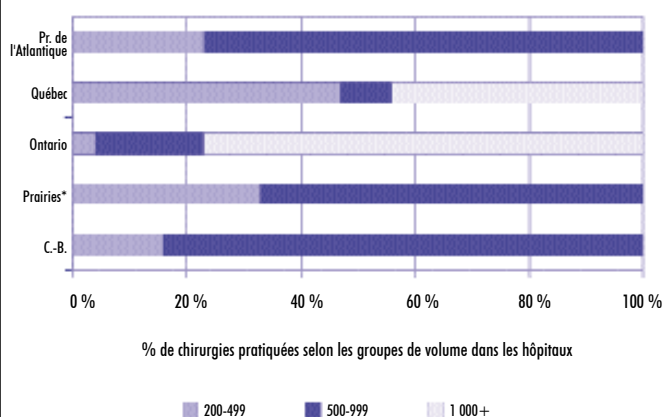


Remarque : Les hôpitaux pratiquant moins de 10 chirurgies par année ne sont pas présentés. Pour 1996-1997 et 1997-1998, les résultats peuvent tenir compte de programmes qui ont ouvert ou fermé au milieu de l'année.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Volumes de pontages aortocoronariens au Canada 61

Le niveau de régionalisation des pontages aortocoronariens varie d'un endroit à l'autre au pays. Ce graphique illustre le pourcentage de pontages aortocoronariens pratiqués dans les 33 hôpitaux qui ont effectué entre 200 et 499, 500 et 999, et 1 000 opérations ou plus en 1998-1999.



* Comprend un programme qui a été transféré à un autre établissement lorsque l'hôpital a fermé. Dans ce graphique, on a utilisé des volumes annualisés (en fonction des cas des programmes dans les deux hôpitaux).

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

En Ontario, seulement 4 % des pontages ont été pratiqués dans des établissements qui en effectuaient moins de 500 par année. À l'opposé, d'autres provinces dispensent souvent des soins dans ces milieux à faible volume — 16 % en Colombie-Britannique, 33 % dans les Prairies, 47 % au Québec et 23 % dans les provinces de l'Atlantique.

Certaines données américaines semblent indiquer que de faibles volumes de pontages aortocoronariens peuvent être associés à de moins bons résultats. En effet, des chercheurs ont constaté que les patients soignés dans des centres effectuant moins de 500 pontages par année avaient 39 % plus de chances de mourir avant de quitter l'hôpital que ceux qui étaient soignés dans des hôpitaux où le volume était plus élevé.^{12,23}

La solution passe par un compromis

La concentration des interventions chirurgicales dans les centres qui s'occupent d'un grand nombre de cas — ce qu'on appelle parfois la régionalisation ou la centralisation — peut engendrer des avantages importants, dont l'acquisition de compétences spécialisées, l'utilisation optimale de matériel coûteux, et l'amélioration des résultats chez les patients.

Par contre, ils sont nombreux à dire que la centralisation des soins peut avoir des effets négatifs, surtout dans les régions rurales. Par exemple, elle peut obliger les patients à se déplacer, empiéter sur la continuité dans les soins, et, à la longue, réduire l'accès à des soins essentiels aux patients vivant loin des grands centres.

Pour décider dans quelle mesure on peut centraliser les soins, il est évident qu'on doit équilibrer les enjeux. L'équilibre sera vraisemblablement différent d'une intervention à l'autre, et d'un endroit à l'autre. Un nouvel indicateur (ratio d'entrées et de sorties des patients) illustre les écarts dans les déplacements des patients d'une région à l'autre pour recevoir des soins (voir *Indicateurs de santé 2001*). Une note élevée indique un niveau plus grand de centralisation puisque de nombreux patients viennent de l'extérieur de la région pour se faire soigner. Les interventions spécialisées, comme les pontages aortocoronariens, tendent à être plus centralisées que les opérations plus courantes, comme l'ablation de la vésicule biliaire et l'hystérectomie.

S'ils disposent de meilleurs renseignements sur les résultats dans les hôpitaux, les administrateurs seraient peut-être plus en mesure de décider quand la centralisation des soins est appropriée. La compréhension de la répartition des volumes d'un bout à l'autre du pays constitue la première étape.



Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Comment les taux de mortalité (ajustés en fonction de l'âge, du sexe et des conditions comorbides) dans les 30 jours suivant une hospitalisation initiale pour un IAM, se comparent entre les grosses régions.
- Les taux relatifs de survie pour les cancers du sein, de la prostate, du poumon et du côlon-rectum.
- La survie à long terme des patients ayant subi une transplantation du rein, du coeur, du poumon, et d'autres organes.
- Le nombre de chirurgies pratiquées dans les milieux où les volumes sont faibles et élevés, pour différents types de chirurgie.

Ce que nous ignorons

- Comment les patients se portent-ils trois, six et 12 mois après une chirurgie?
- Quel est le lien entre les sommes d'argent consacrées à des interventions précises et les avantages qu'elles représentent pour la santé?
- Pour quels types de chirurgie, s'il en est, les hôpitaux qui effectuent un petit nombre d'opérations exposent-ils les patients à des risques plus élevés de complications et de décès? Pour ces interventions, quel est le nombre optimal d'opérations qu'un hôpital devrait pratiquer pour dispenser des soins efficacement et sans danger? Combien de décès pourraient être prévenus si les chirurgies étaient pratiquées dans les centres où les volumes sont élevés?

Ce qui se passe

- Des chercheurs canadiens mettent au point des méthodes pour comparer les résultats des soins hospitaliers, y compris les complications, les admissions subséquentes et les décès.
- Dans les cas où les répondants à des sondages ont donné leur autorisation, Statistique Canada relie les données sur la santé et les données administratives du réseau de la santé, en vue de mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé et les résultats.
- Dans les provinces, on calcule des taux relatifs de survie comparables pour plusieurs formes de cancer.
- L'ICIS et les [Instituts canadiens de recherche en santé](#) coparrainent des recherches pour estimer l'ampleur des erreurs attribuables au système de santé au Canada.

Pour en savoir davantage

- ¹ Fondation canadienne des maladies du cœur (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Ottawa : Fondation canadienne des maladies du cœur
- ² Hemingway, H., Shipley, M., Macfarlane, P. et Marmot, M. (2000). Impact of socioeconomic status on coronary mortality in people with symptoms, electrocardiographic abnormalities, both or neither: The original Whitehall study 25 year follow up. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 510-516
- ³ Institut de recherche en services de santé (1999). *Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas*. Toronto : Institut de recherche en services de santé
- ⁴ Tu, J.V., Austin, P., Naylor, C.D., Iron, K. et Zhang, H. (1999). Acute myocardial infarction outcomes in Ontario. In Naylor, C.D. et Slaughter, P.M. (Eds). *Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas*. Toronto : Institut de recherche en services de santé, 83-110
- ⁵ Alter, D.A., Naylor, C.D., Austin, P. et Tu, J.V. (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), 1359-1367
- ⁶ Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000, Toronto, Canada. www.cancer.ca/stats2000/mainf.htm
- ⁷ *Statistique Canada* (2001), La santé de la population canadienne, Rapport annuel 2001. *Rapports sur la santé* (numéro spécial), 12 (3)
- ⁸ Hamilton, B.H. et Ho, V. (1998). Does practice make perfect? Examining the relationship between hospital surgical volume and outcomes for hip fracture patients in Quebec. *Medical Care*, (6), 892-903
- ⁹ Simunovic, M., To, T., Theriault, M. et Langer, B. (1999). Relation between hospital surgical volume and outcome for pancreatic resection for neoplasm in a publicly funded health care system. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160 (5), 643-648
- ¹⁰ Hannan, E.L., Racz, M., Kavey, R.E., Quaegebeur, J.M. et Williams, R. (1998). Pediatric cardiac surgery: The effect of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality. *Pediatrics*, 101, 963-969
- ¹¹ Jenkins, K.J., Newburger, J.W., Locke, J.E., Davis, R.B., Coffman, G.A. et Iezzoni, L.I. (1995). In-hospital mortality for surgical repair of congenital heart defects: Preliminary observations of variation by hospital caseload. *Pediatrics*, 95, 323-330
- ¹² Hannan, E.L., Kilburn, H. Jr., Bernard, H., O'Donnell, J.F., Lukacik, G. et Shields, E.P. (1991). Coronary artery bypass surgery: The relationship between inhospital mortality rate and surgical volume after controlling for clinical risk factors. *Medical Care*, 29, 1094-1107
- ¹³ Showstack, J.A., Rosenfeld, K.E., Garnick, D.W., Luft, H.S., Schaffarzick, R.W. et Fowles, J. (1987). Association of volume with outcome of coronary artery bypass surgery. [corrections publiées dans le *Journal of the American Medical Association* (1987) 257, 2438]. *Journal of the American Medical Association*, 257, 785-789
- ¹⁴ Hannan, E.L., O'Donnell, J.F., Kilburn, H. Jr, Bernard, H.R. et Yazici, A. (1989). Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York State hospitals. *Journal of the American Medical Association*, 262, 503-510
- ¹⁵ Hughes, R.G., Hunt, S.S. et Luft, H.S. (1987). Effects of surgeon volume and hospital volume on quality of care in hospitals. *Medical Care*, 25, 489-503
- ¹⁶ Kohn, L.T., Corrigan, J.M. et Donaldson, M.S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press: Washington
- ¹⁷ Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T., Newby, L. et Hamilton, J.D. (1995). The quality in Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163 (6), 458-471
- ¹⁸ Vincent, C., Neale, G. et Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322, 517-519
- ¹⁹ Province du Manitoba (2000). The Pediatric Cardiac Surgery Inquest Report. www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/toc/toc.html
- ²⁰ Laffel, G.L., Barnett, A.L., Finkelstein, S. et Kaye, M.P. (1992). The relation between experience and outcome in heart transplantation. *New England Journal of Medicine*, 327, 1220-1225
- ²¹ Luft, H.S., Hunt, S.S. et Maerki, S.C. (1987). The volume-outcome relationship: Practice-makes-perfect or selective referral patterns? *Health Services Research*, 22 (2), 157-182
- ²² Farley, D.E. et Ozminkowski, R.J. (1992). Volume-outcome relationships and inhospital mortality: The effects of changes in volume over time. *Medical Care*, 30 (1), 7-94
- ²³ Dudley, R.A., Johansen, K.L., Brand, R., Rennie, D. et Milstein, A. (2000). Selective referral to high-volume hospitals: Estimating potentially avoidable deaths. *Journal of the American Medical Association*, 283 (9) 1159-1166

7. Les dépenses de santé

Des pansements aux accouchements, en passant par les pontages aortocoronariens, les services de santé représentent chaque année une partie importante de la production économique canadienne. Les dépenses totales, et leur répartition, ont beaucoup changé dans la dernière décennie. Il en va de même pour la façon dont les gouvernements, les assureurs privés, les particuliers et d'autres groupes se partagent la facture.

Les dépenses de santé en hausse

L'ICIS estime que les dépenses de santé ont dépassé la barre des 95 milliards de dollars en 2000, 6,9 % de plus que l'année précédente.¹ Il s'agit de plus de 3 000 \$ par Canadien, une hausse de presque 175 \$ par rapport à 1999. Même après avoir ajusté pour l'inflation et la croissance démographique, on note une augmentation réelle de 4,1 % dans les dépenses entre 1999 et 2000.

La hausse des coûts des soins de santé n'a rien d'inhabituel. Les dépenses ont augmenté régulièrement au Canada pendant plusieurs décennies, sauf au milieu des années 1990. Cette escalade ne s'explique qu'en partie par l'inflation et la croissance démographique. Même après avoir tenu compte de ces deux facteurs, on estime que

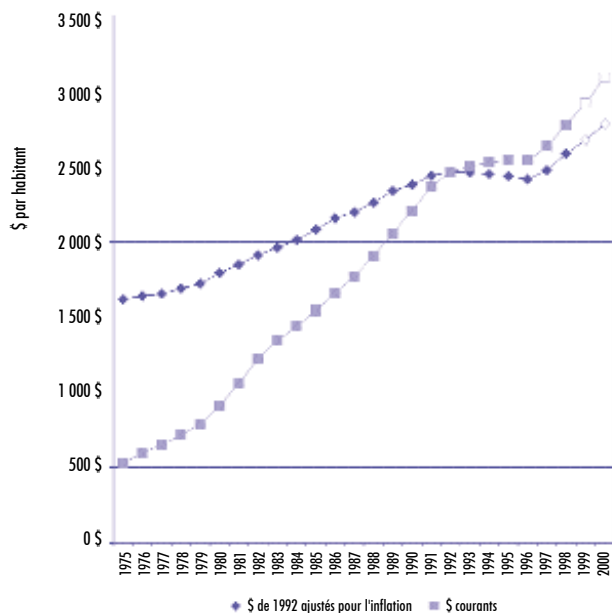
les dépenses en 2000 auront été supérieures dans une proportion de 70 % par rapport à 25 ans auparavant. Le rythme de la croissance s'accélère aussi. Les dépenses réelles par habitant augmentent plus rapidement aujourd'hui qu'à n'importe quel moment depuis les années 1980. Pourquoi? Voici certaines explications : changements dans la clientèle, modes de financement différents, coûts plus élevés des services, modifications dans la façon dont les soins sont dispensés pour des problèmes de santé précis à des groupes de gens bien définis.

Non seulement nos dépenses de santé sont plus élevées qu'avant, nous dépensons aussi plus d'argent que la plupart des autres pays. En 1998, le Canada s'est classé au troisième rang des pays du G-7 au chapitre des dépenses de santé par habitant, après les États-Unis et l'Allemagne. Seuls les États-Unis consacraient une plus grande partie de sa production économique aux soins de santé (13,6 % de son produit intérieur brut). Dans la même année, la proportion était de 9,3 % au Canada. Selon les plus récentes estimations, elle devrait demeurer au même niveau en 1999 et en 2000.²

La croissance des dépenses de santé

62

Au Canada, la croissance des dépenses de santé réelles et ajustées pour l'inflation, par habitant, a continué sur sa lancée en 1999 et en 2000.



Remarque : Les prévisions sont indiquées par des symboles ouverts.

Des dépenses plus élevées se traduisent-elles par une meilleure santé? Pas nécessairement. Les Américains dépensent beaucoup plus d'argent, mais les Canadiens vivent plus longtemps et les nouveau-nés canadiens courent moins de risques de mourir.

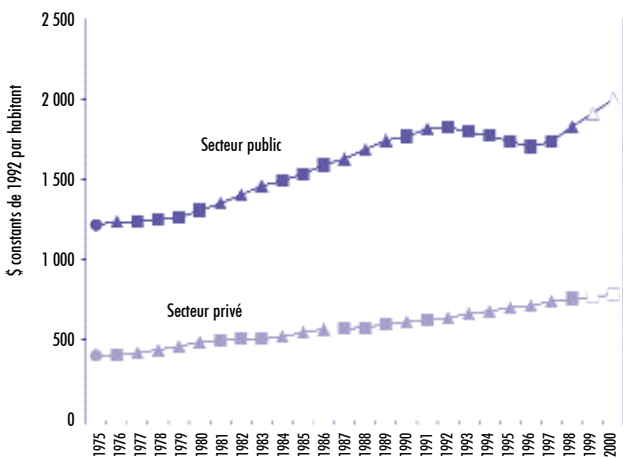
Se partager la facture : secteur public, secteur privé

Sept dollars sur 10 consacrés à la santé proviennent des deniers publics. Pendant plusieurs années au milieu des années 1980 et jusqu'au milieu des années 1990, les dépenses du secteur privé ont supplanté celles du secteur public. Mais dernièrement, la part du secteur public s'est accrue. Après avoir ajusté pour l'inflation et la croissance démographique, l'ICIS estime qu'elle aura connu une augmentation de 4,4 % et de 4,8 % en 1999 et en 2000.



Secteur public/secteur privé 63

La part des dépenses de santé attribuable au secteur public devrait avoir augmenté entre 1997 (un peu moins de 70 %) et 2000 (71 %). Toutefois, cette proportion est encore inférieure à ce qu'on a connu dans les années 1970 et 1980 (75 %). Ce graphique illustre les changements dans les dépenses de santé ajustées pour l'inflation, par habitant, engagées par les secteurs public et privé depuis 1975. Le secteur ayant connu la plus forte croissance (pour ce qui est de la variation en pourcentage) chaque année depuis 1975 est marqué d'un triangle.



Remarque : Les prévisions sont indiquées par des symboles ouverts.

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

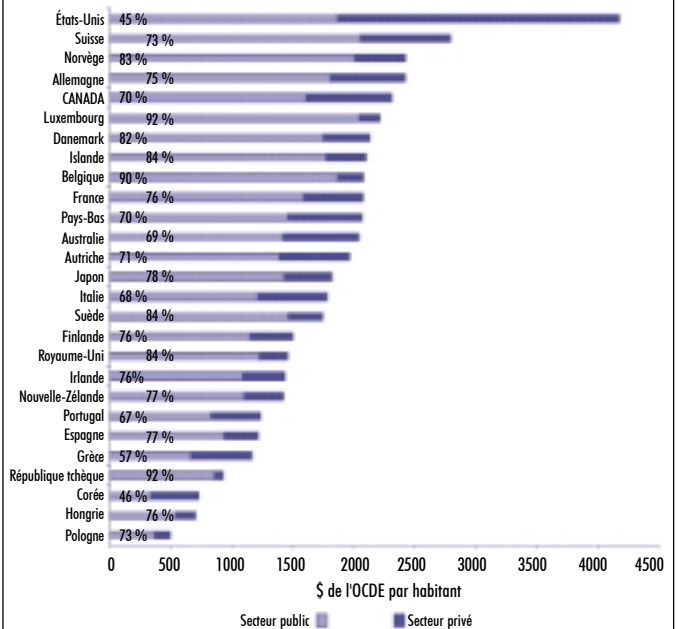
La part du secteur public

Les dépenses de santé du secteur public sont engagées par les gouvernements, les commissions des accidents du travail et d'autres programmes de sécurité sociale. En 2000, ce montant s'élevait à environ 67,6 milliards de dollars. Le secteur public finance la majorité des programmes de santé publique, des soins hospitaliers, des services médicaux et des soins de santé pour les Indiens et les Inuits de plein droit. Il paie en partie d'autres services, comme les soins à domicile, les médicaments de prescription et les services ambulanciers. D'autres services sont surtout financés par des fonds privés. Par exemple, la plupart des Canadiens paient eux-mêmes les services dentaires et de médecine parallèle, ou ils le font au moyen d'une assurance complémentaire.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux administrent le gros des fonds publics pour les soins de santé. Certains de

Le Canada par rapport à d'autres pays 64

En 1998, le Canada s'est classé au cinquième rang des 27 pays de l'OCDE au chapitre des dépenses de santé par habitant. Par contre, comme l'indique ce graphique, la part des dépenses engagées par le secteur public était plus élevée dans la plupart des pays. Les estimations sont ajustées en fonction des différences dans les prix (pouvoir d'achat) entre les pays.



Source : Éco-Santé OCDE 2000

ces fonds proviennent de l'argent du gouvernement fédéral et des transferts fiscaux. Mais qui paie quoi? Nous ne disposons pas de données complètes depuis plusieurs années. En 1996, le gouvernement fédéral a introduit le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. En vertu de ce programme, les provinces et les territoires répartissent les fonds entre les programmes sociaux en fonction de leurs priorités. L'information comparable sur la répartition entre la santé, l'enseignement postsecondaire, et d'autres programmes sociaux, n'est pas publiée. Par conséquent, les données sur l'ensemble des contributions fédérales à la santé ne sont plus disponibles.

La part du secteur privé

Outre les dépenses du secteur public, on estime que les Canadiens ont consacré 27,5 milliards de dollars à la santé, par l'entremise d'assurances (surtout offertes par les employeurs) ou de dépenses directes, soit tout près de 900 \$ par personne en 2000. Indirectement, certains de ces coûts sont pris en

charge par les gouvernements au moyen des recettes fiscales prévisibles. Par exemple, les entreprises peuvent déduire les primes d'assurance de leur revenu imposable, mais les employés n'ont pas à payer la taxe sur ces avantages.

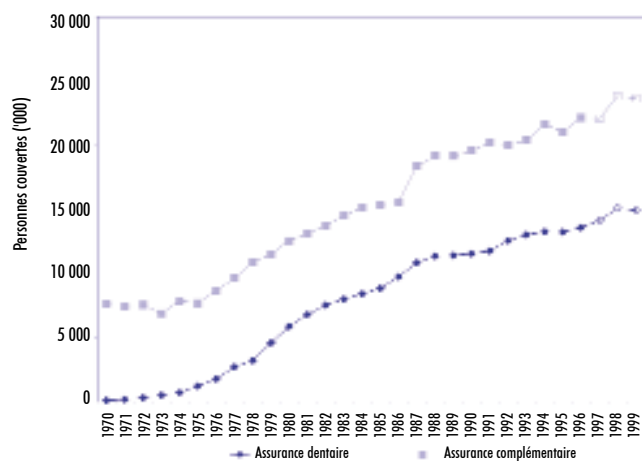
Les médicaments, les soins dentaires et les soins de la vue constituent le gros des dépenses privées. Elles sont surtout payées par les consommateurs eux-mêmes, mais la part attribuable aux compagnies d'assurance est en hausse. Elles représentaient plus du tiers des dépenses privées en 1998.

Les dépenses d'un océan à l'autre

D'est en ouest, les Canadiens dans toutes les provinces dépensent des sommes importantes chaque année pour les soins de santé. En 2000, elles allaient d'environ 2 800 \$ par habitant à l'Île-du-Prince-Édouard, à un peu plus de 3 400 \$ au Manitoba.

Les tendances de l'assurance privée 65

La couverture privée pour les soins dentaires et les avantages élargis de l'assurance-maladie (p. ex. pour les médicaments de prescription) semble être beaucoup plus étendue aujourd'hui. Ce graphique illustre le nombre de Canadiens couverts (y compris la plupart des régimes offerts par les employeurs et en excluant l'assurance de la Croix-Bleue) entre 1970 et 1999.

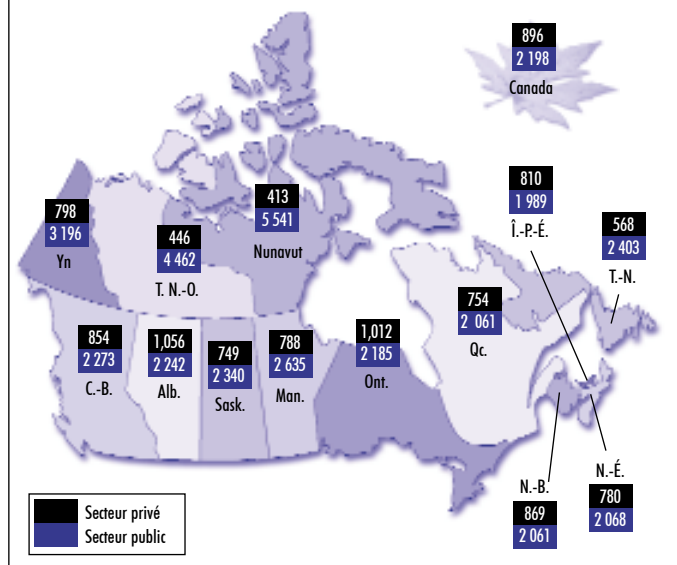


Remarques : Certaines personnes peuvent être comptées plus d'une fois (p. ex. lorsque les membres d'une famille sont couverts par les régimes distincts de chaque conjoint). Les prévisions sont indiquées par des symboles ouverts.

Source : Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

Les dépenses de santé au Canada 66

Les dépenses de santé du secteur public devraient avoir atteint 2 198 \$ par personne au Canada en 2000 et celles du secteur privé, 896 \$. Dans les provinces, les dépenses du secteur privé variaient : à Terre-Neuve, moins de un dollar sur cinq provenait du secteur privé; en Alberta, presque un sur trois. Dans les territoires, la vaste majorité des services de santé sont financés à même les deniers publics.



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

L'éloignement a un prix

Les coûts moyens des soins de santé par habitant sont beaucoup plus élevés dans les territoires que dans le reste du pays. Cela s'explique en grande partie par le coût élevé de la prestation des soins de santé dans les grandes régions peu peuplées. Par exemple, dans les Territoires du Nord-Ouest, on consacre près de 13 % des dollars de la santé au transport médical. La moyenne nationale est de moins de 2 %.



Photos, Santé Canada. Reproduites avec l'autorisation du ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2001.

Comment expliquer ces différences? Les caractéristiques démographiques les justifient en partie. Les dépenses normalisées démentent l'effet des différences dans l'âge et le sexe, des autres facteurs qui influent sur les coûts des soins de santé. Les résultats indiquent comment les dépenses de santé varieraient si

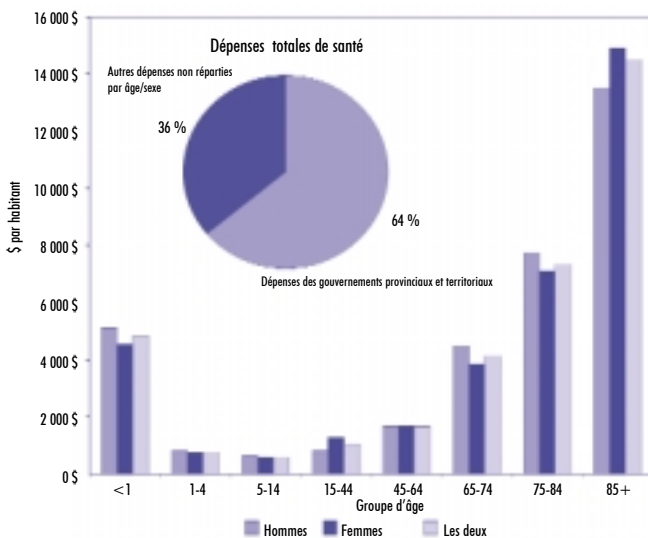
la répartition des hommes et de femmes, des jeunes et des personnes âgées, était la même dans chaque province que pour dans l'ensemble du Canada. Pourquoi certaines lacunes subsistent? Voici quelques explications : différences dans l'état de santé (p. ex. la fréquence du diabète chez les enfants), dans l'utilisation des services (p. ex. le nombre de personnes âgées qui reçoivent un vaccin anti-grippe) et dans les prix (p. ex. la rémunération du personnel dans les hôpitaux).

L'ICIS a récemment publié les premières estimations normalisées des montants d'argent engagés par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour la santé. Ces chiffres révèlent les sommes qui auraient été dépensées si le profil démographique des habitants d'une province était le même que dans l'ensemble du pays.

L'âge fait la différence

67

Les dépenses consacrées à la santé varient selon l'âge d'une personne. Dans la plupart des cas, les provinces et les territoires engagent des sommes importantes pour la santé au cours de la première année de vie d'une personne. Puis, les dépenses diminuent considérablement. Elles augmentent ensuite pendant l'adolescence, surtout pour les filles, en raison des coûts associés à la grossesse et à l'accouchement. La plus grosse partie des dépenses est attribuable aux personnes âgées. En 1998, 12 % des Canadiens étaient âgés de 65 ans et plus, mais plus de 43 % des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux leur étaient consacrées. Ce graphique illustre les dépenses estimées des gouvernements provinciaux et territoriaux, par habitant, pour les hommes et les femmes et selon le groupe d'âge, en 1998. Tel qu'indiqué en médaillon, il s'agit de 64 % de l'ensemble des coûts de la santé au Canada.

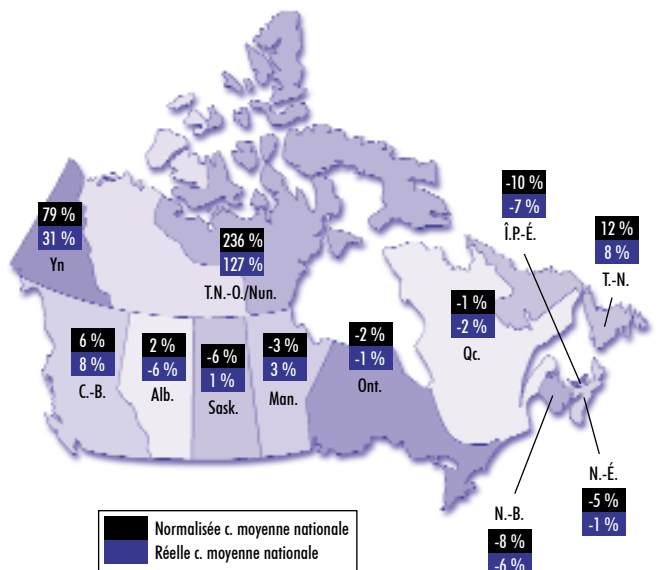


Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

Autre coup d'oeil aux dépenses de santé au Canada

68

Normalement, les besoins en matière de soins de santé augmentent avec l'âge. Toutes proportions gardées, ces besoins et les coûts connexes seraient moins élevés dans une province où la population est jeune que dans une autre où les habitants sont plus âgés. Dans cette carte, la barre des dépenses réelles indique si les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux, par habitant, étaient supérieures ou inférieures à la moyenne nationale en 1998. La barre normalisée des dépenses illustre la même chose mais est ajustée selon l'âge et le sexe. En général, une barre normalisée plus élevée signifie que les habitants de la province ou du territoire sont plus jeunes que la moyenne nationale. Par exemple, les dépenses réelles par habitant du gouvernement de l'Alberta sont d'environ 6 % inférieures à la moyenne nationale. Cette situation ne s'explique qu'en partie par l'âge plus jeune des Albertains. En effet, après avoir tenu compte des différences selon l'âge et le sexe, la province semble dépenser un peu plus que la moyenne au Canada.



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

Ce qu'il en coûte pour se soigner au Canada

Le fardeau des maladies sur l'économie canadienne est beaucoup plus important que ce que nous dépensons pour soigner les maladies. Cela comprend le temps où nous nous absentons du travail ou manquons des activités régulières parce que nous sommes malades ou devons nous occuper d'amis et de membres de la famille qui sont malades. De même, lorsqu'une personne meurt à un jeune âge, son potentiel de production est perdu.

Selon une étude réalisée en 1997 par Santé Canada, ces coûts « indirects » font plus que doubler la facture des soins de santé au pays.³ L'étude a estimé le fardeau économique de la maladie au Canada en 1993. Elle a examiné à la fois les coûts directs — l'argent consacré aux traitements, aux soins et à la réadaptation — et les coûts indirects — perte de productivité résultant de décès prématurés et de l'incapacité de courte ou de longue durée. Les coûts indirects comprenaient la valeur du temps de travail et d'entretien ménager perdu à cause de maladies ou de blessures et les pertes de productivité résultant de décès prématurés. Cependant, les coûts ne tenaient pas compte de la valeur du temps que les membres de la famille et les amis ont passé à soigner une personne malade (sauf s'il donnait lieu à des pertes de productivité) et ne reflétaient pas la douleur et la souffrance ou les répercussions psychosociales de la maladie.

En vertu d'hypothèses plutôt conservatrices au sujet des coûts indirects, les chercheurs ont conclu que les coûts de la maladie se chiffraient à 156,9 milliards de dollars en 1993. Les coûts indirects représentaient plus de 85 milliards de dollars. Les grands responsables étaient : les maladies cardiovasculaires (19,7 milliards de dollars), les maladies musculo-squelettiques (17,8 milliards), les blessures (14,3 milliards) et le cancer (13,1 milliards). Ensemble, ces problèmes de santé représentaient plus de la moitié (50,2 %) de tous les coûts pouvant être classifiés selon le type de maladie. Dans les quatre cas, les coûts indirects étaient beaucoup plus élevés que les coûts directs.

Des chercheurs de Santé Canada, de Statistique Canada et de l'ICIS produisent

actuellement des estimations du fardeau économique de la maladie. Ne manquez pas les résultats plus tard cette année.

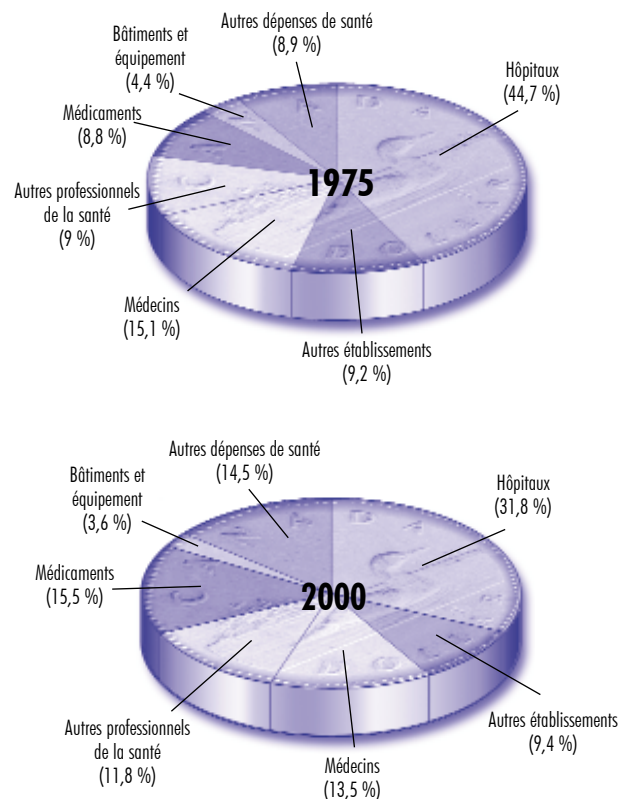
Où vont les dollars de la santé?

Avec un budget estimé à 95 milliards de dollars en 2000, le système de santé canadien est une immense entreprise. Plus de trois dollars sur cinq consacrés aux soins de santé vont aux hôpitaux, aux médicaments et aux services médicaux réunis.

Où vont les dollars de la santé?

69

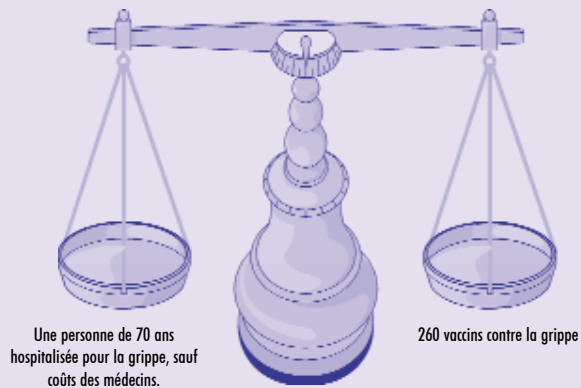
Nous ne dépensons plus nos dollars de la santé de la même façon qu'avant. Il y a 25 ans, les hôpitaux accaparaient une beaucoup plus grosse partie des dépenses, et les services médicaux étaient la deuxième catégorie en importance, non la troisième. Cette figure illustre comment la répartition des dépenses de santé des secteurs public et privé a changé entre 1975 et 2000 (prévisions) au Canada.



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

Où vont nos taxes?

Chaque jour, les administrateurs du secteur de la santé, les décideurs des gouvernements, et d'autres personnes, doivent faire des choix difficiles sur l'affectation des deniers publics. Vaut-il mieux financer des campagnes anti-tabac à l'intention des adolescents ou payer les timbres à la nicotine de ceux qui essaient d'arrêter de fumer? Est-ce plus profitable de mettre sur pied un service téléphonique pour dispenser des conseils sur la santé 24/7 ou d'engager plus d'infirmières pour réduire l'encombrement des salles d'urgence? Cette figure illustre deux façons possibles de dépenser 2 150 \$, soit un peu moins que ce que le secteur public a dépensé en moyenne en 2000 par habitant (2 198 \$).



Source/remarques : Les frais hospitaliers sont une estimation du coût du séjour d'un patient de 70 ans dans un hôpital de soins de courte pour une grippe, sans autres comorbidités majeures. L'estimation s'appuie sur les données de l'ICIS sur l'utilisation moyenne des ressources au niveau Canada (à l'exclusion du Québec et du Manitoba). Les paiements aux médecins rémunérés à l'acte ne sont pas inclus. Le coût des programmes de vaccination est basé sur le programme de l'Ontario en 2000-2001, qui versait 8,25 \$ aux médecins rémunérés à l'acte si la vaccination contre la grippe était le seul but de la visite du patient.

Les hôpitaux : Une part importante, mais en baisse, des dollars de la santé

Avec près du tiers de toutes les dépenses, les hôpitaux constituent la première catégorie en importance des dépenses de santé. En 2000, les coûts hospitaliers devraient avoir augmenté de plus de 5 % par rapport à l'année précédente. Néanmoins, leur part des dollars de la santé a baissé légèrement, comme elle le fait chaque année depuis le milieu des années 1970. Pendant cette période, le nombre de séjours à l'hôpital a aussi diminué, mais les chirurgies d'un jour sont devenues plus fréquentes.

Les données de l'ICIS révèlent que le gros des services hospitaliers (92 %) sont financés par les deniers publics. Comment finance-t-on les services publics? Une équipe de chercheurs⁴ a récemment étudié les modes de financement au pays. Ils ont constaté qu'en général, les gouvernements financent les services hospitaliers en fonction des critères suivants :

- la clientèle desservie (p. ex. la proportion de personnes âgées dans la région) ou les types de services dispensés (p. ex., le nombre d'arthroplasties de la hanche);
- les sommes d'argent dépensées par les hôpitaux dans le passé, soit dans l'ensemble, soit pour des frais particuliers, telles que mesurées selon des principes comptables normalisés;
- des critères relatifs au programme politique du gouvernement et les besoins des électeurs définis par des membres élus de l'assemblée législative (p. ex., fonds spéciaux pour programmes prioritaires).

Les médicaments : toujours en croissance rapide

En 1997, les ventes au détail de médicaments sont devenues la deuxième catégorie en importance des dépenses de santé, dépassant les services médicaux. Elles constituent maintenant plus de 15 % de l'ensemble des dépenses. On estime qu'elles atteindront 14,7 milliards de dollars en 2000, une hausse de 9 % par rapport à l'année précédente. Entre 1985 et 1998, la croissance en pourcentage des dépenses en médicaments était deux fois plus élevée que pour les dépenses en général.

Qu'est-ce qui motive une telle croissance? Il n'existe pas d'indice de prix officiel pour tous les médicaments vendus au Canada et les indices de prix disponibles ont leurs forces et leurs faiblesses.⁵ Toutefois, l'indice des prix à la consommation, l'indice des prix des produits industriels, l'indice du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et les indices de prix des régimes provinciaux de médicaments sont restés pratiquement les mêmes depuis 1993. Cela permet de penser que la hausse dans les dépenses en médicaments peut s'expliquer en grande partie par une utilisation moyenne accrue par personne et par l'apparition de nouveaux médicaments sur le marché. Plusieurs facteurs peuvent engendrer des changements dans les taux d'utilisation : couverture d'assurance plus étendue, tendances de la démographie et de l'état de santé, changements dans les pratiques de prescription, nouveaux produits pharmaceutiques, nouveaux traitements, etc.

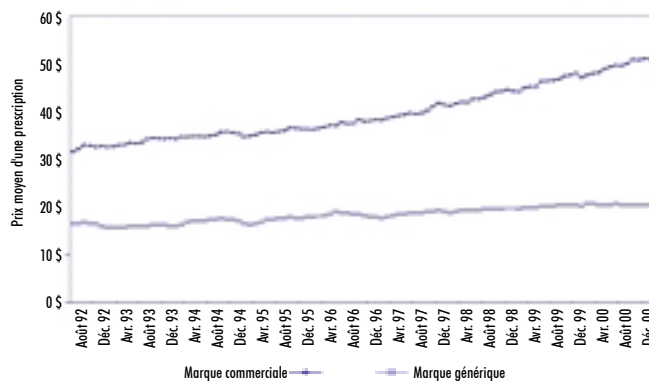
Comprendre les dépenses en médicaments

Les ventes au détail de médicaments sont surtout constituées de médicaments de prescription, mais d'autres produits représentent un peu moins du quart des dépenses. Cela comprend les médicaments en vente libre et les produits d'hygiène personnelle, comme les nécessaires pour test de grossesse et les solutions pour lentilles cornéennes. Depuis 1985, les dépenses liées aux médicaments de prescription augmentent beaucoup plus rapidement que pour les médicaments en vente libre. Par conséquent,

Le coût des médicaments

70

Dans la dernière décennie, le coût moyen (non ajusté pour l'inflation) d'une prescription au Canada (sans compter les territoires) a continué de grimper, comme l'illustre ce graphique. L'augmentation a été plus rapide pour les marques commerciales que pour les marques génériques.



Source : IMS Health

les médicaments de prescription représentent une part de plus en plus grande du total, passant de 67 % en 1985 à 77 % en 2000.

En 1998, les Canadiens ont payé directement 24 % des médicaments de prescription et les assureurs privés, 34,6 %. En 1998-1999, presque les trois quarts (74 %) des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir une assurance publique ou privée (avec des franchises différentes) pour les médicaments de prescription. Les personnes âgées, les jeunes adultes et les Canadiens à faible revenu avaient moins de chances d'être assurés. Cela s'explique en partie par le fait qu'une assurance privée est souvent un des avantages sociaux offerts par les employeurs et elle englobe les employés et leurs personnes à charge.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a récemment financé une étude portant sur l'accès à ce type d'assurance.⁶ Les chercheurs ont constaté que certaines personnes ont des difficultés à continuer d'être protégées par une assurance si leur situation change. Cette observation est particulièrement valable pour celles qui comptent sur des régimes parrainés par l'employeur ou qui déménagent d'une province à l'autre.

L'étude a aussi révélé que la couverture de l'assurance publique varie grandement entre les provinces. Des familles dont le revenu et les besoins médicaux sont similaires peuvent avoir droit à des avantages offerts par l'État bien différents selon l'endroit où elles demeurent. De même, les chercheurs ont noté que la province de résidence est le plus important facteur qui détermine si une personne possède une protection adéquate contre les coûts exorbitants des médicaments.

Les médecins : une croissance plus lente que dans les autres secteurs

Les dépenses liées aux services médicaux ont augmenté relativement vite au milieu des années 1980, puis elles ont ralenti dans les années 1990. Selon l'ICIS, la croissance devrait être de l'ordre d'un peu moins de 5 % en 2000. Ce pourcentage est plus élevé qu'au cours des dernières années, mais tout de même inférieur à la croissance des autres grandes catégories de dépenses. Par conséquent, les services médicaux coûtent maintenant presque 13 milliards de dollars, ou 13,5 % des dépenses totales de santé.

Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie financent presque la totalité des services médicaux. Les médecins canadiens leur ont envoyé des factures pour 241 millions de services professionnels dispensés en 1997-1998.⁷ Les régimes d'assurance ont versé en moyenne 29,49 \$ pour les consultations et les visites. Le paiement moyen pour les interventions chirurgicales varie selon le type d'intervention. Par exemple, un paiement pour une vasectomie était en moyenne de 94 \$, comparativement à 1 100 \$ pour un pontage aortocoronarien.



Médecins et régimes provinciaux 71

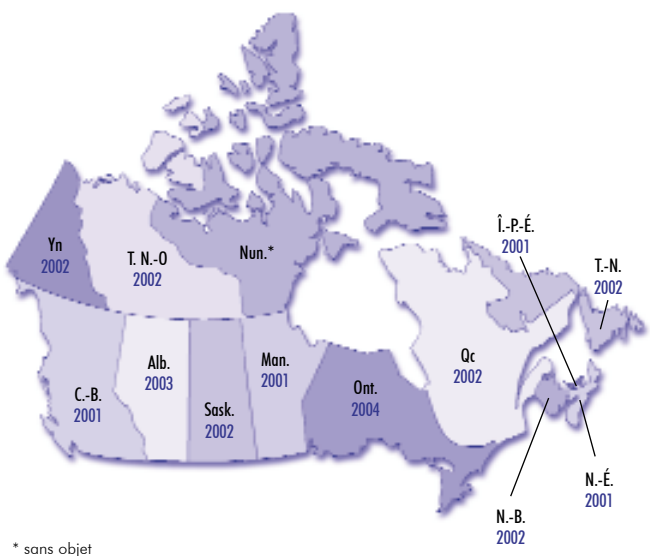
Les frais médicaux moyens varient d'un endroit à l'autre du pays. La facturation brute doit tenir compte du personnel, des bureaux et des autres dépenses (qui peuvent être différentes d'une province à l'autre) et du revenu personnel du médecin. Pour faciliter les comparaisons, nous n'avons étudié que les médecins qui ont reçu des paiements d'au moins 50 000 \$ des régimes provinciaux pour des services rémunérés à l'acte en 1997-1998. En moyenne, les médecins de famille ont reçu 177 191 \$, et les spécialistes, 239 322 \$. Ce tableau présente la facturation brute moyenne, selon la province.

Province	Omnipraticiens	Spécialistes
Terre-Neuve	150 987 \$	215 256 \$
Île-du-Prince-Édouard	195 642 \$	248 509 \$
Nouvelle-Écosse	140 427 \$	221 114 \$
Nouveau-Brunswick	162 498 \$	255 065 \$
Québec	138 122 \$	177 089 \$
Ontario	200 076 \$	278 195 \$
Manitoba	140 169 \$	181 708 \$
Saskatchewan	185 454 \$	252 570 \$
Alberta	175 427 \$	237 410 \$
Colombie-Britannique	175 589 \$	240 396 \$

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS

Le temps est écoulé 72

Les paiements versés aux médecins sont définis en détail dans des tarifs d'honoraires qui varient d'une province à l'autre. Ils changent régulièrement au gré des négociations entre les gouvernements et les associations médicales. Cette carte illustre le moment où les ententes actuelles (en date de février 2001) viendront à échéance.



Source : Associations médicales provinciales et territoriales

La rémunération à l'acte comme seule source de revenu

La plupart des médecins canadiens facturent les provinces pour chaque service qu'ils dispensent, mais ils sont de plus en plus nombreux à être payés différemment. Leur rémunération provient de salaires, d'ententes basées sur la vacation, ou d'une combinaison des deux et des paiements à l'acte. Ce tableau présente le pourcentage estimé de médecins actifs qui étaient rémunérés à l'acte seulement en 1994-1995 et en 1997-1998. Dans certaines provinces, la plus grosse partie de leur revenu provient des paiements à l'acte, même s'ils reçoivent des paiements en vertu d'un autre mode de rémunération ou d'un accord de financement.

Province	1994-1995	1997-1998
Terre-Neuve	72 %	72 %
Île-du-Prince-Édouard	92 %	76 %
Nouvelle-Écosse*	75 %	60 %
Nouveau-Brunswick	67 %	60 %
Québec*	63 %	n.d.
Ontario*	94 %	94 %
Manitoba	61 %	41 %
Saskatchewan	84 %	81 %
Alberta*	98 %	98 %
Colombie-Britannique	92 %	78 %

Remarque : n.d. - non disponible

Source : ministères provinciaux de la Santé

* Les chiffres de la Nouvelle-Écosse incluent 29 médecins qui ont reçu des paiements pour la radiologie, la médecine interne et la pathologie seulement (pendant les deux années) et 43 médecins qui ont reçu des paiements pour des services psychiatriques seulement (en 1997-1998). Le pourcentage des médecins du Québec dont le revenu provient uniquement de la rémunération à l'acte n'est pas disponible pour 1997-1998; par contre, on sait que 88 % des médecins étaient rémunérés à l'acte cette année-là. Les chiffres de l'Ontario pour les deux années reflètent le nombre de médecins qui peuvent facturer à l'acte. Les chiffres de l'Alberta pour 1997-1998 sont des estimations.

Le revenu que les médecins retirent de l'exercice de leur profession n'est pas le montant qu'ils facturent aux régimes d'assurance-maladie. Ils doivent payer les frais associés à la pratique, comme des frais de personnel et de bureau, à partir des sommes qu'ils facturent. Les estimations de l'étendue de ces sommes varient. Par exemple, l'Association médicale canadienne compile des estimations depuis le milieu des années 1990 qui s'échelonnent entre 26 % et 42 % de la facturation brute pour des services rémunérés à l'acte. Les coûts dépendent de plusieurs facteurs, dont le lieu de travail d'un médecin, et s'il est un omnipraticien ou un spécialiste.

Donner à la santé

Les Canadiens ont donné environ 773 millions de dollars à des hôpitaux, à la Société canadienne du cancer, à la Fondation canadienne des maladies du cœur, et à plusieurs autres organismes de santé, pendant l'année précédant une enquête réalisée en 1997 par Statistique Canada.⁸ Plus de la moitié (52 %) des Canadiens ont fait un don en argent pour appuyer ces groupes. En fait, les organismes de santé ont reçu la plus grosse part de tous les dons de charité (38 %) que tout autre secteur.

D'où viennent les dons? Voici les caractéristiques des personnes qui étaient le plus susceptibles de faire un don :

- les personnes plus âgées (surtout par rapport aux moins de 25 ans);
- les femmes;
- les personnes mariées;
- les personnes qui travaillent, qui sont plus instruites et dont le revenu est élevé;
- les habitants des régions rurales;
- les personnes ayant un lien avec un groupe religieux, sans égard à l'appartenance;
- les personnes qui donnent d'une autre façon ou qui font du bénévolat.

Qui donne à la santé, et combien

73

La fréquence des dons de charité et leur montant varient en fonction de plusieurs facteurs : conditions économiques, valeurs sociales et conventions culturelles. Ces facteurs, et d'autres encore, sont reflétés dans les variations provinciales associées aux taux de don de charité. Ils sont mesurés au moyen du pourcentage d'habitants qui ont déclaré avoir fait un don à au moins un organisme sans but lucratif ou caritatif à visée sanitaire pendant l'année précédant un sondage réalisé en 1997. Le tableau présente aussi les dons moyens et typiques (médiane). La moitié des dons étaient inférieurs à la médiane et l'autre moitié, supérieure.

Province	Taux de dons de charité	Moyenne	Médiane
Terre-Neuve	70 %	25 \$	11 \$
Île-du-Prince-Édouard	69 %	62 \$	20 \$
Nouvelle-Écosse	63 %	43 \$	20 \$
Nouveau-Brunswick	62 %	36 \$	20 \$
Québec	42 %	66 \$	15 \$
Ontario	56 %	75 \$	30 \$
Manitoba	53 %	61 \$	28 \$
Saskatchewan	61 %	41 \$	20 \$
Alberta	52 %	54 \$	28 \$
Colombie-Britannique	46 %	52 \$	25 \$

Source : Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, [Statistique Canada](#)

Les lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Le montant d'argent que chaque province et chaque territoire alloue aux divers types de soins, comme les hôpitaux, les services médicaux et les médicaments.
- La part des dépenses engagées par les secteurs public et privé.
- Les changements dans les dépenses au fil du temps.
- La manière dont les dépenses au Canada se comparent à celles d'autres pays.
- Combien d'argent en moyenne les gouvernements provinciaux et territoriaux dépensent pour les Canadiens de différents âges, et comment cela affecte les comparaisons des dépenses totales entre les secteurs de compétence.
- Comment les coûts pour un vaste éventail de services de santé se comparent d'un endroit à l'autre au pays.

Ce que nous ignorons

- Comment les changements dans les dépenses de santé affectent-ils la santé des Canadiens?
- Quels sont les coûts directs et indirects de différentes maladies aujourd'hui?
- Comment les dépenses de santé varient-elles d'une collectivité à l'autre?
- Combien d'argent les Canadiens dépensent-ils pour la médecine complémentaire et parallèle, comme la massothérapie, l'homéopathie et les produits à base de plantes médicinales?
- Combien coûtent la réadaptation, la promotion de la santé et les services communautaires?
- Combien coûte une arthroplastie de la hanche, un accouchement, ou d'autres types de soins?
- Quelle est la part du gouvernement fédéral dans les dépenses de santé, après l'introduction du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux?

Ce qui se passe

- Plusieurs provinces ont des plans pour améliorer la cohérence et l'opportunité des données financières des hôpitaux, y compris l'élaboration d'indicateurs de rendement pour évaluer la situation financière des hôpitaux.
- On met au point des méthodes pour rapporter les dépenses associées aux services communautaires (p. ex., santé publique et soins à domicile).
- On prévoit améliorer les comparaisons des dépenses entre les provinces et les territoires.

Pour en savoir davantage

¹ ICIS (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*. Ottawa : ICIS

² *Éco-Santé OCDE 2000 : Analyse comparative de 29 pays* [CD-ROM]. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES).

³ Moore, R., Mao, Y., Zhag J. et Clarke, K. (1997). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa : [Santé Canada](#)

⁴ ICIS (2000). *Les méthodes de gestion financière des hôpitaux au Canada : Financement, rapports et suivi du rendement*. Version préliminaire, octobre 2000. Ottawa : ICIS

⁵ ICIS (2001). *Drug Expenditures in Canada, 1985 to 2000*. Ottawa : ICIS

⁶ Applied Management, Fraser Group, Tristat Resources (2000). *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicine*. Ottawa : [Santé Canada](#)

⁷ ICIS (2000). *Base de données nationale sur les médecins — Rapport sur les catégories du Système de groupement national, Canada, 1996-1997 et 1997-1998*. Ottawa : ICIS

⁸ Febbro, A. et Hal, M. (1999). *Charitable Giving and Non-Profit Health Organizations: Perspectives Provided from the National Survey of Giving, Volunteering and Participating*. Ottawa : [Santé Canada](#)

The background of the page features a soft, light purple illustration of four hands reaching out from the top and sides towards the center. The hands are rendered in a semi-transparent, ethereal style, creating a sense of unity and support. The overall aesthetic is clean and professional, with a focus on human connection.

Partie C : Orientations

8. En rétrospective ~ Perspectives

Du nouveau en 2001

Presque chaque page du présent rapport contient des données et analyses nouvelles ou mises à jour dont nous ne disposions pas l'année dernière. Certaines données — comme les montants à jour sur les dépenses de santé ou les résultats des recherches sur la répercussion de la réforme de la santé à Montréal et en Colombie-Britannique — proviennent d'études publiées par l'ICIS ou d'autres organisations pendant l'année qui vient de s'écouler. Nous présentons aussi de nouvelles analyses et une actualisation des séries de données. Vous trouverez ci-dessous des exemples de l'information nouvelle. La liste complète est donnée à notre site Web, www.icis.ca.

- Risques de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission initiale après une crise cardiaque (compte tenu des différences relatives à plusieurs facteurs de risque importants) qui ont changé au cours des dernières années, et variation de ces risques d'une région du pays à l'autre.
- Fréquence des divers types d'actes chirurgicaux dans les centres à volumes élevé et faible.
- Fermetures de lits d'hôpitaux et évolution du recours aux programmes de chirurgie d'un jour depuis le milieu des années 1980.
- Accès au numéro 9-1-1 au Canada.
- Changement dans l'effectif de pharmaciens, de dentistes, de physiothérapeutes et d'autres types de professionnels de la santé.
- État de santé et degré de satisfaction des infirmières comparativement à d'autres travailleurs, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé.
- Mesure dans laquelle les patients de divers coins du pays reçoivent des soins hospitaliers à l'extérieur de leur région de résidence — dans l'ensemble et pour certains types de soins.
- Comparaison entre les 63 principales régions sanitaires du Canada (englobant plus de 90 % de la population totale) en fonction d'indicateurs clés de la santé et des soins de santé.
- Information à jour sur les services de soins à domicile offerts dans chaque province/territoire.

Nous avons demandé à nos lecteurs ce qu'ils jugeaient le plus important dans notre rapport *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, que nous avons lancé l'an dernier. Nombre d'entre eux nous ont dit qu'ils appréciaient surtout la compilation des données les plus récentes, inscrites dans le contexte de résultats des recherches les plus récentes; ils ont aimé ce bilan de ce que nous savons et de ce que nous ignorons des soins de santé au Canada.

Le rapport 2001 poursuit sur cette lancée. Dans certains cas, nous revenons sur des sujets importants traités en 2000; par exemple les répercussions de la réforme des soins de santé, les temps d'attente ainsi que l'état de santé et la satisfaction au travail du personnel infirmier. Sur chacun de ces sujets, nous fournissons des données à jour et nous résumons les résultats des recherches et des analyses récentes. De plus, nous explorons de nouveaux domaines, comme les services de santé mentale, les répercussions du vieillissement de la population sur les hôpitaux, le bénévolat dans les soins de santé et les résultats des soins.

Une bonne partie de nos résultats correspondent à ceux de l'année dernière. Nous continuons à observer des changements significatifs dans le système de santé. Par exemple, les dépenses ont augmenté de 20 milliards depuis 1996. Le nombre de séjours de plus de 24 heures à l'hôpital continue de diminuer et le pourcentage des chirurgies d'un jour augmente. La composition des équipes de médecins, d'infirmières et des autres dispensateurs de soins évolue. De plus, nous assistons à d'autres changements importants dans le domaine des services de santé, comme de nouveaux modèles pour les soins primaires, de nouvelles applications de la télésanté et le recours accru aux thérapies complémentaires et parallèles.

Malgré tout, le changement suit résolument les mêmes axes. En effet, la plupart des Canadiens sont encore en bonne santé. L'espérance de vie augmente aussi, même si des différences importantes subsistent à l'intérieur des collectivités, et d'une collectivité à l'autre. En grande majorité, les Canadiens demeurent satisfaits des soins qu'ils reçoivent. Les sondages d'opinion révèlent cependant que l'évaluation globale du système de santé est nettement inférieure à celle qui lui était accordée il y a une décennie (même si on décèle depuis quelques mois des signes de stabilisation ou d'amélioration).

Le rapport de cette année contient aussi de nouvelles données et analyses importantes sur les résultats des soins. Il montre, pour la première fois, de quelle façon les chances de survivre à une crise cardiaque varient d'une région à l'autre du pays. Dans l'ensemble, ces chances de survie, comme celles qui s'appliquent à plusieurs types de transplantations, se sont améliorées au cours des dernières années. Néanmoins, les données portent à croire qu'il peut être encore possible d'améliorer les résultats de certains soins. Par exemple, des chercheurs canadiens et d'autres pays ont constaté que les chances de survie à de nombreux types de chirurgies sont meilleures dans les hôpitaux où le volume de soins est plus élevé. Même si de nombreux Canadiens subissent des opérations dans ces types d'établissements, d'autres sont traités dans des hôpitaux qui reçoivent moins de patients.

Dans ces domaines comme dans d'autres, nos lacunes en matière d'information se comblent peu à peu. Mais beaucoup reste à faire. Le rapport de 2000 présentait de nombreuses questions sans réponse, tout comme celui de cette année. Par exemple, dans quelle mesure est-ce que le système de santé répond aux besoins dans toutes les régions du pays? De quelle façon est-ce que les temps d'attente varient d'un endroit à l'autre? Est-ce que le pourcentage d'erreurs dans le système de santé au Canada est supérieur ou inférieur à celui que l'on retrouve aux États-Unis et en Australie — deux pays qui se sont récemment penchés sur la question? De quelle façon l'évolution des caractéristiques démographiques, de la pratique et des autres facteurs influencent-elle l'effectif de médecins, de personnel infirmier et d'autres dispensateurs de soins, et quels sont les besoins à ces niveaux? Quelles sont les répercussions des services et des coûts sur la santé de la population, à court et à long terme? Nous possédons des bribes d'information mais, dans l'ensemble, ces questions et bien d'autres demeurent sans réponse.

Quelles sont nos chances d'obtenir des réponses? Dans certains cas, elles sont très bonnes. En septembre 2000, les premiers

Un cadre pour comprendre les indicateurs de santé

Nous disposons d'une vaste gamme de données importantes sur la santé et les soins de santé, mais de nombreuses lacunes demeurent. Le cadre ci-dessous a été élaboré par suite de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population organisée en 1999. Ce cadre commun permet de structurer et de comprendre ce que nous connaissons et ce que nous ignorons. Lorsque c'est possible, tous les éléments du cadre sont harmonisés avec ceux que l'on utilise dans d'autres initiatives permanentes. Par exemple, certains des éléments de la catégorie sur l'état de santé sont

ÉTAT DE SANTÉ			
Problèmes de santé	Fonction humaine	Bien-être	Décès
Déterminants de la santé			
Comportement sanitaire	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
Rendement du système de santé			
Acceptabilité	Accessibilité	Caractère approprié	Compétence
Continuité	Efficacité	Efficiencia	Sécurité
Caractéristiques communautaires et du système de santé			

fondés sur des concepts de la Classification internationale du fonctionnement et du handicap (CIH-2, version bêta-2) de l'Organisation mondiale de la Santé. De la même façon, les éléments de la catégorie sur le rendement du système de santé proviennent du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Nous

Source : ICIS

possédons déjà des données touchant de nombreux indicateurs choisis lors de la conférence consensuelle ou de consultations ultérieures. Certaines se retrouvent dans l'encart *Indicateurs de santé 2001* qui accompagne le présent rapport. On peut aussi prendre connaissance d'autres données sur les indicateurs sur le site de l'ICIS : www.icis.ca. Le cadre et les indicateurs évolueront au fur et à mesure des consultations permanentes avec les intervenants clés au pays.



ministres du Canada ont convenu de faire rapport au public d'ici l'automne 2002 sur les temps d'attente, le taux de satisfaction des patients et douze autres indicateurs. D'autres initiatives visant à combler les lacunes en matière d'information sont aussi en marche. Par exemple, l'ICIS et les [Instituts de recherche en santé du Canada \(IRSC\)](#) ont convenu de commander ensemble des recherches sur les erreurs dans le système de santé au Canada, l'ICIS prévoit diffuser un rapport spécial sur l'équipe de santé à l'automne 2001 et des estimations nouvelles du fardeau économique de la maladie sont en cours de réalisation. Les résultats de la nouvelle [Enquête sur la santé communautaire](#) de Statistique Canada commenceront à être diffusés plus tard cette année.

Dans d'autres domaines, des défis importants subsistent. Par exemple, une compréhension plus approfondie du rendement du système de santé repose sur un éventail plus large de données et d'analyses à jour, fiables et comparables sur la

satisfaction, l'accès, l'adéquation, l'efficacité, l'efficacéité et la sécurité (et peut-être même d'autres domaines). Ces données ne doivent pas concerner uniquement les hôpitaux. Elles doivent commencer à combler des lacunes importantes en matière d'information liée aux médicaments, aux soins primaires, à la santé publique, aux soins à domicile, aux centres d'accueil, aux services de santé mentale et de toxicomanie et à d'autres services. Des mesures ont déjà été prises dans nombre de ces domaines; on peut donc s'attendre à une amélioration progressive de la situation.

Dans les prochains rapports, nous espérons faire état des progrès réalisés dans

ces domaines comme dans d'autres. Les consultations sur les priorités en matière de recherche se déroulent déjà dans tout le pays. Et nous continuons à surveiller les nouvelles sources de recherche et de données en matière de santé. Nous prévoyons utiliser les résultats de ces dernières activités de même que les commentaires sur le présent rapport et les conseils de notre groupe d'experts pour progresser. Veuillez nous aider à élaborer des rapports correspondant mieux à vos besoins en remplissant le formulaire de commentaires à la fin du rapport ou en envoyant vos suggestions par courriel à rapportsante@cihi.ca.

Bâtir un système d'information sur la santé

74

Supposons que vous êtes à la tête d'un programme de réadaptation. L'objectif du programme est d'aider les gens ayant eu un ACV, une amputation, un remplacement d'articulation ou un autre problème de santé à recouvrer et à améliorer des aptitudes de base comme marcher, monter un escalier et parler. De quels renseignements aimeriez-vous disposer? Pour le savoir, nous avons posé la question à des spécialistes en réadaptation de tout le pays. Ils nous ont expliqué que l'établissement de données comparatives sur les délais d'attente, les services et les résultats des soins pour des programmes semblables est importante. L'information sur l'état des patients (est-ce que la douleur a diminué ou augmenté?) pendant le traitement et après le congé est aussi importante. Le nouveau Système de rapports pour la réadaptation a pour objet de fournir ces renseignements et bien d'autres. Comme de nombreuses initiatives dans ce domaine, le système a évolué avec le temps, tel que l'indique le calendrier ci-dessous. Ne manquez pas les données sur les délais d'attente, les services fournis et les résultats des traitements dans le rapport annuel de l'année prochaine.

1995	<ul style="list-style-type: none"> Les consultations auprès d'intervenants des soins de santé permettent de considérer comme prioritaire la correction des lacunes en information sur la réadaptation et les autres services de soins non urgents. L'ICIS entreprend une évaluation environnementale des programmes de réadaptation, des besoins en information et des systèmes de données au Canada.
1996	<ul style="list-style-type: none"> Un groupe de travail multidisciplinaire - comprenant des professionnels de la réadaptation, des fonctionnaires, des chercheurs et des consommateurs - se voit confier la tâche de conseiller l'ICIS sur les questions et priorités en matière d'information sur la réadaptation. Le groupe de travail s'entend sur un fichier minimal que les programmes de réadaptation doivent constituer.
1997-1998	<ul style="list-style-type: none"> Un essai pré-pilote de l'ensemble de données touchant cinq programmes de réadaptation à l'hôpital ou en centre d'accueil est effectué à Toronto. Cet essai préliminaire (tout comme les stades ultérieurs) respecte des principes et normes rigoureux en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité. Réalisation d'un essai pilote complet touchant 31 programmes de réadaptation à l'hôpital ou en centre d'accueil dans six provinces.
1998-1999	<ul style="list-style-type: none"> Analyse et diffusion des résultats de l'essai pilote. Organisation d'une consultation auprès du groupe de travail et d'autres sur les améliorations à apporter par suite des essais pilotes.
1999-2000	<ul style="list-style-type: none"> Un consensus est atteint sur les modifications à apporter aux fichiers de même que sur les indicateurs prioritaires et le regroupement pertinent des patients/clients. Les séances de formation sur le prototype du système de rapports commencent. Le <i>British Columbia Health Information Standards Council</i> adopte la norme comme outil privilégié de collecte de données sur la réadaptation des patients hospitalisés dans la province.
2000-2001	<ul style="list-style-type: none"> Le prototype du système de rapports est lancé en avril 2000. En mars 2001, plus de 30 établissements de réadaptation de patients hospitalisés dans six provinces participent à l'initiative. Les plans prévoient l'élargissement de la participation à d'autres établissements et provinces au cours de l'année qui suit.
2001-2002	<ul style="list-style-type: none"> Lancement officiel du Système de rapports pour la réadaptation au Congrès annuel de l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation/RehabNet en juin 2001.
Plans pour l'avenir	<ul style="list-style-type: none"> Encourager un plus grand nombre de programmes de réadaptation à participer à l'initiative afin de comparer les délais d'attente, l'utilisation des services et les résultats des traitements subis par les patients/clients, dans le but de soutenir la gestion des programmes et les efforts en matière d'amélioration de la qualité. Mettre en oeuvre des outils qui permettent un accès plus facile et plus souple aux résultats propres à chaque établissement et aux résultats comparatifs. Donner suite aux autres priorités touchant les améliorations permanentes au processus suggérées par les participants. Élargir le système de rapports au-delà de la population de patients adultes hospitalisés afin d'englober les clients des services pédiatriques et les soins hors établissement.

Les numéros de page en italique indiquent que l'information apparaît dans un tableau, une figure ou un encadré.

9-1-1 21, 22

ablation de la vésicule biliaire 64, 65, 67

accidents cérébrovasculaires 75

acupuncture 47

administrateurs de la santé 54

âge

des infirmières 49-50

des médecins 52

et dépenses de santé 74

et dons de charité à la santé 79

et hospitalisation 27, 29-30

et soins de longue durée 38, 39

et survivre au cancer 62-63

et traitements parallèles 23

et utilisation des soins à domicile 39-40

et visites chez un médecin 19

aidants naturels 54-55

Alberta

aidants naturels 54-55

dépenses de santé 73-74

dons de charité à la santé 79

infirmières 48

migration des médecins 52

ministres de la Santé 54

mortalité causée par maladies cardiaques 60-61

paiements aux médecins 78

programme de vaccination contre la grippe 18

programmes de soins à domicile 39

satisfaction à l'égard des soins de santé 11, 12

services d'urgence 21

télésanté 22, 41

temps d'attente 33

utilisation des médicaments de prescription 21

ambulances 72

aromathérapie 23

assurance-maladie 73

bâtiments et équipement, dépenses de santé 75

bénévoles

en tant que dispensateurs de soins 54-55

et dons de charité à la santé 79

blessures

fardeau économique 75

infirmières au travail 50

cancer

fardeau économique 75

mortalité 62

taux de survie 62-63, 68

temps d'attente pour un traitement 32

cancer de la prostate, survie 63

cancer du côlon-rectum

survie 62

temps d'attente 32

cancer du poumon, survie 62

cancer du sein

survie 62

temps d'attente 32

césariennes 30-31

chiropratique

nombre de praticiens 47

utilisation accrue 23

chirurgie

centralisation 67

effet du volume de cas 64-67

rôles des infirmières 47

télésanté 42

temps d'attente 31-34

transplantation 63-64

chirurgie cardiaque en pédiatrie 64, 65

chirurgie cardiovasculaire-thoracique 42

chirurgie de la cataracte 32

Colombie-Britannique

dépenses de santé 73-74

dispensateurs de soins réglementés 47

dons de charité à la santé 79

fermetures de lits d'hôpitaux 28

infirmières 48

migration des médecins 52

ministres de la Santé 54

paiements aux médecins 78

pontages aortocoronariens 66-67

programme de vaccination contre la grippe 18

programmes de soins à domicile 39

services d'urgence 21

survivre au cancer 62-63

télésanté 22, 41

temps d'attente 33

utilisation des médicaments de prescription 21

Commission Clair 13, 19

Commission Fyke 13

Commissions royales

Avenir des soins de santé 13

Commission Clair, Québec 13, 19

Commission Fyke, Saskatchewan 13

comparaisons internationales

aidants naturels 55

césariennes 30-31

dépenses de santé 71-72

espérance de vie 8, 8

migration des médecins 53

mortalité chez les moins de cinq ans 8

résultats des chirurgies 67

satisfaction à l'égard des soins 12

survivre à une transplantation 64

systèmes de santé 8

dentistes

financement privé 72

nombre 47

dépenses de santé

croissance 71-72

différences provinciales/territoriales 73-74

dons de charité 79

fardeau de la maladie 75, 80

lacunes de l'information 68, 80

mélange secteur public/secteur privé 72-73

où va l'argent 75-78

dépression 37

différences entre les sexes

et dépenses de santé 74

et dons de charité à la santé 79

et espérance de vie 8

et maladie 8

et poids des enfants 17

et soins de longue durée 38, 39

et survivre au cancer 62-63

et traitements parallèles 23

et utilisation des soins à domicile 40

et visites chez un médecin 19

parmi les aidants naturels 55

parmi les médecins 52

LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA 2001

- dirigeants des services de santé 54
- dispensateurs de soins, voir aussi professions spécifiques
 - aidants naturels 54-55
 - composition changeante 47
 - dépenses de santé 75
 - lacunes de l'information 56
- dons de charité à la santé 79
- dossiers électroniques des patients 40
- éducation
 - et dons de charité à la santé 79
 - et utilisation des traitements parallèles 23
- enfants
 - mortalité 8
 - poids 17
- espérance de vie 8, 14
- état civil et dons de charité à la santé 79
- état de santé
 - déterminants 8
 - indicateurs 13, 14
 - soins de longue durée 39
- femmes
 - dons de charité à la santé 79
 - en tant qu'aidants naturels 55
 - espérance de vie 8
 - médecins 52
 - soins de longue durée 38, 39
 - survivre au cancer du sein 62
 - utilisation des soins à domicile 40
 - utilisation des traitements parallèles 23
 - visites chez un médecin 19
- grippe
 - immunisation 17-18
 - nombre de cas 18
- grossesse et accouchement
 - fardeau économique 80
 - hospitalisations 27, 30-31
 - sages-femmes 47
- homéopathie 23
- hommes
 - en tant qu'aidants naturels 55
 - espérance de vie 8
 - soins de longue durée 38, 39
 - survivre au cancer 62-63
 - utilisation des traitements parallèles 23
 - visites chez un médecin 19
- hôpitaux
 - dépenses 75-76
 - et résultats des soins 64-67, 68
 - fermetures 27-28
 - fermetures de lits 14, 27, 28
 - lacunes de l'information 34, 43
 - satisfaction des Canadiens 11-12
 - soins en santé mentale 37, 38
 - temps d'attente 31-33
- hospitalisations
 - durée du séjour 27, 29-30
 - évitables 19-20
 - grippe 18
 - grossesse et accouchement 27, 30-31
 - maladies chroniques 19
 - personnes âgées 27, 29-30
 - soins en santé mentale 38
- hygiénistes dentaires 47
- hystérectomies 64, 65, 67
- Île-du-Prince-Édouard
 - dépenses de santé 73-74
 - dons de charité à la santé 79
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - services d'urgence 21
 - télésanté 41
- immunisation
 - grippe 17-18
 - lacunes de l'information 24
 - polio 17
 - rougeole 17
 - varicelle 17
 - variole 17
- incapacités 38
- infirmières
 - absentéisme 50-51
 - accidents du travail 50
 - conseils au téléphone 22
 - inscription des étudiants 50
 - lacunes de l'information 56
 - nombre 47, 48, 50
 - nombres provinciaux/territoriaux 48
 - recrutement et maintien en poste 53
 - rôles 47, 48-49
 - satisfaction des Canadiens 12
 - satisfaction professionnelle 49
 - tendances de l'emploi 48
 - types 48
 - vieillesse 49-50
- influence des médias 11
- information sur Internet 23
- information sur la santé
 - comprendre les indicateurs 86
 - GPHIN 7
 - ICIS 85-86
 - Internet 23
 - lacunes de l'information 24
 - liens internationaux 8
 - réadaptation 87
 - recherche 86-87
- inscription volontaire des patients 19
- Labrador, télésanté 42
- maladie
 - et différences entre les sexes 8
 - et revenu 8
 - fardeau économique 75, 80
- maladies chroniques
 - et soins de longue durée 38, 39
 - et utilisation des traitements parallèles 23
 - et vaccins contre la grippe 18
 - et visites chez un médecin 19

- maladies du coeur
 - facteurs de risque 59-60
 - fardeau économique 75
 - mortalité 59-62
- Manitoba
 - dépenses de santé 73-74
 - dispensateurs de soins réglementés 47
 - dons de charité à la santé 79
 - fermetures de lits d'hôpitaux 28
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - services d'urgence 21
 - télésanté 41
 - temps d'attente 33
 - utilisation des médicaments de prescription 21
- massothérapie 23
- médecine autochtone 23
- médecine chinoise 23, 47
- médecins
 - dépenses de santé 75, 77-78
 - lacunes de l'information 56
 - mélange changeant 51
 - migration 52-53
 - migration provinciale/territoriale 52
 - nombre 47, 51, 52
 - recrutement et maintien en poste 53
 - satisfaction des Canadiens 12
 - sexes des médecins 51-52
 - soins en santé mentale 37
 - temps d'attente 31
 - vieillesse 52
 - visites 19
- médecins affectés aux hôpitaux 47
- médicaments
 - avantages et risques 20
 - dépenses de santé 75, 76-77
 - financement privé 73
 - financement public 72
 - lacunes de l'information 24
 - processus d'approbation 20
 - utilisation 20-21
- ministres de la Santé 54
- mortalité
 - après une chirurgie 64-67
 - causée par des maladies cardiaques 59-62
 - causée par le cancer 62
 - chez les moins de cinq ans 8
 - et fermetures d'hôpitaux 28
- naturopathie 23
- Nouveau-Brunswick
 - dépenses de santé 73-74
 - dons de charité à la santé 79
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - programme de vaccination contre la grippe 18
- programmes de soins à domicile 39
- services d'urgence 21
- télésanté 21-22, 41
- temps d'attente 34, 35
- Nouvelle-Écosse
 - dépenses de santé 73-74
 - dons de charité à la santé 79
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - services d'urgence 21
 - télésanté 41-42
 - temps d'attente 34, 35
- Nunavut
 - dépenses de santé 73-74
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - services d'urgence 21
 - télésanté 41
- Ontario
 - cas de gripes 18
 - dépenses de santé 73-74
 - dispensateurs de soins réglementés 47
 - dons de charité à la santé 79
 - infirmières 48
 - inscription volontaire des patients 19
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - pontages aortocoronariens 66
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - satisfaction à l'égard des soins de santé 11-12
 - services d'urgence 21
 - survivre à une transplantation 63
 - télésanté 22, 41
 - temps d'attente 32, 34, 35
 - utilisation des médicaments de prescription 21
 - utilisation des traitements parallèles 23-24
- optométristes 47
- personnes âgées
 - état de santé 38
 - hospitalisations 27, 29-30
 - satisfaction à l'égard des soins de santé 12, 13
 - soins à domicile 39-40
 - soins de longue durée 38-39
 - vaccins contre la grippe 17, 18
- pharmaciens 47
- physiothérapeutes 47
- plantes médicinales 23, 47
- poids, enfants 17
- polio 17
- pontages aortocoronariens 64, 65, 66-67
- profession et vaccins contre la grippe 18

LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA 2001

- promotion de la santé
 - activités 17
 - fardeau économique 80
 - importance accrue 9
- provinces
 - dépenses de santé 72-74
 - différences dans l'espérance de vie 8
 - dons de charité à la santé 79
 - infirmières 48
 - médecins 52
 - mortalité causée par crises cardiaques 60-62
 - paiements aux médecins 78
 - pontages aortocoronariens 66-67
 - programmes de vaccination contre la grippe 18
 - responsabilités en matière de soins de santé 9-10
 - services d'urgence 21
 - soins à domicile 39
 - télésanté 41
 - utilisation des médicaments de prescription 21
- provinces de l'Atlantique, voir aussi provinces spécifiques
 - pontages aortocoronariens 66
 - survivre à une transplantation 63
 - survivre au cancer 62-63
 - utilisation des médicaments de prescription 21
- provinces de l'Ouest
 - pontages aortocoronariens 66
 - survivre à une transplantation 63
 - utilisation des traitements parallèles 23
- psychologues 47
- qualité de vie
 - améliorations 8
 - des personnes âgées 30
 - impact des réformes 14
- qualité des soins
 - effet du volume de soins 64-67
 - facteurs qui influencent 64
 - gérer 65
 - impact des réformes 14
 - mesurer 68
- Québec
 - césariennes 31
 - dépenses de santé 73-74
 - dispensateurs de soins réglementés 47
 - dons de charité à la santé 79
 - espérance de vie 8
 - fermetures de lits d'hôpitaux 28-29
 - infirmières 48
 - inscription volontaire des patients 19
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - paiements aux médecins 78
 - pontages aortocoronariens 66
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - réformes de la santé 13
 - services d'urgence 21
 - soins en santé mentale 38
 - survivre à une transplantation 63
 - télésanté 41
 - utilisation des médicaments de prescription 21
- réadaptation
 - fardeau économique 80
 - information sur la santé 87
 - lacunes de l'information 43
- régionalisation 9-10, 14
- relaxation 23
- religion 79
- remplacement articulaire
 - fardeau économique 80
 - temps d'attente 30, 34, 35
 - volumes des soins 65
- Réseau mondial d'information sur la santé publique (GPHIN) 7
- résultat des soins
 - cancer 62-63
 - crise cardiaque 59-62
 - influence du volume 64-67
 - lacunes de l'information 68
 - transplantation 63-64
- revenu
 - et dons de charité à la santé 79
 - et maladie 8
 - et utilisation des traitements parallèles 23
- Rock, Allan 54
- Romanow, Roy 13
- rougeole 17
- Saskatchewan
 - dépenses de santé 9, 73-74
 - dons de charité à la santé 79
 - fermetures d'hôpitaux 28
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - réformes de la santé 13
 - services d'urgence 21
 - télésanté 41
 - utilisation des médicaments de prescription 21
- services communautaires
 - accès 29
 - fardeau économique 80
 - importance accrue 9, 29
 - promotion de la santé 17
 - soins en santé mentale 37-38
- services de santé
 - changements dans les années 1990 7, 19
 - fardeau économique 80
 - financement combiné 72-73
 - Internet 23
 - lacunes de l'information 24, 43, 56
 - modèle 6
 - parallèles 23-24, 47, 72, 80
 - satisfaction des Canadiens 28-29
 - soins à domicile 39-40, 43, 72
 - soins de longue durée 38-39, 43, 75
 - soins en santé mentale 37-38, 43
 - soins primaires 19
 - télésanté 21-22, 40-43
 - urgence 20, 21, 32, 35
- services des sages-femmes 47

- services d'urgence
 - 9-1-1 21-22
 - lacunes de l'information 35
 - télesanté 40
 - temps d'attente 33
- soins à domicile
 - clients 39-40
 - état de santé des clients 40
 - évaluation 39
 - financement public 72
 - lacunes de l'information 43
 - processus d'évaluation 39
 - programmes provinciaux/territoriaux 39
 - types de services 39-40
- soins de la vue
 - financement privé 73
 - nombre d'optométristes 47
- soins de longue durée
 - clients 39-40
 - dépenses de santé 75
 - état de santé des résidents 39
 - lacunes de l'information 43
 - traitements parallèles 23-24
- soins de santé
 - accès 14
 - lacunes de l'information 24
 - primaires 19
 - priorité pour les Canadiens 9
 - qualité 14, 64-65
 - temps d'attente 31-33
- soins en santé mentale
 - demander de l'aide 37
 - désinstitutionnalisation 37-38
 - lacunes de l'information 43
- soins palliatifs 47
- système de santé
 - financement 9
 - lacunes de l'information 14
 - mesure de la satisfaction 10, 14
 - opinion des Canadiens 11, 13-14
 - réformes 9-10, 13, 14, 19
 - responsabilités fédérales 9
 - responsabilités régionales 10
 - responsabilités provinciales/territoriales 9-10
 - qualité des soins 65
- télé-éducation 40
- télé-soins à domicile 40
- télédermatologie 42
- télé médecine 40
- télépsychiatrie 42
- télé radiologie 42
- télesanté
 - définitions 40
 - évaluation 41-42
 - lacunes de l'information 43
 - lignes téléphoniques pour conseils 21-22, 40
 - programmes provinciaux/territoriaux 41
 - types de services 40-41
- télesurveillance 40
- temps d'attente
 - attendre ou ne pas attendre 32
 - définition 32
 - lacunes de l'information 35
 - mesure 31-33
- nouvelles initiatives 35
- Terre-Neuve
 - dépenses de santé 73-74
 - dons de charité à la santé 79
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - mortalité causée par maladies cardiaques 61
 - paiements aux médecins 78
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - services d'urgence 21
 - télesanté 41, 42
 - temps d'attente 35
- territoires
 - dépenses de santé 73-74
 - infirmières 48
 - médecins 52
 - programmes de vaccination contre la grippe 18
 - responsabilités en matière de soins de santé 9-10
 - services d'urgence 21
 - soins à domicile 39
 - télesanté 41
- Territoires du Nord-Ouest
 - dépenses de santé 73-74
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - services d'urgence 21
 - télesanté 41
- toxicomanie 37
- traitements complémentaires, voir traitements parallèles
- traitements nutritionnels 23
- traitements parallèles
 - dépenses de santé 80
 - financement privé 72
 - réglementés 47
 - utilisation accrue 23-24
- transplantation 63-64
- transplantation du coeur 63-64
- transplantation du foie 63-64
- transplantation du rein 63-64
- vaccination voir immunisation
- varicelle 17
- variole 17
- vitamines, utilisation de 23
- volumes de soins
 - au Canada 65-66
 - effet sur les résultats 64-67
 - lacunes de l'information 68
- yoga 23
- Yukon
 - dépenses de santé 73-74
 - infirmières 48
 - migration des médecins 52
 - ministres de la Santé 54
 - programme de vaccination contre la grippe 18
 - programmes de soins à domicile 39
 - services d'urgence 21
 - télesanté 41

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 (exemplaire imprimé)		25 \$	35 \$	
Les soins de santé au Canada (version Web à www.cihi.ca)		0 \$	0 \$	
Health Care in Canada 2001 (exemplaire imprimé)		25 \$	35 \$	
Health Care in Canada 2001 (version Web à www.icis.ca)		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.icis.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@ihi.ca.

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*.

1. 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) _____

2. 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.

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Longueur | <input type="checkbox"/> trop court | <input type="checkbox"/> satisfaisant | <input type="checkbox"/> trop long |
| b. Clarté/lisibilité | <input type="checkbox"/> excellente | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> acceptable |
| c. Organisation/format | <input type="checkbox"/> excellente | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> acceptable |
| d. Utilisation de figures | <input type="checkbox"/> excellente | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> acceptable |
| e. Qualité de l'analyse et des données | <input type="checkbox"/> excellente | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> acceptable |

Utilité du rapport

4. 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

5. 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 |
| Portrait d'un système en mutation | <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 :
Un portrait | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Un peu utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Les hôpitaux de soins de courte durée
au Canada : Un portrait | <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 prestation des soins spéciaux :
Un portrait | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Un peu utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Les dispensateurs de soins | <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 résultat des soins | <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Un peu utile | <input type="checkbox"/> Pas utile | <input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue |
| Les dépenses 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 |
| 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 2001 (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 |

LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA 2001

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

Autres commentaires

7. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

8. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous 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