

Veille informationnelle

Bulletin n° 34

Mai 2007

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie



Secteur gestion des connaissances

- ◆ **Systemes de santé**
- ◆ **Pratiques de gestion**
- ◆ **Continuums d'intervention**
- ◆ **Performance du système**
- ◆ **État de santé et de bien-être**

Agence de la santé et des
services sociaux de la
Montérégie

1255, rue Beaugard
Longueuil, Québec
Tel : (450) 928-6777
Fax : (450) 677-8850
www.rrsss16.gouv.qc.ca

SOMMAIRE

DÉFINITION ET CONCEPTS	3
PUBLICATIONS	4
SYSTEMES DE SANTÉ	4
PRATIQUES DE GESTION	4
CONTINUUMS D'INTERVENTION	6
<i>Déficience intellectuelle et TED</i>	6
<i>Déficience physique et prévention des incapacités</i>	7
<i>Dépendances</i>	8
<i>Interventions universelles</i>	9
<i>Jeunes en difficulté et leur famille</i>	10
<i>Lutte contre le cancer</i>	10
<i>Maladies chroniques : asthme</i>	11
<i>Maladies chroniques : diabète</i>	11
<i>Maladies chroniques : maladies cardiovasculaires</i>	11
<i>Maladies chroniques : MPOC</i>	12
<i>Maladies transmissibles : infections nosocomiales</i>	12
<i>Maladies transmissibles : VIH – VHC</i>	13
<i>Perte d'autonomie liée au vieillissement</i>	13
<i>Santé mentale – toute clientèle</i>	14
<i>Santé mentale - jeunes</i>	15
<i>Santé mentale - adultes</i>	15
PERFORMANCE DU SYSTÈME.....	16
ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	16
ÉVÉNEMENTS	17
FORMATION	19
SOURCES D'INFORMATION	19

DÉFINITION ET CONCEPTS

La veille informationnelle est une fonction interactive qui implique des processus de recherche, collecte, sélection, analyse, classement et diffusion d'information à valeur ajoutée, récente, publiquement disponible, concernant des thématiques ciblées, pour favoriser le partage et la mise en réseau des connaissances et soutenir l'Agence et ses partenaires dans leur prise de décision.

Les concepts utilisés pour organiser l'information sont issus d'une synthèse de la littérature dans le domaine adaptée à nos besoins d'information.

Systèmes de santé : Tendances en matière de politiques et de systèmes de santé aux niveaux national et international.

Pratiques de gestion : Fonctions et tendances de gestion (génériques et appliquées au domaine SSS) : planification, organisation, reddition de comptes, gestion des ressources humaines, gouvernance clinico-administrative, etc.).

Continuums d'intervention : Liste des 15 continuums

Performance du système : Tableaux de bord et indicateurs concernant l'accessibilité, la qualité et la continuité.

État de santé et de bien-être : Besoins populationnels : déterminants et indicateurs de santé et de bien-être.

* À noter que les documents dont la référence contient une cote ainsi que les articles de périodiques, soumis aux dispositions de la *Loi sur le droit d'auteur*, sont disponibles au centre de documentation de l'Agence.

PUBLICATIONS

SYSTÈMES DE SANTÉ

Davis, Karen, et autres. [*Mirror, mirror on the wall : an international update on the comparative performance of American Health Care*](#). New York : Commonwealth Fund, 2007. 30 p.

Bien que le système de santé américain soit le plus cher au monde, il sous-performe à bien des égards. Il ressort de cette étude, effectuée auprès de six grands pays industrialisés (Australie, Canada, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni), qu'en termes de qualité, d'accès et d'efficacité, les États-Unis se classent en dernier. La première place pour l'accès et la qualité des soins va à l'Allemagne, alors que le Royaume-Uni l'emporte pour les critères d'équité d'accès et d'efficacité.

[*Les voies d'amélioration du système de santé français : avis*](#). France : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007. 14 p.

À la suite de la *Conférence nationale de santé*, tenue le 22 mars 2007, cet avis désigne les enjeux prioritaires garantissant à court terme un changement des politiques actuelles du système de santé français. Quinze propositions s'en dégagent, s'articulant autour de cinq chapitres : 1) Développer la promotion de la santé; 2) Réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention; 3) Centrer l'organisation des soins sur les soins de premiers recours; 4) Conforter la solidarité; 5) Soutenir l'évaluation et la recherche.

PRATIQUES DE GESTION

Castoro, Carlo, et autres. [*Day surgery : making it happen*](#). Brussels : European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. 28 p.

La chirurgie d'un jour (ou ambulatoire) compte pour 90 % de toutes les chirurgies pratiquées, aux États-Unis et au Canada. Considérée comme la norme en ce qui a trait à la plupart des chirurgies électorives, elle est cependant beaucoup moins utilisée dans bien d'autres pays. Ce document identifie plusieurs recommandations afin d'élargir son spectre d'application : attribuer à la chirurgie ambulatoire sa propre unité de soins; inciter les chirurgiens et les anesthésistes à l'exercer; investir dans des programmes éducatifs; éliminer les obstacles économiques, etc.

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. [*À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*](#). Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2007. 47 p.

Cote : RA 971.35 C652à 2007

La stratégie d'action de la *Coalition* cible trois domaines précis où des évaluations de la gestion s'imposent, soit : les mesures de la qualité de vie au travail et la production de rapports; la mise en œuvre de stratégies d'amélioration; l'échange des connaissances. Cette stratégie repose sur des principes de gestion du changement visant la mise en œuvre d'initiatives en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail, tels : une vision commune; les mesures pour la réaliser; l'engagement de la haute direction; la participation directe des employés...

Côté, André. « **L'art de faire participer les médecins spécialistes aux stratégies de changement en milieu hospitalier** ». *Gestion*, vol. 32, n° 1, printemps 2007, p. 11-18.

Comment les agents de changement peuvent-ils faire participer les médecins spécialistes à un projet d'une incidence importante sur leurs pratiques cliniques ? Cette étude démontre que la réticence des médecins spécialistes à adhérer à un projet commun découle de trois phénomènes : 1) le statut particulier des médecins spécialistes et l'individualité de leur pratique; 2) la responsabilité professionnelle du médecin spécialiste envers son patient; 3) le désir de préserver des acquis ou des intérêts propres. L'auteur identifie six stratégies susceptibles de susciter et de faciliter l'adhésion des médecins spécialistes : 1) recourir à des contraintes de nature budgétaire; 2) mettre en place une structure d'encadrement; 3) doter la démarche d'un objectif symbolique rassembleur; 4) répondre à certaines attentes particulières; 5) recourir à la « persuasion » et 6) utiliser des projets pilotes. De plus, trois facteurs facilitent la démarche de changement : 1) la présence de structures sociales cohésives; 2) la stabilité du contexte dans lequel le changement s'intègre et 3) la confiance qui joue un rôle prédominant.

Crépeau, Catherine et Audrey Jacques. « **L'Angleterre a supprimé ses listes d'attente** ». *L'Actualité médicale*, vol. 28, n° 17, 9 mai 2007, p. 12.

Offrir plus de choix aux patients et ouvrir grande la porte de la prestation de soins par le secteur privé a contribué à réduire significativement les listes d'attente au Royaume-Uni. Trois changements clés ont permis cette réussite, issue de la nouvelle réforme du *National Health Service* (NHS) : « le choix du patient, la pluralité des fournisseurs et le paiement aux résultats (à l'acte) ».

Davies, Barbara, et autres. [**Determinants of sustained use of research evidence in nursing**](#). Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation, 2006. 25 p.
Cote : RT 86.75.C212 D255d 2006

Après trois ans d'implantation, 22 des 37 organismes participants (59 %) poursuivent la mise en œuvre des guides de pratiques exemplaires (basés sur des données probantes) en soins infirmiers. Des principaux facteurs favorisant le maintien de l'utilisation de ces guides, mentionnons le soutien de la direction, la formation continue du personnel et la participation multidisciplinaire. Cependant, à l'inverse, parmi les obstacles rencontrés, citons : les changements au niveau du personnel et de la structure organisationnelle, la surcharge de travail et le manque de temps ainsi que la résistance du personnel.

[**Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2006**](#). Ottawa : ICIS, 2007. 150 p.
Cote : HG 9391 I84d 2006

En 2006, les dépenses en médicaments (prescrits et non prescrits) s'élevaient à 25,2 milliards. Bien que ces coûts augmentent plus rapidement que les frais totaux de santé, le pourcentage de croissance annuel s'affiche comme le plus bas jamais enregistré depuis une décennie (hausse de 6 % comparativement à 8,7 % en 2005). C'est au Québec que les dépenses en médicaments prescrits sont les plus élevées, près de 699 \$ par habitant (la moyenne nationale se situe à 648 \$ par habitant).

Trevor-Deutsch, Burleigh et Geneviève Dubois-Flynn. [**Enjeux éthiques du partage des connaissances : perspectives d'un courtier de connaissances et décideur**](#). Ottawa : IRSC, 2007. 28 p.

Les présentations du 75^e Congrès de l'ACFAS, tenu du 7 au 11 mai 2007, sont maintenant disponibles sur le site du *Réseau de recherche en santé des populations du Québec*. Outre le titre en objet, les communications portaient sur : 1) La recherche : une dynamique de partage; 2) Éthique en partage des connaissances : perspectives d'un courtier de connaissances et d'un décideur; 3) Le goût du risque. OMÉGA, une recherche participative avec la communauté gaie; 4) L'expérience du courtier de connaissances : le défi de la transparence.

[**Health effects on non-health policy**](#). Bethesda, Maryland : National Poverty Centre, 2007.

Ces documents ont alimenté les discussions lors de la Conférence organisée par le *National Poverty Centre*, en février 2007. Les douze titres disponibles touchent les six thèmes suivants : 1) habitation et politiques communautaires; 2) droits civils et politiques contre la discrimination; 3) politiques d'éducation; 4) programmes de soutien du revenu; 5) programmes sociaux; 6) politiques sur l'emploi et macroéconomie.

Institut national de santé publique du Québec. [Un partenariat au profit de la santé et du bien-être des Québécois : l'INSPQ et le CSSS-IUGS s'associent](#). [Communiqué], 1^{er} mai 2007, 2 p.

L'INSPQ et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ont conclu une entente visant le développement de projets conjoints de recherche et d'activités de transfert de connaissances au profit de la santé et du bien-être de la population québécoise. Cette collaboration permettra à ces partenaires de conjuguer leurs expertises notamment pour limiter les problèmes de poids chez les enfants et les jeunes, favoriser le développement des communautés et améliorer les pratiques en santé mentale.

Kuruville, Shyama, Nicholas Mays et Gill Walt. « **Describing the impact of health services and policy research** ». *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 12, suppl. 1, April 2007, p. 23-31.

De plus en plus de préoccupations s'installent quant au mauvais usage et à la sous-utilisation des résultats de recherches scientifiques. D'où la nécessité, pour les chercheurs, d'identifier les impacts concrets de leurs travaux. Afin de les soutenir méthodiquement quant à la description et à la présentation de ces impacts, un cadre d'évaluation de l'impact de la recherche (*Research Impact Framework*) a été développé. Il permet, entre autres, de comparer des projets, de guider les chercheurs dans la planification de l'implantation des résultats, et d'évaluer l'influence et les effets de ces recherches dans la société.

Nicholson, Laura J., Carole M. Warde et John R. Boker. « **Faculty training in evidence-based medicine : improving evidence acquisition and critical appraisal** ». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 27, n° 1, Winter 2007, p. 28-33.

Les cliniciens de faculté manquent souvent d'expérience pratique pour enseigner la médecine basée sur les données probantes (*Evidence-based medicine, EBM*), c'est-à-dire l'acquisition, l'évaluation et l'application de l'information clinique dans la prise de décision. Désireux d'offrir aux étudiants et aux résidents une formation adéquate, 26 enseignants ont expérimenté et complété un programme de formation sur l'utilisation des ressources en *EBM*. Les enseignements découlant de cette formation permettront aux futurs praticiens cliniques d'améliorer la recherche de littérature en ligne et d'en maîtriser l'évaluation critique.

Savard, Isabelle, et Jean Rodrigue. [Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : évolution des effectifs et des profils de pratique : le Québec dans son ensemble, données de 1996-1997 à 2005-2006](#). Montréal : FMOQ, 2007. 27 p.

Cote : RA 410.9.Q3 S265d 2007

Cette 6^e édition offre un coup d'œil général de l'ensemble de la province, contrairement aux années précédentes où chacune des régions y était traitée. Parmi les résultats observés pour l'année 2005-2006 ce portrait souligne que :

- « le vieillissement et la féminisation des effectifs se poursuivent;
- la croissance des effectifs totaux durant la dernière année, bien que faible avec 104 nouveaux médecins, commence à refléter l'augmentation des cohortes d'étudiants en médecine;
- le secteur hospitalier a connu la plus forte croissance en 2005-2006. De plus, le nombre de médecins qui choisissent d'y exercer principalement (plus de 50 % de leurs revenus totaux) augmente de façon constante, avec un gain de 113 individus pour la seule année 2005-2006 ».

CONTINUUMS D'INTERVENTION

Déficience intellectuelle et TED

Newschaffer, Craig J., et autres. « **The epidemiology of autism spectrum disorders** ». *Annual Review of Public Health*, vol. 28, 2007, p. 235-258.

Cette revue de littérature présente une vue globale des connaissances actuelles sur le spectre des troubles de l'autisme, soit : définition, histoire, impact sur la santé publique, épidémiologie descriptive, épidémiologie génétique, les facteurs de risque environnementaux possibles et les marqueurs biologiques du risque. Le taux de prévalence de l'autisme, d'environ 5 par 10 000 en 1960, ne cesse d'augmenter pouvant atteindre, selon les auteurs jusqu'au 72 par 10 000 et même 110 par 10 000, dans une récente étude menée en Angleterre.

Les futures recherches épidémiologiques devront étudier de plus près les données descriptives populationnelles et explorer les facteurs de risque des individus dans le cadre d'études intégrant les composantes génétiques et environnementales.

Peregrin, Tony. « **Registered dietitians' insights in treating autistic children** ». *Journal of American Dietetic Association*, vol. 107, n° 5, May 2007, p. 727-730.

Aux États-Unis, le plus récent rapport du *Centers for Disease Control and Prevention* indique qu'un enfant sur 150 présente un trouble du spectre de l'autisme. Problème de santé publique majeur, l'autisme requiert des interventions globales incluant la nutrition. En effet, la majorité des enfants autistes souffrent de problèmes gastro-intestinaux et d'allergies graves. Dans cet article, l'auteur rapporte les propos tenus par deux nutritionnistes faisant le point sur diverses questions telles que l'efficacité des suppléments vitaminiques, les régimes sans gluten ou caséine, les comportements relatifs à l'alimentation, etc.

Déficiences physiques et prévention des incapacités

[Clients transférés de la réadaptation pour patients hospitalisés aux soins continus complexes dans les établissements ontariens](#). Ottawa : ICIS, 2007. 12 p.

Entre 2004 et 2006, 82 % des usagers ontariens ayant obtenu leur congé d'un centre de réadaptation sont retournés à domicile, tandis qu'un transfert pour des soins continus complexes touchait 2 % des patients. Ces derniers, généralement plus âgés, vivaient pour la plupart (86 %) en résidence privée avant leur admission en réadaptation. Cette étude « examine les caractéristiques démographiques et cliniques de ces patients en vue de faciliter la prise de décision quant à l'attribution des ressources, aux critères d'admission et à la planification des sorties des clients en réadaptation pour patients hospitalisés ».

Durand, Marie-Josée, et autres. [Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie : évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation](#).

Montréal : IRSST, 2007. 92 p.

Cote : RA 645.B32 T779 2007

En 2003, selon les statistiques de la *Commission de la santé et de la sécurité* (CSST), 32 404 travailleurs se sont absentes de leur travail en raison d'une affection vertébrale professionnelle. Le coût estimé de ces absences s'élève à 504,6 millions de dollars. Cette étude évalue la composante du « retour thérapeutique au travail » (RTT) qui implique à la fois le travailleur, l'environnement de travail, et l'interaction entre le travailleur et son environnement. Lors de cette analyse, des pistes de recherche ont émergé : 1) la nécessité de développer une évaluation des capacités de travail de chaque individu; 2) l'intérêt d'élaborer une théorie visant à expliquer l'amélioration de ces capacités; 3) le besoin de documenter les alliances stratégiques entre les différents partenaires, etc.

Leemrijse, Chantal J., et autres. « [Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents : a cross sectional study](#) ». *BMC Geriatrics*, vol. 7, n° 7, 4 April 2007, 9 p.

Cette étude, menée aux Pays-Bas, révèle que 69 % des résidents de 15 centres d'hébergement reçoivent des services de physiothérapie. Cependant, ce pourcentage peut varier significativement d'une institution à l'autre, compte tenu de la disponibilité très variable de physiothérapeutes. Les personnes nécessitant une intervention à court terme et les hommes en particulier, ont plus de chance de recevoir ces services spécialisés. Ces résultats renforcent l'importance de considérer les besoins de l'ensemble des résidents et de reconsidérer les critères d'accès à la physiothérapie afin d'y inclure les personnes hébergées à long terme et celles présentant des problèmes cognitifs.

Khan, F., et autres. « **Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis (Review)** ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (réimpression, The Cochrane Library, n° 2, 2007) 41 p.

La réadaptation multidisciplinaire constitue une importante composante du traitement global de la sclérose en plaques. Or, qu'en est-il de son efficacité? Quelles autres approches peuvent s'avérer efficaces dans différents environnements et quels sont leurs résultats? Selon les conclusions de cette revue systématique : 1) les programmes de réadaptation multidisciplinaire ne changent pas le niveau d'incapacité des patients, mais peuvent les soutenir dans leurs activités et leur participation sociale; 2) une évaluation régulière de ces

personnes doit être faite; 3) plus de travaux de recherche devront être menés sur les mesures d'impact, l'intensité optimale, la fréquence, les coûts et bénéfices de la thérapie de réadaptation sur une longue période.

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2005-2006. Ottawa : ICIS, 2007. 91 p.

Cote : RM 930.5.C212 R284 2007

Ce quatrième rapport, fondé sur les chiffres du *Système national sur la réadaptation*, présente les données agrégées relatives à 33 408 patients hospitalisés en réadaptation, dans 91 hôpitaux canadiens. Les tendances révèlent que :

- l'admission fait suite principalement à des troubles orthopédiques (49 %) ou encore à un accident vasculaire cérébral (16 %);
- le jour même de leur référence en réadaptation, 55 % des patients y sont admis;
- la durée médiane du séjour en réadaptation a baissé de deux jours, passant de 19 (2004-2005) à 17 (2005-2006);
- 91 % des patients avaient acquis une autonomie fonctionnelle à la fin de leur séjour;
- les unités de soins de courte durée ont orienté la plupart des patients (92 %) vers les unités de réadaptation.

Dépendances

« **Cannabis : la surconsommation** ». *Psychotropes*, vol. 13, n° 1, 2007, 141 p.

Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l'épidémiologie -- La surconsommation de cannabis dans le processus d'individuation de l'adolescent -- La surconsommation de cannabis dans le processus d'individuation de l'adolescent. Trois études de cas -- L'institution de soins : un espace psychique interne -- Le *bareback*, un corps à corps énigmatique -- Sélection de publications récentes dans le domaine des addictions.

Roy, Élise, et autres. **Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue, vol. 2, vol. 3, vol. 4.** Montréal : ASSS Montréal, Direction de santé publique 2004. 4 vol.

Cote : HV 4999.Y68 P967 2007

Si la plupart des jeunes de la rue désapprouvent la consommation de drogues par injection, plusieurs s'y initient tout de même dans l'espoir d'une quête du « buzz » (recherche de nouveauté et d'intensité). « Dans un contexte où l'hépatite C ne cesse de se répandre parmi les usagers de drogues par injection (UDI), une campagne médiatique de prévention du passage à l'injection de drogues a été mise sur pied à Montréal. Cette campagne, destinée aux jeunes ne s'étant jamais injecté de drogue à haut risque de s'initier à ce mode de consommation, comprenait quatre phases : 1) recherche; 2) élaboration du plan de communication; 3) production et diffusion; 4) évaluation ».

Suissa, Amnon Jacob. « **Dépendances et médicalisation : repères et enjeux psychosociaux** ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 92-110.

La tendance actuelle favorise la médicalisation des comportements liés aux dépendances. Ainsi s'observent des passages où une condition sociale et des comportements de dépendance acquièrent un statut de maladie, voire de pathologie. Cette revue de littérature permet d'analyser ces passages vers la médicalisation, sous quatre aspects : « 1) le processus de médicalisation; 2) deux types de nouvelles dépendances : la cyberdépendance et la dépendance à la chirurgie esthétique; 3) le concept de dépendance, au cœur du débat du processus de médicalisation; 4) le mouvement d'entraide anonyme, comme relais idéologique du discours médical ». L'auteur conclut à l'importance de la participation citoyenne.

Interventions universelles

Bas, Philippe. [Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques](#). Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007. [2 communiqués]

Près de 15 millions de Français souffrent de maladies chroniques tels le diabète, l'asthme ou la sclérose en plaque. Afin d'élargir la pratique médicale vers la prévention, d'améliorer la qualité de vie des malades, de les aider à mieux gérer la maladie et de les informer des conséquences sur leur santé, le *ministère* annonce la mise en place de 15 mesures concrètes, dont : la création d'un portail Internet sur les maladies chroniques; l'intégration de l'éducation thérapeutique à la formation médicale; l'accompagnement personnalisé des malades; la coordination nationale des données épidémiologique, etc.

Bilodeau, Angèle et Jean Bélanger. [L'évaluation de l'efficacité de mesures innovantes de soutien sur les compétences et la réussite scolaire au primaire \(projet 2003-PRS-94357\)](#) / sous la direction de. Montréal : ASSS Montréal, Direction de santé publique, 2007. 205 p.
Cote : LB 2891.Q3 E92 2007

Ce rapport rend compte de l'évaluation d'un programme sur la santé et la réussite scolaire des jeunes, dont la stratégie principale vise la concertation entre l'école et la communauté. Le programme est actuellement déployé dans neuf collectivités montréalaises défavorisées. Les auteurs présentent les résultats obtenus dans Hochelaga-Maisonneuve et les comparent à ceux de Saint-Michel où le programme n'est pas employé.

Bryant, Toba, Dennis Raphael et Robb Travers. « [Identifying and strengthening the structural roots of urban health in Canada : participatory policy research and the urban health agenda](#) ». *Promotion & Education*, vol. XIV, n° 1, 2007, p. 6-10.

Devant la dégradation de la qualité de l'environnement urbain canadien, les responsables des politiques publiques doivent se pencher sur cette préoccupation majeure. Il devient prioritaire de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, tels que l'augmentation de l'inégalité et de la pauvreté ou l'exclusion sociale des jeunes, afin d'améliorer l'état de la santé urbaine. Les auteurs mettent l'accent sur un programme de recherche et d'action participative constitué de quatre éléments : 1) la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé; 2) la recherche participative communautaire; 3) l'expérience vécue par la population; 4) l'analyse et l'ajustement des politiques actuelles.

Church, Timothy S., et autres. « **Effects of different doses of physical activity on cardiorespiratory fitness among sedentary, overweight or obese postmenopausal women with elevated blood pressure : a randomized controlled trial** ». *JAMA*, vol. 297, n° 19, May 16, 2007, p. 2081-2091.

Même de courte durée et d'intensité moyenne, la pratique d'activité physique améliore l'état de santé de femmes ménopausées sédentaires, souffrant d'un excès de poids. Les résultats de cet essai clinique randomisé (auprès de 464 sujets) démontrent que seulement 72 minutes d'exercice par semaine augmente la capacité respiratoire et diminue les risques de maladies cardiovasculaires et de diabète.

Swanton, Kerry, et Monica Frost. [Lightening the load : tackling overweight and obesity : a toolkit for developing local strategies to tackle overweight and obesity in children and adults](#). London : National Heart Forum; Faculty of Public Health; Department of Health, 2007. 195 p.

Près du quart des Anglais sont obèses et la tendance actuelle montre que les enfants atteints d'embonpoint ont une espérance de vie plus courte que leurs parents. Les estimations prédisent que, d'ici 2010, le tiers des adultes et le cinquième des enfants (âgés entre 2 et 10 ans), souffriront d'obésité. Ce coffre à outil se veut un guide facilitant la planification et la mise en place de stratégies efficaces afin de prévenir et contrer cette épidémie.

Jeunes en difficulté et leur famille

Lafortune, Denis. « **Expliquer, dépister, et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents** ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 62-75.

L'auteur émet l'hypothèse que le modèle biopsychologique véhiculé dans le rapport *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent* de l'*Institut national de la santé et de la recherche médicale* (INSERM) correspond bien aux « nouveaux paramètres nord-américains de recherche, explication et traitement des troubles mentaux ». Ce modèle repose sur les éléments fondamentaux suivants : « troubles définis et diagnostiqués à partir de constellations de symptômes, susceptibilité génétique, déficits neurocognitifs, tempérament, environnement familial et social conçu comme des « stressseurs », dépistage à grande échelle à partir d'instruments simples et traitements multimodaux incluant thérapies cognitivo-comportementales et médicaments psychotropes. »

Novac, Sylvia. [**Violence familiale et itinérance : analyse documentaire**](#). Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2007. 51 p.

Cote : HV 6626.23.C212 N935v 2007

Selon de récentes études, la violence familiale constitue un facteur de risque important d'itinérance, soit comme cause immédiate (fuir une relation violente) ou comme expérience durant l'enfance. D'après cette analyse, offrir des logements adéquats et abordables à ces victimes les inciterait à se reprendre en main et contribuerait à contrer le problème d'itinérance chez ces personnes violentées.

Vitaro, Frank, et autres. [**Liens longitudinaux entre la criminalité et les jeux de hasard et d'argent : de l'adolescence au début de l'âge adulte**](#). Québec : FQRSC, 2007. 102 p.

Cote : HV 9071 L721 2007

Dès l'adolescence, il existerait des liens concomitants entre la problématique des jeux de hasard et d'argent et la criminalité. Aucune donnée ne permet vraiment de préciser si ces activités illégales sont motivées par les problèmes reliés au jeu (i.e. un moyen de les financer), ou non. Quatre hypothèses, provenant d'études sur ces deux problématiques, tendent à expliquer ces liens : l'influence de 1) tierces variables (consommation de psychotropes, pauvreté); 2) facteurs antécédents communs (amis déviants, milieu sociofamilial perturbé); 3) variables d'ordre personnel ou sociofamilial; 4) de ces deux problématiques. Ainsi, ce rapport se concentre sur trois objectifs : expliquer les liens concomitants existants, vérifier les possibles influences mutuelles, identifier les variables exerçant un effet sur ces liens, et vérifier si un programme de prévention peut avoir des effets positifs sur la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Lutte contre le cancer

« **Du curatif au palliatif : dialogue sur ce passage escarpé** ». *Les cahiers de soins palliatifs*, vol. 7, n° 2, 2007, 129 p.

Un temps pour mourir -- Dialogue sur le passage escarpé des soins curatifs aux soins palliatifs -- La fratrie d'enfants atteints d'une maladie à issue fatale -- La gratification liée à la pratique en soins palliatifs : témoignages d'infirmières -- Proches-aidants et détresse psychologique sévère : portrait d'un programme de prévention -- Une pluralité d'acteurs pour accompagner un patient singulier.

Maladies chroniques : asthme

The American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. « **Randomized comparison of strategies for reducing treatment in mild persistent asthma** ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 20, May 17, 2007, p. 2027-2038.

Les asthmatiques qui contrôlent bien leur maladie par l'inhalation de la *fluticasone*, 2 fois par jour, peuvent passer à un seul traitement quotidien, s'ils l'associent à la *salmétérol* et ce, sans augmenter le taux d'échec thérapeutique. Par contre, les résultats (observés chez les 500 patients, traités durant 16 semaines) démontrent qu'une diminution de la dose de *montélukast* réduit le contrôle de l'asthme.

Morrow, Robert, et autres. « **The asthma dialogues : a model of interactive education for skills** ». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 27, n° 1, 2007, p. 49-58.

Un fossé existe entre les lignes directrices sur l'asthme et les réels soins prodigués. S'adressant aux dispensateurs de soins de santé primaires dans la communauté, les auteurs présentent un modèle d'intervention interactive, utilisant la rencontre médecin-patient comme élément central d'un projet d'amélioration de la gestion de l'asthme.

Maladies chroniques : diabète

The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. « **Long-term effect of diabetes and its treatment on cognitive function** ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 18, May 3, 2007, p. 1842-1852.

Recrutés parmi les participants des études *Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)* et *Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC)*, 1 144 diabétiques de type 1 ont été soumis à divers tests cognitifs afin d'analyser l'évolution de leurs fonctions intellectuelles à la suite de traitements intensifs. D'une durée moyenne de 18 ans, le suivi effectué ne dévoile aucun élément relié à une altération à long terme des fonctions cognitives, bien qu'un taux élevé d'hypoglycémie sévère récurrent fut observé.

Nissen, Steven E., et Kathy Wolski. « **Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes** ». *The New England Journal of Medicine*, [Online May 21, 2007], 15 p.

Le *rosiglitazone*, utilisé afin de traiter le diabète de type 2 et diminuer la quantité de sucre dans le sang, augmente significativement les risques d'infarctus du myocarde et de décès par cause cardiovasculaire. Bien que limitée par l'inaccessibilité de certaines données, cette revue systématique (42 études ayant rencontré les critères d'inclusion) met en garde les médecins contre les effets indésirables de ce médicament, commercialisé sous le nom d'*Avandia* par le laboratoire GlaxoSmithKline.

Maladies chroniques : maladies cardiovasculaires

Adrogué, Horacio J., et Nicolaos E. Madias. « **Sodium and potassium in the pathogenesis of hypertension** ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 369, n° 19, May 10, 2007, p. 1966-1978.

L'hypertension affecte présentement près de 25 % de la population mondiale et, selon les prédictions, sa prévalence ne cessera d'augmenter (une hausse de 60 % d'ici 2025). L'interaction du sodium et du potassium constituerait le facteur environnemental principal lié à la pathogénie de l'hypertension primaire et aux risques cardiovasculaires associés. Cette étude examine donc comment ces deux éléments influencent la pression sanguine, puis émet des recommandations concernant leur consommation (3,8 g de sodium/jour pour les 50 ans et moins, 4,7 g de potassium/jour pour les adultes, etc.).

Campbell, Charles L., et autres. « **Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease : a systematic review** ». *JAMA*, vol. 297, n° 18, May 9, 2007, p. 2018-2024.

Plus de 36 % de la population américaine consomme régulièrement de l'aspirine (81 ou 325 mg/jour) afin de prévenir les maladies cardiovasculaires. De nombreuses questions demeurent concernant la dose quotidienne appropriée à absorber, pouvant se situer entre 30 et 1300 mg/jour. Les données cliniques recueillies par cette revue systématique révèlent que, d'un point de vue sécuritaire et efficace, un dosage excédant les 75 à 81 mg/jour n'est pas recommandable. L'ingestion d'une surdose pourrait augmenter le risque d'une hémorragie gastro-intestinale.

Maladies chroniques : MPOC

Association pulmonaire du Canada. [**S'attaquer à la maladie pulmonaire : élaborer le tout premier Plan d'action du Canada sur la santé pulmonaire.**](#) [Communiqué], 26 avril 2007.

Les dépenses directes et indirectes reliées aux maladies pulmonaires s'élèvent à 15 milliards de dollars annuellement, ce qui constitue l'une des cinq causes principales de coûts pour le système de santé canadien. Afin de réduire le taux de maladie respiratoire et de lutter contre toutes formes de maladie pulmonaire, l'Association pulmonaire du Canada annonce le développement d'un plan d'action. L'approche du *Cadre national pour la santé pulmonaire : vers un plan d'action* se basera sur l'échange d'information, l'amélioration du dépistage et de la gestion de la maladie, etc.

Le Jemtel, Thierry H., et autres. « **Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coexistent chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure** ». *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 49, no 2, 2007, p. 171-180.

Cette revue systématique met en relief les difficultés de diagnostic et les problèmes thérapeutiques reliés à la coexistence de la maladie pulmonaire obstructive chronique et de l'insuffisance cardiaque. Les auteurs y expliquent, entre autres, pourquoi la présence de la MPOC entraîne un délai dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque. Le taux de prévalence de cette maladie se situe entre 20 et 30 % chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Par ailleurs, la MPOC s'avère plus difficile à diagnostiquer chez les cardiaques compte tenu que les deux maladies partagent un même symptôme, soit un souffle court. La mesure du peptide natriurétique de type B (BNP) facilite le dépistage de l'insuffisance cardiaque chez les patients atteints de MPOC, permettant de prévenir la détérioration de leur état de santé. Cependant, une évaluation non invasive du système cardiaque s'avère préférable à la mesure BNP afin de déceler un dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche chez les patients dont la MPOC est stable. De plus, les patients de l'une ou l'autre des maladies développent des altérations du muscle squelettique similaires. Actuellement, les mécanismes responsables de ces altérations ne sont pas complètement connus.

Maladies transmissibles : infections nosocomiales

Peled, Nir, et autres. « **Predicting Clostridium difficile toxin in hospitalized patients with antibiotic-associated diarrhea** ». *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 28, n° 4, April 2007, p. 377-381.

La prise d'antibiotiques par les patients hospitalisés provoque de 20 à 30 % des cas de diarrhée associée à la bactérie *Clostridium difficile*. Afin de mieux prévoir et prévenir cette infection, une étude menée auprès de 217 patients a permis de comparer les caractéristiques cliniques respectives de deux groupes de patients : ceux ayant développé une DACD, à la suite d'un traitement antibiotique, et ceux qui obtiennent un résultat négatif.

Saunders, Andrea, et autres. « **A nosocomial outbreak on community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among healthy newborns and postpartum mothers** ». *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, vol. 18, n° 2, March/April 2007, p. 28-132.

Le *staphylocoque doré méthicillino-résistant* affecte de plus en plus d'individus ne présentant aucun facteur de risque. Une éclosion de ce type de souche n'est cependant rarement survenue en milieu hospitalier. Cet article décrit la première éclosion nosocomiale de *CA-MRSA* au Canada (Toronto), touchant 38 nouveau-nés en bonne santé et 7 mamans. La surveillance, l'identification et le traitement rapide s'avèrent primordiaux dans la lutte contre la transmission de cette infection.

Maladies transmissibles : VIH – VHC

Brenner, Bluma G., et autres. « **High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection** ». *Journal of Infectious Diseases*, vol. 195, n° 7, April 1, 2007, p. 951-959.

Près de 50 % des nouveaux cas d'infection à VIH seraient transmis au stade précoce de l'infection (la primo-infection), donc par des personnes porteuses ignorant leur condition, selon les résultats de ce rapport. À l'aide d'échantillons recueillis auprès de 593 personnes au stade de primo-infection, le groupe de chercheurs montréalais estime que l'utilisation d'un traitement anti-VIH à ce stade aiderait à réduire la propagation du virus. De plus, une thérapie précoce contribuerait également à stabiliser le système immunitaire et ainsi réduire les dommages causés par le VIH. Ces résultats, bien que prometteurs, s'avèrent toutefois très controversés.

Csete, Joanne, et Richard Elliott. [Prévenir et protéger : rehausser à la fois le test du VIH et les droits humains, au Canada](#). Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007. 40 p.

L'accessibilité au test de sérodiagnostic, ainsi que l'augmentation du nombre de personnes connaissant leur séropositivité, sont essentiels à la prévention de la transmission du VIH et à l'amélioration des soins offerts. L'utilisation de tests rapides ou de tests « de routine à option de retrait » pour les femmes enceintes, constituent des solutions envisagées pour accroître cette accessibilité. Ce document propose des recommandations afin d'y parvenir, tout en respectant la base des droits humains (le counselling, le consentement et la confidentialité) : l'identification des obstacles au test du VIH et les raisons de son refus; la nécessité de relier le test du VIH et les soins, traitements et services de soutien; la nécessité de lignes directrices complètes; une formation pour l'utilisation du test rapide, etc.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Charpentier, Michèle, et Maryse Soulières. « **Pouvoir et fragilités du grand âge** ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 128-143.

Les auteures présentent le cadre conceptuel et les résultats de leur recherche portant sur les droits et l'autonomisation des clientèles hébergées. S'inspirant des théories constructivistes, cette étude permet de comprendre le sens que les résidents âgés accordent au pouvoir et comment ils l'exercent au quotidien. Les résultats démontrent que les personnes âgées choisissent des stratégies d'évitement et de contournement, en continuité avec leur trajectoire de vie. De plus, les liens sociaux développés par les résidents âgés et la prise de conscience de leur état de vulnérabilité s'avèrent importants.

Lafortune, Gaétan, Gaëlle Balestat et Disability Study Expert Group Members. [Trends in severe disability among elderly people : assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications](#). Paris : OECD, 2007. 79 p.

Cote : HV 1451 L167t 2007

L'incapacité sévère, soit l'inaptitude à se nourrir, faire sa toilette, s'habiller ou sortir du lit, engendre des demandes et des dépenses pour des soins de santé de longue durée chez la population âgée de 65 ans et plus. Cette étude, menée dans douze pays membres de l'*OCDE* (dont le Canada), analyse les tendances liées à l'évolution de l'incapacité sévère chez les aînés. Malgré une baisse remarquée de la prévalence dans cinq

des pays étudiés (Danemark, Finlande, Italie, Pays-Bas et États-Unis), les auteurs prévoient que le prolongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population ne contribueront pas à ralentir les demandes et les coûts des soins de longue durée, mais plutôt à augmenter le nombre de personnes âgées dépendantes.

Mason, A., et autres. « [A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers](#) ». *Health Technology Assessment*, vol. 11, n° 15, April 2007, 176 p.

Aucune donnée probante n'arrive à prouver de façon certaine que la dispensation des soins de suppléance, par la communauté aux aidants naturels, favorise ou non le bénéficiaire. Cette revue systématique, visant à évaluer la rentabilité et l'efficacité de ces soins sur les personnes âgées frêles et leurs aides à domicile, relève cependant un point positif : la satisfaction des aidants naturels quant au répit offert, bénéfique à la fois sur leur santé mentale et physique, et en termes d'allègement de leur fardeau.

Villeneuve, Johanne. [État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie](#). Québec : Conseil des aînés, 2007. 60 p.

En moins d'une décennie, le réseau des résidences privées avec services et les nouveaux types de milieux de vie substitués pour les aînés ont connu une croissance rapide. En 2005-2006, près de 131 000 places ou unités d'habitation étaient répertoriées dans des résidences privées à but lucratif (55 % des places); des établissements de type CHSLD publics, privés conventionnés ou privés non conventionnés (28,9 %); des habitations gérées par un organisme privé à but non lucratif (10 %); des ressources de type non institutionnel (5 %); des HLM avec services (0,7 %); différents projets novateurs (0,3 %). Ce document trace un portrait actuel des milieux de vie substitués, en regard de l'accessibilité et de la disponibilité des places offertes.

Weinberg, Dana Beth, et autres. « **Coordination between formal providers and informal caregivers** ». *Health Care Management Review*, vol. 32, n° 2, April/June 2007, p. 140-149.

La coordination des relations entre le personnel soignant et les aidants naturels facilite la préparation des soins prodigués par ces derniers. De plus, cette coopération est associée à une absence de la douleur chez le patient, un meilleur statut fonctionnel et une bonne santé mentale. L'interaction entre ces acteurs est donc souhaitée car s'avère bénéfique pour la santé des patients.

Santé mentale – toute clientèle

Labrosse, Robert et Claude Leclerc. ***Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs***. Saint-Jérôme : Éditions Ressources, 2007.

Cote : RC 554 T859 2007

Une équipe de 32 professionnels se prononcent sur le sujet et livrent leurs observations et leurs recommandations. Ce volume fournit des informations récentes, appuyées sur des résultats probants, concernant le trouble de personnalité limite (TPL). Si retrouvent une description du trouble, un répertoire de interventions thérapeutiques indiquées auprès des personnes qui en souffrent, ainsi que des perspectives systémiques et sociales associées. De plus, les autismes expriment leurs préoccupations quant à l'accessibilité aux soins et au soutien, et la réadaptation psychosociale des personnes souffrant de TPL.

[A positive outlook : a good practice toolkit to improve discharge from inpatient mental health care](#). London : Care Services Improvement Partnership, 2007. 34 p.

En Angleterre, près de 9 % des places disponibles en soins de santé mentale ne le sont pas en raison du report des sorties d'hôpital des malades, et ce malgré les demandes d'augmenter la capacité d'admission de ces services. Généralement, un haut niveau de report de congé implique un manque de clarté dans les plans de soins, un suivi inadéquat, de mauvaises pratiques de gestion, etc. Afin de palier à la situation, cet outil présente des exemples de meilleures pratiques permettant de développer des services offrant des congés d'hôpitaux rapides, efficaces et sécuritaires.

[La schizophrénie : comprendre et aider](#). Montréal : Société québécoise de la schizophrénie, 2006. 76 p.

Cote : RC 514 S337 2006

Au Québec, une personne sur cent souffrira de schizophrénie, au cours de sa vie. Même si cette maladie mentale continue d'être sous-évaluée, la réorganisation des ressources intellectuelles, cliniques et économiques a néanmoins permis une progression intéressante de la compréhension et des traitements de celle-ci. Ce recueil fournit des informations sur la réalité de la maladie et ses conséquences, sur la symptomatologie, l'épidémiologie, les différents traitements, les troubles concomitants, etc.

Santé mentale - jeunes

Cheung, Amy H., et Carolyn S. Dewa. « **Mental health service use among adolescents and young adults with major depressive disorder and suicidality** ». *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, n° 4, April 2007, p. 228-232.

Cette étude porte sur le taux d'utilisation des services par les adolescents et les jeunes adultes souffrant de dépression et de suicidabilité ainsi que sur l'influence du sexe de la personne sur le choix des types de prestataires de services. Il ressort que : 1) 40 % des adolescents de 15 à 18 ans souffrant de dépression n'utilisent aucun service de santé mentale; 2) le taux d'utilisation des services s'élève à 50 % chez les adolescents suicidaires; 3) chez les jeunes adultes âgés de 19 à 24 ans dépressifs, 42 % ne réfèrent à aucun service de santé mentale; 4) 48 % des jeunes adultes suicidaires n'utilisent pas les services; 5) les adolescentes et les jeunes femmes adultes accèdent davantage à des prestataires non spécialisés en santé mentale.

Santé mentale - adultes

Gallo, Joseph J., et autres. « [The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults : a randomized trial](#) ». *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, n° 10, May 15, 2007, p. 689-698.

Plusieurs études signalent une association entre la dépression et un risque élevé de mortalité. Une intervention auprès des personnes atteintes de dépression majeure, proposée au niveau des soins de santé primaires, réduirait ces risques. Cependant, les effets de ce type d'intervention auprès d'une clientèle âgée de 60 ans et plus sur une période de cinq ans, abaisseraient les risques uniquement pour la mortalité due aux différentes formes de cancer.

Kates, Nick, et Michele Mach. « **Chronic disease management for depression in primary care : a summary of the current literature and implications for practice** ». *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, n° 4, February 2007, p. 228-232.

Cette revue de littérature examine les essais contrôlés randomisés, menés entre 1992 et 2006, évaluant les modèles de prise en charge des maladies chroniques pour la dépression par les soins primaires ainsi que les implications cliniques d'une telle approche. Des résultats probants soutiennent le modèle de prise en charge de la dépression : 1) réduction des symptômes; 2) prévention des rechutes; 3) fonctionnement mieux adapté dans la collectivité; 4) observance du traitement; 5) participation communautaire et en milieu de travail; 6) satisfaction de la clientèle quant aux services reçus. Pour faciliter la prise en charge, les auteurs soulignent l'importance des composantes suivantes : registres de patients, direction ou coordination des soins, algorithmes de traitement, suivi et surveillance après un épisode traité, plans de soins et de prévention des rechutes, visites de psychiatre, ainsi que formation et perfectionnement continu pour les prestataires de soins.

Massoud, Fadi. « **La dépression chez les aînés : soyez vigilants à la diagnostiquer!** ». *Le Clinicien*, vol. 22, n° 5, mai 2007, p. 73-78.

L'âge, le sexe féminin, les troubles de sommeil, les antécédents de dépression, etc., constituent des facteurs de risque à la dépression chez les personnes âgées. Selon de récentes données, 15 % des aînés évoluant en milieu communautaire, 25 % en milieu hospitalier de soins de longue durée, et 50 % en milieu hospitalier de soins aigus, éprouveraient des symptômes dépressifs. Proposée dans le cadre de la journée de gériatrie des *15^e Journées annuelles du Département de médecine de l'Université de Montréal*, en 2006, cette présentation offre des informations sur le diagnostic, les symptômes, les traitements et l'incidence de la dépression.

Osborn, David P.J., et autres. « **Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database** ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 2, February 2007, p. 242-249.

L'analyse des données de soins primaires portant sur plus de 46 000 personnes atteintes de maladie mentale sévère révèle qu'elles courent de deux à trois fois plus de risque d'une mortalité par maladies cardiovasculaires ou accident cérébrovasculaire que celles ne présentant pas de troubles mentaux. Concernant le cancer, les données ne confirment pas clairement un risque accru. Ces résultats ne peuvent être totalement expliqués par la médication antipsychotique, le tabagisme ou encore l'isolement social.

Rotermann, Michelle. « **Rupture conjugale et dépression subséquente** ». *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 2, mai 2007, p. 35-43.

Les personnes qui vivent une rupture de couple risquent davantage de connaître un épisode de dépression que le reste de la population. De plus, selon les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, les hommes sont plus touchés, car six fois plus portés à déclarer un épisode de dépression à la suite d'une séparation. Au total, 12 % des gens séparés déclarent avoir été déprimés, contre 3 % de dépression chez ceux toujours en couple.

PERFORMANCE DU SYSTÈME

Castonguay, Claude. **Santé : pour des changements en profondeur**. Montréal : CIRANO, 2007. 20 p.

Malgré l'injection de 4,5 milliards de dollars additionnels annuellement (par rapport à 2003) dans le système de santé québécois, celui-ci ne réussit pas, en termes d'accessibilité et de qualité des soins et des services offerts, à répondre à la demande. Dans ce document de discussion, l'auteur affirme que des changements capables de rétablir l'équilibre (i.e. répondre à la demande et freiner l'escalade des dépenses) s'imposent. S'inspirant de l'expérience des pays de l'Union européenne, des propositions de changements émergent, afin d'améliorer la performance du système de santé telles que l'optimisation de l'utilisation des équipements hospitaliers, l'abolition de la prohibition à l'égard de l'assurance privée, la révision de la *Loi canadienne sur la santé*, etc.

ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Malenfant, Éric Caron, et autres. **Changements démographiques au Canada de 1971 à 2001 selon un gradient urbain-rural**. Ottawa : Statistique Canada, 2007. 31 p.

Cote : HB 3530.C212 M245c 2007

La forte croissance des trois plus grandes régions urbaines canadiennes (Montréal, Toronto et Vancouver) s'explique par la grande quantité d'immigrants internationaux qui décident d'y élire résidence. À l'aide de facteurs d'accroissement démographique (immigration, migration interne et fécondité) les auteurs documentent les différences démographiques qui séparent les régions urbaines et rurales du Canada. De plus, ils se penchent sur les conséquences de ces différences, en termes de vieillissement et de diversités ethnoculturelles.

Mortalité : liste sommaire des causes 2004. Ottawa : Statistique Canada, 2007. 143 p.
Cote : HB 1360.Q3 M887 2007

Le taux de mortalité des Canadiens, selon l'âge, se situait à 572 décès par 100 000 habitants, en 2004. Les principales causes reliées à ces pertes sont les maladies cardiovasculaires et le cancer, qui représentent environ 30 % de tous les décès. Le cancer pourrait d'ailleurs déloger les maladies cardiovasculaires de la première place au cours des prochaines années. Depuis 25 ans, les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires diminuent (47 % à 32 % de 1979 à 2004), tandis que ceux attribuables aux cancers augmentent (23 % à 30 % de 1979 à 2004).

ÉVÉNEMENTS

3^e Colloque annuel du Réseau québécois de recherche sur l'usage des médicaments

Montréal, Québec, 12-13 juin 2007

Thème : Le médicament en prévention primaire : écarts entre l'efficacité clinique et l'efficience

3rd International Symposium on Work Ability

Hanoï, Vietman, 22-24 octobre 2007

Thème : Promotion of work ability towards a productive aging

Organisateur : *University of Occupational and Environmental Health of Japan, Department of Ergonomics*

5^e Conférence nationale sur le tabagisme ou la santé

Edmonton, Alberta, 1^{er}-3 octobre 2007

Thème : Un monde sans fumée : quelle différence!

Organisateur : *Conseil canadien pour le contrôle du tabac*

8th International HIA Conference

Dublin, Irlande, 15-17 octobre 2007

Organisateur : *Institute of Public Health in Ireland*

17^{es} Journées d'Études Européennes

Lyon, France, 22-23 novembre 2007

Thème : Complexité des soins à la personne âgée : bénéfices des diagnostics, interventions et résultats infirmiers

Organisateur : *Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers*

98^e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique

Ottawa, Ontario, 16-19 septembre 2007

Thème : La santé publique au Canada : des politiques aux êtres humains

2007 RehaNet Conference

Toronto, Ontario, 14-15 juin 2007

Thème : The recognition of the importance of accountability in respect to quality of patient care and patient safety in the healthcare system

Organisateur : *Network of Rehabilitation Centre Executives*

Des cibles crédibles pour l'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale : comment aller plus loin

Montréal, Québec, 6 juin 2007

Organisateurs : *Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de première ligne* et *ASSS Montréal, Direction de santé publique*

Colloque de l'Institut de réadaptation de Montréal

Montréal, Québec, 8 juin 2007

Thème : L'AVC droit, cet incompris!

Diriger, établir des liens et écouter : l'échange du savoir aux frontières de la recherche sur les services et les politiques de la santé

Toronto, Ontario, 12-14 juin 2007

Organisateur : *Association canadienne pour la recherche sur les services et des politiques de la santé (ACRSPS)***L'évaluation des pratiques professionnelles dans le champ social, médico-social et de protection de l'enfance**

Montpellier, France, 17-21 septembre 2007

Organisateur : *Centre de recherche franco-qubécois en évaluation de pratiques d'interventions sociales (CRÉPIS)***Festival of International Conferences on Caregiving, Disability, Aging and Technology**

Toronto, Ontario, 16-19 juin 2007

Thèmes : Présentation de cinq conférences simultanées : 1) Growing Older with a Disability; 2) The 2nd International Conference on Technology Aging (ICTA); 3) Advances in Neurorehabilitation; 4) Caregivers : Essential Partners in Care; 5) 30th Canadian Medical and Biological Engineering Conference : Improving Medical Device Usability.**Health Research Transfer Network of Alberta (RTNA) 2007 Conference**

Edmonton, Alberta, 1-3 octobre 2007

Thème : KT : raising the stakes for system change

International Conference on Physical Activity & Obesity in Children : Science, Policy, Practice

Toronto, Ontario, 24-27 juin 2007

Organisateur : *Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute***International Symposium on Community Nursing Research**

Granada, Espagne, 4-5 octobre 2007

Thème : Community nursing research : society in transition

Organisateur : *Escuela Andaluza de Salud Publica***Journées de veille sanitaire 2007**

Paris, 29-30 novembre 2007

Thème : La veille sanitaire au service des populations

Organisateur : *Institut de veille sanitaire***No Health Without Mental Health : Community Approaches to Mental Health Promotion**

Vancouver, Colombie-Britannique, 10 juin 2007

Organisateur : *International Union for Health Promotion and Education***Primary Care Live Annual Conference and Exhibition**

Londres, Angleterre, 9-10 octobre 2007

Thèmes : La pratique générale, les soins infirmiers, le diagnostic, la santé mentale, les soins aux personnes âgées, la santé des adolescents

Primary care research for better health : delivering international excellence

Londres, Angleterre, 4-6 July 2007

Organisateur : *Society for Academic Primary Care*

[Si c'était à refaire.... être immigrant et âgé au Québec](#)

Montréal, Québec, 7 juin 2007

Organisateurs : CSSS de Cavendish. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS); CSSS de la Montagne; Institut interculturel de Montréal (IIM) et l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)

FORMATION**[Alberta Public Health Summer School 2007](#)**

Edmonton, Alberta, 7-10 août 2007

Thème : Taking Action on the Determinants of Health
Organisateur : *Université d'Alberta*

[Cours sur le dépistage précoce et la déclaration des maladies à l'intention des professionnels de la santé au Canada](#)

Automne 2007

« Le cours vise à accroître les capacités du Canada en matière de dépistage, de déclaration et de confinement des maladies infectieuses émergentes et réémergentes d'importance pour la santé publique ».

SOURCES D'INFORMATION**[Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion \(CEPE\)](#)**

Rattaché au *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale* (MESS), le *CEPE* a pour mission de recueillir, d'intégrer, de compiler, d'analyser et de diffuser des informations fiables et rigoureuses, notamment de nature statistique, en matière de pauvreté et d'exclusion sociale.

[Comment améliorer les services offerts aux personnes âgées et à leurs proches dans la région de Québec ?](#)

Présentation des différentes façons de participer à une consultation publique multimédia organisée par *l'Espace des citoyens / santé et bien-être* (Québec) du 7 mai au 16 juin 2007 à Québec.

[European Directory of Good Practices to reduce health inequalities](#)

Cette base de données donne accès à un répertoire de bonnes pratiques visant à réduire les inégalités de santé aux niveaux local, régional et national.

[Institute of Knowledge Transfer \(IKT\)](#)

Cet organisme constitue l'organisation professionnelle des gens de métier en transfert et courtage des connaissances au Royaume-Uni et en Irlande. Ce site permet de promouvoir les intérêts de cette nouvelle profession et sa pratique.

[International Clinical Trials Registry Platform Search Portal](#)

Une initiative de l'*Organisation Mondiale de la Santé*, ce portail recense des essais cliniques publiés, ou non, permettant une plus grande accessibilité et transparence de la recherche en santé.

[Journal of Medical Case Reports](#)

« Revue en ligne, disponible gratuitement, qui publie des articles sur des observations dans le domaine des connaissances médicales en général ».

[Knowledge Translation Library](#)

Cette base de données, hébergée par le *Atlantic Health Promotion Research Centre* (AHPRC), regroupe des ressources en transfert des connaissances. Plusieurs thèmes sont abordés, dont la capacité des communautés, la diffusion des innovations et le changement organisationnel.

[Opération générations : votre site pour la communication entre les générations](#)

Mis sur pied par l'*Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, ce site favorise « les échanges intergénérationnels entre les personnes aux prises avec une difficulté ou un trouble de la communication ».