

Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?

Introduction

Les soins dispensés aux patients souffrant d'affections chroniques constituent une source de préoccupation grandissante pour les Canadiens en raison de la hausse de la prévalence de maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension¹. La prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge, ce qui engendre un fardeau accru pour la santé chez les personnes âgées, soit les Canadiens âgés de 65 ans et plus². Les patients atteints d'affections chroniques et surtout ceux qui souffrent de multiples problèmes chroniques, également appelés comorbidité, ont généralement une qualité de vie inférieure et nécessitent d'importantes ressources de soins de santé. Il est essentiel d'assurer une prévention et une gestion efficaces des affections chroniques, particulièrement en ce moment où la génération des baby-boomers au Canada s'apprête à entrer dans la catégorie des personnes âgées.

L'étude dont fait état le présent rapport a examiné les expériences que des personnes âgées canadiennes ont déclaré avoir vécues lorsqu'elles ont été traitées pour des affections chroniques par les services de soins de santé primaires (SSP). Les résultats de cette étude peuvent servir à améliorer notre compréhension de l'utilisation des services de soins de santé et de l'état de santé des patients, de la qualité de la communication entre les patients et les dispensateurs de soins, de l'autogestion des patients et de la gestion des médicaments. Le présent rapport est axé sur les personnes âgées, car elles sont plus susceptibles que les jeunes de souffrir d'affections chroniques, surtout de comorbidités pouvant se révéler complexes et difficiles à gérer.



Analyse en bref

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.



Principales conclusions

Les personnes âgées en santé nécessitent moins de soins de santé. La quantité de services de soins de santé utilisée par les personnes âgées dépend principalement du nombre d'affections chroniques dont elles sont atteintes et non de leur âge.

- Dans chacun des groupes âgés de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus, les personnes qui ont déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques ont effectué près de trois fois plus de visites médicales que les personnes qui ont déclaré n'être atteintes d'aucune affection chronique.
- Bien qu'elles ne représentaient que 24 % de l'ensemble des personnes âgées, celles qui ont déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques ont utilisé 40 % des soins de santé déclarés par les personnes âgées.
- Les personnes âgées qui ont déclaré ne souffrir d'aucune affection chronique étaient plus susceptibles (92 %) d'affirmer que leur état de santé était « bon », « très bon » ou « excellent » que celles qui ont déclaré être atteintes d'une (86 %), de deux (77 %) ou d'au moins trois (51 %) affections chroniques.
- Les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques prenaient régulièrement en moyenne six médicaments prescrits, soit deux fois plus de médicaments que les personnes âgées atteintes d'une seule affection chronique.

Les personnes âgées qui prennent un nombre élevé de médicaments prescrits risquaient davantage d'éprouver des effets secondaires nécessitant des soins médicaux. Toutefois, moins de la moitié des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'affections chroniques ont déclaré que leur traitement médicamenteux avait fait l'objet d'une revue.

- Parmi les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins une affection chronique, celles qui ont déclaré prendre régulièrement au moins cinq médicaments prescrits étaient plus susceptibles d'éprouver des effets secondaires nécessitant des soins médicaux (13 %) que celles prenant seulement un ou deux médicaments prescrits (6 %).
- Moins de la moitié des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'affections chroniques ont affirmé qu'un médecin avait effectué une revue de leur traitement médicamenteux (48 %) et leur avait expliqué les effets secondaires possibles des médicaments prescrits (47 %), au moins parfois.

Il existe des lacunes en matière de soins préventifs et de soins collaboratifs dispensés aux personnes âgées.

- Bien que la plupart des personnes âgées aient accès aux SSP, seulement le quart (28 %) des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'affections chroniques ont également signalé avoir reçu de l'aide, au moins parfois, pour élaborer un plan de traitement, et moins de la moitié (48 %) ont déclaré avoir parlé des objectifs de leur traitement à un professionnel de la santé, au moins parfois.
- Environ deux personnes âgées sur cinq (45 %) ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique ont également signalé qu'elles avaient discuté de mesures à prendre pour améliorer leur santé ou prévenir les maladies avec un professionnel de la santé, au moins parfois, au cours de la dernière année (notamment arrêter de fumer, restreindre leur consommation d'alcool et faire plus d'exercice).

Méthodologie

Les résultats exposés dans le présent rapport reposent sur une enquête menée auprès de Canadiens. Plus précisément, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a cofinancé l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP) de 2008, effectuée par Statistique Canada pour doter les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs du domaine de la santé d'une nouvelle source de données de grande qualité sur les SSP. Ainsi, cette enquête peut servir à la production de rapports sur les conclusions tirées de diverses expériences en SSP vécues par les personnes âgées atteintes d'affections chroniques. L'échantillon était composé de 11 582 adultes âgés de 18 ans et plus, dont 3 132 personnes âgées. Dans le cadre de l'analyse, les comparaisons entre les provinces ont été normalisées selon l'âge et le sexe afin de réduire les différences entre les populations. Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée dans le cadre du présent rapport, consultez l'annexe A.

Résultats

Section 1 : Prévalence et répercussions des affections chroniques

Prévalence et comorbidité au Canada

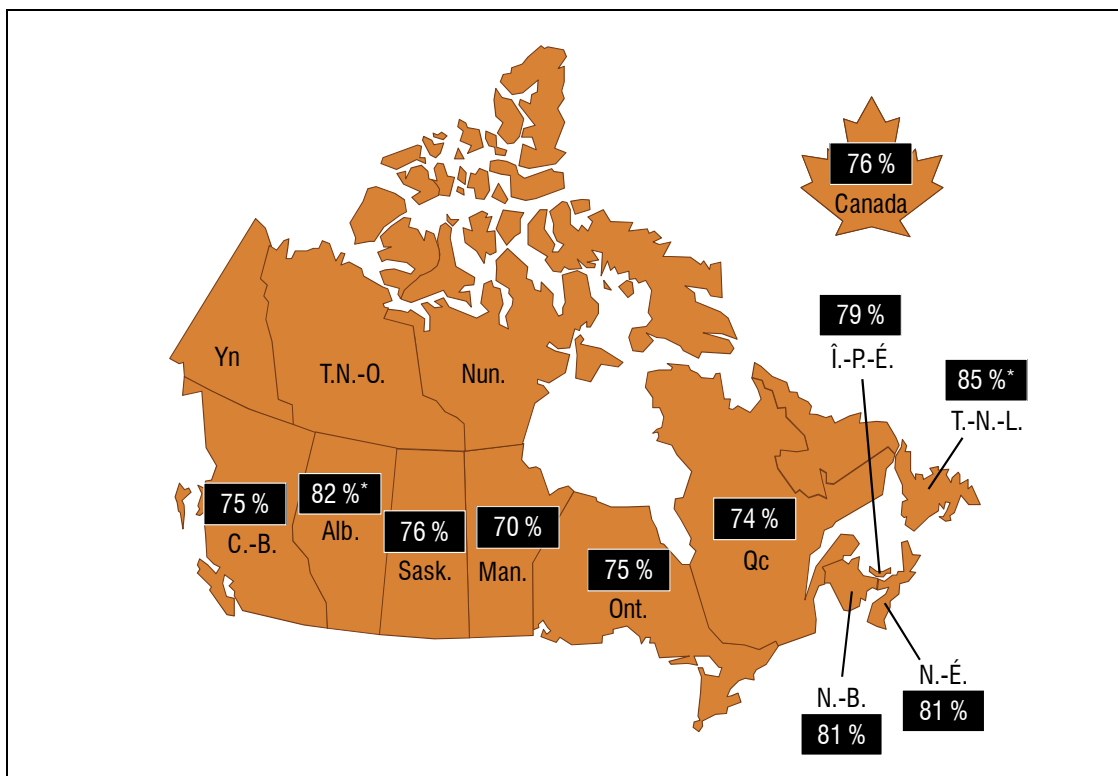
En 2005, l'Organisation mondiale de la Santé prévoyait que les affections chroniques causeraient 89 % des décès enregistrés pour cette même année au Canada. Elle estimait également que, de 2005 à 2015, les décès attribuables aux affections chroniques augmenteraient de 15 %³. Statistique Canada a déclaré que le cancer, le diabète, les maladies cardiaques, les maladies cérébrovasculaires et les maladies des voies respiratoires inférieures avaient causé 65,4 % de tous les décès en 2005⁴.

Les sondages et les données administratives révèlent que certaines affections chroniques touchent un nombre croissant de personnes âgées canadiennes. Selon la base de données du Registre canadien du cancer, 88 406 personnes âgées ont reçu un diagnostic de cancer en 2006, soit une augmentation de 9 % par rapport à l'an 2000⁵. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) révélait également une augmentation de la prévalence du diabète (de 13,5 % à 18,1 %) et de l'hypertension (de 42,8 % à 48,9 %) chez les personnes âgées de 2003 à 2009^{1,2}. En revanche, la prévalence des cas d'arthrite ou de rhumatisme est passée de 47,3 % à 41,8 % au cours de la même période^{1,2}.

La prévalence croissante des affections chroniques entraînera des répercussions considérables sur la population, le système de santé et la main-d'œuvre. Par exemple, une étude a révélé qu'une forme d'arthrite avait été diagnostiquée chez 16 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus et que les coûts associés à l'arthrite s'élevaient à plus de 4 milliards de dollars par année en dépenses de santé et en journées de travail perdues⁶. Selon une étude récente sur les répercussions économiques du diabète, on estime que la prévalence du diabète au Canada aura passée de 1,3 million de cas (4,2 % de la population) en 2000 à 2,5 millions de cas (7,3 % de la population) en 2010 et que les coûts associés au diabète pour le système de santé auront presque doublé en 2010, pour atteindre 12,2 milliards de dollars⁷.

Les résultats de l'ECE-SSP de 2008 indiquent que 76 % des personnes âgées ont déclaré être atteintes d'au moins une affection chronique en 2007 (figure 1). Les résultats provinciaux variaient de 70 % au Manitoba à 85 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

Figure 1 : Pourcentage des aînés ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques, au Canada et par province (normalisé selon l'âge et le sexe)



Remarques

* L'estimation est significativement différente de celle qui s'applique au Canada, soit $p < 0,05$.

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

Ne comprend pas les estimations pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut en raison de la petite taille des échantillons.

L'estimation pour le Canada englobe les données des territoires.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre; le pourcentage de non-réponses par affection chronique ou question du sondage était globalement inférieur à 2 %.

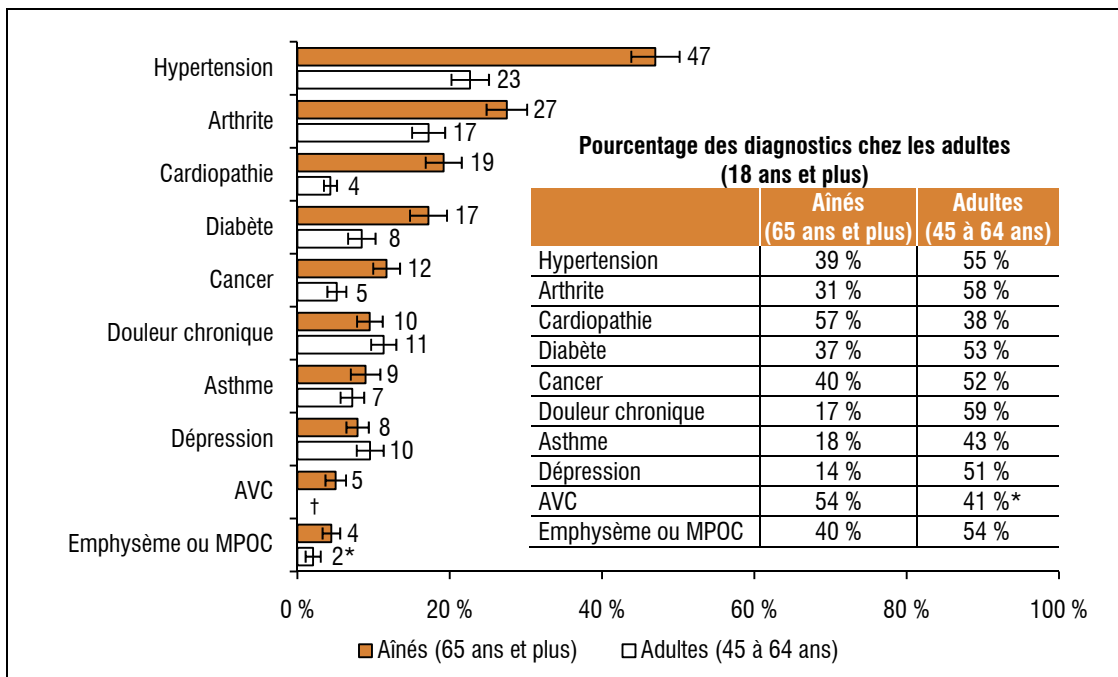
Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Les résultats de cette étude indiquent que les affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les personnes âgées étaient l'hypertension (47 %, soit environ 2 millions de personnes âgées) et l'arthrite (27 %, soit environ 1,2 million de personnes âgées) (figure 2). L'affection chronique la moins fréquemment déclarée était l'emphysème ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); représentant une proportion de 4 %, soit environ 190 000 personnes âgées. Voici les cinq combinaisons d'affections chroniques les plus courantes chez les personnes âgées selon l'étude :

- hypertension et arthrite (14 %);
- hypertension et cardiopathie (12 %);
- hypertension et diabète (11 %);
- cardiopathie et arthrite (6 %);
- hypertension et cancer (6 %).

Figure 2 : Pourcentage d'adultes âgés de 45 à 64 ans et d'aînés ayant déclaré souffrir d'une affection chronique et pourcentage de tous les diagnostics déclarés chez les adultes âgés de 45 à 64 ans et les aînés, Canada (estimations brutes)



Remarques

* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée.

† Le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %; l'estimation a été supprimée en raison de la variabilité élevée de l'échantillon.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

Les troubles de l'humeur autres que la dépression ne sont pas présentés, puisque le coefficient de variation pour les aînés était supérieur à 33,3 %.

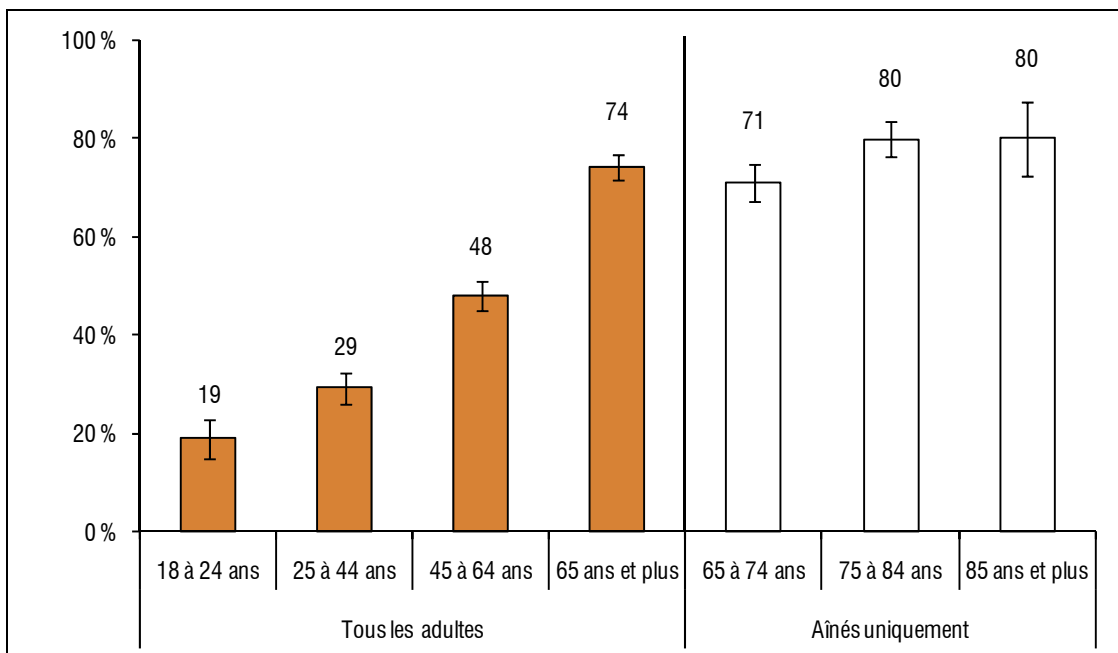
L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre; le pourcentage de non-réponses par affection chronique ou question du sondage était globalement inférieur à 2 % pour les aînés et globalement inférieur à 0,5 % pour les adultes âgés de 45 à 64 ans.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Les personnes âgées étaient presque quatre fois plus susceptibles de déclarer souffrir d'une affection chronique que les adultes âgés de 18 à 24 ans (74 % par rapport à 19 %) (figure 3). Près du quart (24 %) des aînés canadiens ont déclaré souffrir d'au moins trois des onze affections chroniques sélectionnées, tandis que le quart (26 %) des aînés canadiens ont déclaré ne souffrir d'aucune des onze affections chroniques. L'autre moitié (50 %) des personnes âgées ont déclaré souffrir d'une ou de deux des onze affections chroniques. La proportion de personnes âgées atteintes d'au moins une affection chronique augmentait avec l'âge, soit 71 % des 65 à 74 ans et 80 % des 75 à 84 ans, mais ne s'élevait pas davantage chez les personnes âgées de 85 ans et plus. Soixante-trois pour cent des personnes âgées de 65 à 74 ans, 30 % sont âgées de 75 à 84 ans et 7 % sont âgées de 85 ans et plus.

Figure 3 : Pourcentage d'adultes ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques, selon le groupe d'âge, Canada (estimations brutes)



Remarques

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre; le pourcentage de non-réponses par affection chronique ou question du sondage était globalement inférieur à 1 % pour l'ensemble des adultes.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

L'état de santé déclaré par le patient se dégrade à mesure que la comorbidité s'accroît

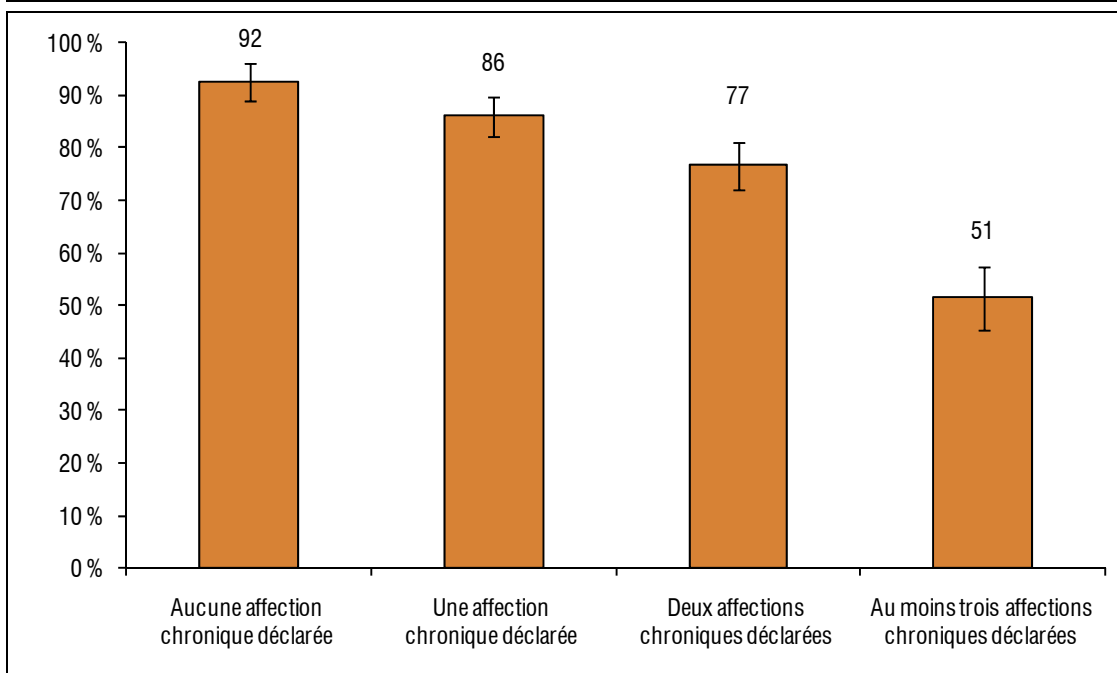
À mesure qu'elles vieillissent, les personnes âgées risquent davantage de souffrir d'au moins une affection chronique. Les personnes très âgées, c'est-à-dire de 85 ans et plus, sont plus susceptibles de souffrir d'au moins trois affections chroniques que les personnes âgées de 65 à 74 ans (36 % par rapport à 20 %). On peut évaluer les répercussions des affections chroniques en tenant compte de leur incidence sur la santé globale et sur l'utilisation des ressources de soins de santé. L'autoévaluation d'un mauvais état de santé témoigne de l'effet négatif des affections chroniques sur les patients².

Au Canada, plus de trois personnes âgées sur quatre (77 %) ont jugé que leur état de santéⁱ était « excellent », « très bon » ou « bon », par rapport à 51 % de celles atteintes d'au moins trois affections chroniques (figure 4). La plupart des personnes âgées (70 %) ont déclaré que leur état de santé avait peu changé comparativement à l'année précédente. Parmi les 29 % des personnes âgées ayant signalé un changement de leur état de santé au cours de l'année précédente, 57 % ont affirmé que leur santé s'était détériorée et 43 % ont déclaré que leur santé s'était améliorée.

Parmi les 26 % des personnes âgées qui ont déclaré ne souffrir d'aucune des 11 affections chroniques sélectionnées, 92 % ont affirmé que leur état de santé général était « excellent », « très bon » ou « bon » (figure 4). Le pourcentage de personnes âgées ayant déclaré que leur santé était pour le moins « bonne » diminuait à mesure que le nombre d'affections chroniques augmentait; seulement 51 % des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques ont affirmé que leur santé était pour le moins « bonne ». Quinze pour cent des personnes âgées atteintes d'au moins trois affections chroniques ont affirmé que leur état de santé était « mauvais ». On a constaté une tendance semblable chez les adultes âgés de 45 à 64 ans.

i. Les comparaisons provinciales sont présentées à l'annexe B.

Figure 4 : Pourcentage d'aînés ayant déclaré que leur état de santé était « excellent », « très bon » ou « bon », selon le nombre d'affections chroniques, Canada (estimations brutes)



Remarques

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas »; toutefois, ces données représentaient moins de 1 % du nombre total de réponses.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Plus la comorbidité augmente, plus grande est l'utilisation des soins de santé

La majorité des personnes âgées (94 %) ont déclaré avoir un endroit habituel de soins. Le même pourcentage de personnes âgées a déclaré avoir un médecin habituel (94 %); il s'agit d'une proportion supérieure à celle des autres groupes d'âge, dont les 45 à 64 ans (90 %), les 25 à 44 ans (82 %) et les 18 à 24 ans (78 %). Quarante-huit pour cent des personnes âgées ont déclaré avoir accès à un médecin habituel ou un endroit habituel de soins. Près des deux tiers (63 %) des aînés ayant un dispensateur de SSP ont déclaré consulter le même dispensateur depuis plus de sept ans. Six pour cent des aînés ayant un dispensateur de SSP ont déclaré consulter le même dispensateur depuis moins d'un an. La grande majorité (93 %) des aînés ayant un dispensateur de SSP ont déclaré que celui-ci fournissait un éventail de services qui convenaient à leurs besoins en matière de SSP.

Les personnes âgées atteintes d'au moins trois affections chroniques ont déclaré avoir utilisé les ressources de soins de santé, notamment les visites chez les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les diététistes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les conseillers, les spécialistes et dans les services d'urgence (13,3 millions de visites par année), dans une proportion trois fois plus élevée que les personnes âgées ayant déclaré ne souffrir d'aucune affection chronique (4,5 millions de visites par année, tableau 1). Les personnes âgées atteintes d'au moins trois affections chroniques ont signalé plus de deux fois plus de visites chez un médecin de famille ou un généraliste et près de trois fois plus de visites dans les services d'urgence que celles ayant déclaré souffrir d'une seule affection chronique. Les personnes âgées atteintes d'au moins trois affections chroniques ont aussi déclaré un nombre significativement plus élevé de visites chez le personnel infirmier, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les conseillers et près de deux fois plus de visites chez les pharmaciens, les diététistes et les spécialistes que les personnes âgées ayant déclaré souffrir d'une seule affection chronique.

Tableau 1 : Taux de visites médicales au cours des 12 derniers mois, selon le nombre d'affections chroniques (estimations brutes)

Type de visite médicale	Nombre de visites des aînés en millions (pourcentage de la rangée)				Nombre de visites des aînés (par millier d'aînés)			
	Aucune AC	1 AC	2 AC	3 AC ou plus	Aucune AC	1 AC	2 AC	3 AC ou plus
Médecin de famille ou généraliste	1,6 (13 %)	2,7 (21 %)	3,2 (25 %)	5,4 (42 %)	1 496	2 346	3 357	5 234
Personnel infirmier, physiothérapeute, travailleur social ou conseiller[‡]	1,2* (15 %)	2,0* (26 %)	1,8* (23 %)	2,9 (36 %)	1 087*	1 755*	1 928*	2 816
Pharmacien ou diététiste	0,6 (9 %)	1,4 (24 %)	1,3 (22 %)	2,6* (45 %)	511	1 222	1 342	2 547
Spécialiste (p. ex. chirurgien, cardiologue ou psychiatre)	†	1,0 (21 %)	1,1 (23 %)	1,7 (36 %)	†	854	1 153	1 626
Service d'urgence d'un hôpital	0,2* (13 %)	0,3 (18 %)	0,4 (23 %)	0,7 (46 %)	193*	240	382	696
Nombre total de visites médicales des aînés	4,5 (14 %)	7,5 (23 %)	7,7 (23 %)	13,3 (40 %)	4 158	6 417	8 162	12 920
Utilisation des soins de santé	Nombre de visites des adultes âgés de 45 à 64 ans en millions (pourcentage de la rangée)				Nombre de visites des adultes âgés de 45 à 64 ans (par millier d'adultes)			
	Aucune AC	1 AC	2 AC	3 AC ou plus	Aucune AC	1 CC	2 CC	3 AC ou plus
Nombre total de visites médicales des adultes âgés de 45 à 64 ans	25,3 (25 %)	23,9 (24 %)	18,3 (18 %)	34,1* (34 %)	3 907	8 036	11 026	24 789*

Remarques

* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée.

† Le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %; l'estimation a été supprimée en raison de la variabilité élevée de l'échantillon.

‡ Les visites de personnel infirmier ont été combinées aux visites chez les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les conseillers afin d'augmenter la fiabilité des estimations.

AC : affection chronique déclarée.

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

Ne comprend pas les visites se déroulant lors de séjours d'une nuit.

L'analyse portait sur huit échantillons pondérés de taille différente : 1,1 million d'aînés ayant déclaré ne souffrir d'aucune affection chronique; 1,2 million d'aînés ayant déclaré souffrir d'une affection chronique; 0,9 million d'aînés ayant déclaré souffrir de deux affections chroniques; 1,0 million d'aînés ayant déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques; 6,5 millions d'adultes âgés de 45 à 64 ans ayant déclaré ne souffrir d'aucune affection chronique; 3,0 millions d'adultes âgés de 45 à 64 ans ayant déclaré souffrir d'une affection chronique; 1,7 million d'adultes âgés de 45 à 64 ans ayant déclaré souffrir de deux affections chroniques; 1,4 million d'adultes âgés de 45 à 64 ans ayant déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Dans tous les groupes de personnes âgées, l'utilisation des soins de santé augmentait en fonction du nombre d'affections chroniques déclarées (tableau 2). Les personnes très âgées n'ont pas signalé une utilisation des soins de santé supérieure à celle des personnes moins âgées; ainsi, le nombre d'affections chroniques déclarées constituait un déterminant plus important que l'âge en regard de l'utilisation des soins de santé chez les aînés. Le taux plus élevé d'utilisation des soins de santé chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, surtout chez les groupes présentant une comorbidité élevée, pourrait être attribuable au fait que les aînés qui nécessitent de fréquentes interventions en soins de santé sont plus susceptibles de vivre en

établissement (par exemple un centre de soins infirmiers ou un centre de soins de longue durée) et auraient donc été exclus du sondage ECE-SSP. De plus, un récent diagnostic d'affection chronique a entraîné un effet plus élevé sur les visites médicales chez les personnes de 45 à 64 ans que chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, les personnes âgées et les adultes âgés de 45 à 64 ans ont effectué 14 % et 44 % des visites médicales déclarées, respectivement.

Tableau 2 : Taux de visites médicales effectuées au cours des 12 derniers mois par des aînés, par millier d'aînés, selon le groupe d'âge et le nombre d'affections chroniques déclarées (estimations brutes)

Groupe d'âge	Nombre d'affections chroniques déclarées (intervalle de confiance de 95 %)			
	Aucune	1	2	3 et plus
De 65 à 74 ans	4 211* (de 2 498 à 5 924)	6 814 (de 5 600 à 8 028)	7 629 (de 6 441 à 8 816)	13 722 (de 11 105 à 16 339)
De 75 à 84 ans	3 815* (de 2 475 à 5 156)	5 547 (de 4 689 à 6 405)	9 501 (de 7 131 à 11 871)	11 400 (de 9 313 à 13 487)
85 ans et plus	4 917* (de 2 795 à 7 039)	6 268* (de 4 100 à 8 436)	6 766* (de 4 221 à 9 311)	14 028 (de 10 843 à 17 212)

Remarques

* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée.

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

Ne comprend pas les visites se déroulant lors de séjours d'une nuit.

Il existe quatre échantillons pondérés de taille différente : 1,1 million d'aînés ayant déclaré ne souffrir d'aucune affection chronique; 1,2 million d'aînés ayant déclaré souffrir d'une affection chronique; 0,9 million d'aînés ayant déclaré souffrir de deux affections chroniques; 1,0 million d'aînés ayant déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Plus la comorbidité est élevée, plus l'utilisation des médicaments augmente

Les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'une ou de deux affections chroniques prenaient en moyenne trois et quatre médicaments prescrits, respectivement. Quant à elles, les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins trois affections chroniques prenaient en moyenne six médicaments prescrits. On a constaté une tendance semblable chez les adultes âgés de 45 à 64 ans. Chez les personnes âgées, le nombre de médicaments prescrits était plus étroitement lié au nombre d'affections chroniques qu'à l'âge. Ces estimations n'englobent que les médicaments prescrits et pourraient être plus élevées si elles comprenaient les médicaments en vente libre.

Répercussions économiques des affections chroniques

Les affections chroniques entraînent d'importantes répercussions financières au Canada et tant l'effet direct sur les coûts des soins de santé que l'effet indirect (comme la perte de productivité) ont fait l'objet de recherches considérables. Par exemple, une étude menée par l'Agence de la santé publique du Canada a révélé que le fardeau total des maladies cardiovasculaires au Canada en 2000 était de 22,2 milliards de dollars, dont 7,6 milliards de dollars en coûts directs⁸. Il est particulièrement important de comprendre la relation entre la gestion des affections chroniques chez les personnes âgées et les coûts globaux des soins de santé, puisque la prévalence de nombreuses affections chroniques augmente avec l'âge. Selon les estimations, 44 % des coûts des soins de santé financés par les deniers publics sont attribuables aux personnes âgées⁹. Une autre étude réalisée en 2000 indique que les répercussions économiques totales de l'arthrite étaient évaluées à 6,4 milliards de dollars, dont 1,7 milliard de dollars attribuable aux personnes âgées¹⁰. Compte tenu du fait qu'environ 70 % des coûts des soins de santé au Canada sont assumés par le

secteur public⁹ et en raison de l'importante incidence d'une comorbidité élevée sur l'utilisation des soins de santé par les aînés (tableaux 1 et 2), il est évident que des efforts accrus pour améliorer les SSP préventifs chez les adultes plus âgés au Canada pourraient s'avérer bénéfiques.

Section 2 : Autogestion et soins collaboratifs dans le cadre du traitement des affections chroniques

Les personnes âgées ont confiance en leur capacité d'autogestion

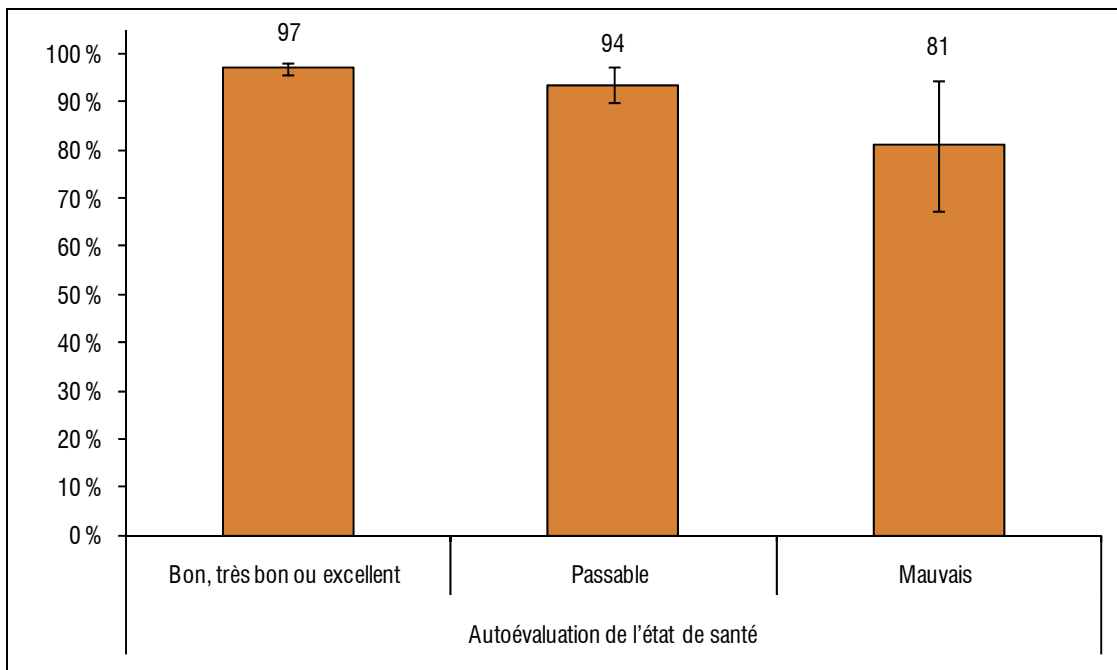
Par définition, les affections chroniques sont persistantes et nécessitent généralement un traitement tout au long de la vie du patient. Le traitement des affections chroniques est généralement différent de celui des affections aiguës, puisque son objectif ne consiste pas à guérir, mais plutôt à gérer l'affection de façon à prévenir les complications et l'apparition d'affections supplémentaires. Souvent, le succès de la gestion des affections chroniques dépend fortement du patient et repose sur des facteurs comme l'alimentation, l'exercice, le respect du traitement médicamenteux et l'autosurveillance (de la glycémie et de la tension artérielle par exemple)¹¹. On a déterminé que la comorbidité et le manque de connaissances des patients sur les affections chroniques et les médicaments utilisés pour leur traitement représentaient des obstacles à l'autogestion des maladies chroniques¹².

Le modèle de soins chroniques est relativement récent par rapport au modèle traditionnel de soins de courte durée. Des recherches ont indiqué qu'il permet d'améliorer la gestion des affections chroniques lorsqu'on combine différentes méthodes. Selon une analyse des données probantes sur le modèle de soins chroniques, on constate les plus grandes améliorations des résultats pour la santé lorsqu'au moins deux des quatre stratégies suivantes sont utilisées :

- éducation et soutien accrus des patients;
- prestation de soins planifiés en équipe;
- amélioration des connaissances du dispensateur;
- meilleure utilisation des systèmes d'information fondés sur les registres¹³.

Parmi les personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique, 9 sur 10 ont également affirmé qu'elles estimaient pouvoir prendre en charge elles-mêmes leurs traitements médicaux à la maison. La majorité des personnes âgées ayant jugé leur état de santé « mauvais » ont aussi déclaré qu'elles se sentaient en mesure de prendre en charge elles-mêmes leur traitement médical à la maison (figure 5), bien qu'elles étaient moins susceptibles de fournir cette réponse que les personnes âgées ayant déclaré que leur état de santé était « bon », « très bon » ou « excellent » (81 % par rapport à 97 %). On a constaté une tendance semblable chez les adultes âgés de 45 à 64 ans. Parmi les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins une affection chronique, 88 % ont mentionné qu'elles savaient comment prévenir la détérioration de leur état de santé.

Figure 5 : Pourcentage d'aînés ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques qui ont aussi répondu qu'elles étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord » lorsqu'on leur a demandé si elles étaient en mesure de prendre en charge elles-mêmes leur traitement médical à la maison, selon l'autoévaluation de l'état de santé, Canada (estimations brutes)



Remarques

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » à la question sur l'autoévaluation de l'état de santé; toutefois, ces données représentaient moins de 1 % du nombre total de réponses et ne sont pas présentées.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre à la question sur la capacité d'autogestion à la maison; toutefois, ces données combinées représentaient moins de 3 % du nombre total de réponses.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Lacunes en matière de soins préventifs

La prévention constitue un moyen de réduire le fardeau économique et le fardeau pour la santé qu'engendrent les affections chroniques. On peut fournir des soins préventifs aux patients avant l'apparition de la maladie ou de symptômes (prévention primaire), en présence de signes avant-coureurs ou de facteurs de risque (prévention secondaire) ou lorsque le patient a déjà reçu un diagnostic afin de réduire le risque de complications et de comorbidité (prévention tertiaire)¹⁴.

Bien que la majorité des personnes âgées aient un médecin habituel, bon nombre d'entre elles ne reçoivent pas les SSP servant à prévenir ou à repousser l'apparition d'affections chroniques ni les soins de prévention secondaire pouvant empêcher la comorbidité et d'autres complications. Par exemple, les données de l'ESCC de 2009 indiquent que seulement 66,5 % des personnes âgées ont reçu un vaccin contre la grippe au cours de l'année précédente¹. Les données de l'ESCC révèlent également qu'en 2005, seulement 49 % des personnes âgées atteintes de diabète avaient subi un examen des pieds réalisé par un professionnel de la santé au cours de l'année précédente et seulement 69 % avaient passé un examen de la vue avec dilatation des pupilles¹⁵.

Les données de l'ECE-SSP de 2008 témoignent également de lacunes en matière de soins de prévention primaire. Seulement 42 % des personnes âgées ont déclaré avoir discuté des mesures à prendre pour

améliorer leur santé ou prévenir les maladies avec un professionnel de la santé, au moins parfois, au cours de la dernière année (notamment arrêter de fumer, restreindre leur consommation d'alcool et faire plus d'exercice). Cette proportion s'élevait légèrement, soit à 45 %, chez les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins une affection chronique. Seulement 57 % des personnes âgées et 59 % de celles ayant déclaré souffrir d'affections chroniques ont signalé recevoir l'aide qu'elles souhaitent pour atteindre ou conserver leur poids santé. Les résultats en matière de prévention secondaire et tertiaire sont plus encourageants. La majorité des personnes âgées qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral ou d'hypertension ont signalé qu'on avait évalué leur tension artérielle (96 %), leur cholestérol (84 %), leur poids (72 %) et leur glycémie (78 %) au cours de la dernière année.

Les dispensateurs de SSP peuvent contribuer à améliorer la santé des personnes âgées de demain ainsi qu'à réduire les répercussions économiques des affections chroniques en fournissant régulièrement des soins préventifs aux patients d'âge moyen. Les données de l'enquête révèlent que la prévention primaire chez les adultes âgés de 45 à 64 ans pourrait être grandement améliorée. Dans ce groupe d'âge, seulement 45 % ont déclaré avoir discuté des mesures à prendre pour améliorer leur santé ou prévenir les maladies avec un professionnel de la santé et seulement 55 % ont déclaré recevoir l'aide souhaitée pour atteindre ou conserver un poids santé.

Lacunes en matière de soins collaboratifs

Les soins collaboratifs entre le patient et le dispensateur, où le patient participe aux décisions liées à son traitement, constituent un aspect important de l'autogestion. Les soins collaboratifs sont généralement offerts dans un milieu de SSP, bien qu'ils soient distincts de l'éducation des patients en matière d'autogestion. Les soins collaboratifs peuvent prendre de nombreuses formes et englober l'établissement d'objectifs de traitement, la préparation d'un plan de traitement ou d'action et la participation des patients aux décisions liées à leurs traitements¹⁶.

Objectifs de traitement

Moins de la moitié (48 %) des aînés ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique ont affirmé avoir discuté des objectifs de leur traitement avec leur dispensateur de SSP, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage était le même chez les adultes âgés de 18 à 64 ans. Une comparaison selon le niveau de scolarité indique qu'un plus grand nombre de personnes âgées titulaires d'un diplôme d'études secondaires que de personnes âgées sans diplôme d'études secondaires ont déclaré avoir discuté des objectifs de leur traitement avec leur dispensateur de SSP, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois (51 % par rapport à 45 %). Lorsqu'on établit la comparaison selon le sexe, on constate qu'un plus grand nombre d'hommes âgés que de femmes âgées ont déclaré avoir discuté des objectifs de leur traitement avec leur dispensateur de SSP, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois (51 % par rapport à 46 %).

Plans de traitement et participation aux décisions cliniques

Un peu plus du quart (28 %) des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique ont indiqué avoir reçu de l'aide pour élaborer un plan de traitement, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois (tableau 3). Parmi les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins une affection chronique et qui ont consulté un médecin de famille ou un généraliste au cours des 12 derniers mois, plus de deux personnes sur trois (70 %) ont également signalé qu'elles participaient au moins parfois aux décisions cliniques concernant leurs soins de santé (tableau 3). Ces deux activités de soins collaboratifs étaient légèrement plus fréquentes chez les adultes âgés de 18 à 64 ans que chez les aînés. Chez les aînés, les taux de fréquence de ces activités de soins collaboratifs étaient plus élevés chez les hommes et les titulaires d'un diplôme d'études secondaires que chez les femmes et les personnes sans diplôme d'études secondaires.

Tableau 3: Pourcentage de répondants ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques qui ont aussi déclaré avoir reçu de l'aide pour élaborer un plan de traitement, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois ou qui ont aussi déclaré que leur médecin de famille ou généraliste les faisait participer aux décisions cliniques, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois

Activité de soins collaboratifs	Pourcentage de répondants (intervalle de confiance de 95 %)					
	Personnes âgées					Adultes âgés de 18 à 64 ans
	Toutes	Hommes	Femmes	Diplôme	Sans diplôme	
Ont reçu de l'aide pour élaborer un plan de traitement	28,4 (de 25,5 à 31,2)	32,4 (de 27,7 à 37,1)	25,1 (de 21,3 à 28,9)	31,1 (de 27,1 à 35,1)	25,0 (de 20,9 à 29,1)	38,6 (de 35,2 à 42,0)
Ont participé aux décisions cliniques	69,7 (de 66,6 à 72,9)	73,2 (de 68,3 à 78,0)	67,0 (de 62,7 à 71,3)	74,7 (de 70,9 à 78,5)	63,4 (de 58,0 à 68,8)	75,7 (de 72,3 à 79,1)

Remarques

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre à la question sur le plan de traitement; toutefois, ces données représentaient moins de 4 % du nombre total de réponses chez les personnes âgées et moins de 1 % du nombre total de réponses chez les adultes âgés de 18 à 64 ans.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et « non précisé » à la question sur les décisions cliniques; toutefois, ces données représentaient moins de 4 % du nombre total de réponses chez les personnes âgées et moins de 3 % du nombre total de réponses chez les adultes âgés de 18 à 64 ans.

L'analyse comprenait en outre les réponses « ne s'applique pas » pour cette variable, représentant 11 % des personnes âgées qui ont répondu et 7 % des répondants âgés de 18 à 64 ans.

La question concernant les décisions cliniques n'a pas été posée aux répondants qui n'avaient pas visité un médecin de famille ou un généraliste au cours des 12 derniers mois.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Connaissance des traitements offerts

Parmi les personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique, plus de quatre sur cinq (86 %) connaissaient les différents traitements médicaux offerts pour lutter contre leur problème de santé (pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe variant de 87 % au Québec à 81 % en Alberta)ⁱⁱ. Le niveau de scolarité (les titulaires d'un diplôme d'études secondaires par rapport aux personnes sans diplôme d'études secondaires) n'avait pas d'incidence significative sur la proportion de personnes âgées qui connaissaient les différents traitements médicaux s'offrant à elles. Le taux lié à la connaissance des différents traitements médicaux était à peu près le même chez les hommes et les femmes âgés (85 % et 87 %, respectivement) et il y avait peu d'écart à ce chapitre entre les personnes âgées et les adultes plus jeunes.

Sensibilisation aux répercussions de l'autogestion sur la santé

L'éducation des patients est un autre aspect important de l'autogestion. Parmi les personnes âgées ayant déclaré souffrir d'affections chroniques, 60 % ont signalé qu'on leur avait expliqué, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois que les mesures qu'elles prenaient pour prendre soin d'elles-mêmes influent sur leur état de santé; 25 % ont signalé qu'on leur avait remis, au moins parfois, une liste écrite de choses à faire pour améliorer leur état de santé; 11 % ont signalé qu'on les avait encouragées, au moins parfois, à suivre une séance de groupe ou un cours précis (comme un colloque éducatif) pour les aider à gérer leur affection chronique; 14 % ont signalé qu'on les avait encouragées, au moins parfois, à participer à des programmes communautaires, par exemple en faisant appel à un groupe de soutien ou en s'inscrivant à un cours de

ii. Les comparaisons provinciales complètes sont présentées à l'annexe B.

conditionnement physique; 26 % ont signalé qu'on leur avait mentionné, au moins parfois, de quelle façon les visites chez d'autres types de médecins (comme les spécialistes ou les chirurgiens) contribuaient à leur traitement.

Rôle potentiel des systèmes électroniques dans la prestation des soins collaboratifs

De plus en plus souvent, la littérature laisse entendre qu'il est possible d'améliorer les soins aux patients en utilisant des systèmes informatisés d'aide à la prise de décisions (comme les dossiers médicaux électroniques ou DME) pour réaliser des tâches telles que la coordination des soins selon les affections, les dispensateurs et les milieux. Les résultats d'une enquête internationale menée par le Fonds du Commonwealth en 2009 donnent à penser que les dispensateurs canadiens de SSP utilisent beaucoup moins les DME que leurs homologues d'autres pays, surtout dans le secteur des soins chroniques. Selon cette étude, seulement 37 % des médecins en SSP au Canada utilisent les DME, ce qui constitue la proportion la plus faible parmi tous les pays étudiés. Aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, au Royaume-Uni et en Australie, au moins 95 % des médecins en SSP utilisent les DME. Seulement 10 % des médecins canadiens ont déclaré posséder un système informatisé pour rappeler aux patients les soins réguliers de prévention ou de suivi, par rapport à 76 % des médecins du Royaume-Uni et 92 % des médecins de la Nouvelle-Zélande. L'utilisation d'incitatifs financiers visant la gestion des patients atteints de maladies chroniques ou ayant des besoins complexes au Canada était de 54 %, soit similaire à celle constatée dans bon nombre des autres pays ciblés par l'étude¹⁷.

Section 3 : Gestion des médicaments chez les personnes âgées atteintes d'affections chroniques

L'utilisation de médicaments comporte un risque d'effets secondaires et de réactions indésirables

L'utilisation de médicaments prescrits augmente avec l'âge, ce que l'on peut en partie attribuer à la présence de morbidités multiples chez les personnes âgées¹⁸. Le nombre de médicaments prescrits présente une corrélation avec les effets indésirables, et ces derniers augmentent en fonction du nombre de visites à l'hôpital¹⁹⁻²². Les effets indésirables constituent une question importante pour la sécurité des patients. Les personnes âgées risquent particulièrement de ressentir des effets indésirables, puisque leurs organes responsables de métaboliser ou d'éliminer les médicaments, plus précisément les reins et le foie, possèdent des capacités fonctionnelles réduites^{18, 21, 23}. Bon nombre de ces effets indésirables sont attribuables au dosage et à certains médicaments prescrits qui peuvent entraîner une toxicité²¹. Les personnes âgées qui prennent de nombreux médicaments sont moins susceptibles de recevoir de l'information sur l'utilisation appropriée des médicaments et les effets secondaires possibles de la part de leur médecin que le reste de la population¹⁹. La polypharmacie (l'utilisation d'au moins cinq médicaments) est fréquente chez les personnes âgées atteintes d'affections chroniques et encore plus chez celles qui présentent une comorbidité. La polypharmacie peut entraîner un respect moindre du traitement médicamenteux ainsi que des problèmes d'effets indésirables et d'interaction entre médicaments^{9, 20, 23, 24}. Une revue du traitement médicamenteux peut permettre de réduire le nombre de médicaments prescrits^{9, 25-28}. Une telle diminution peut améliorer la sécurité des patients en réduisant le nombre d'effets indésirables.

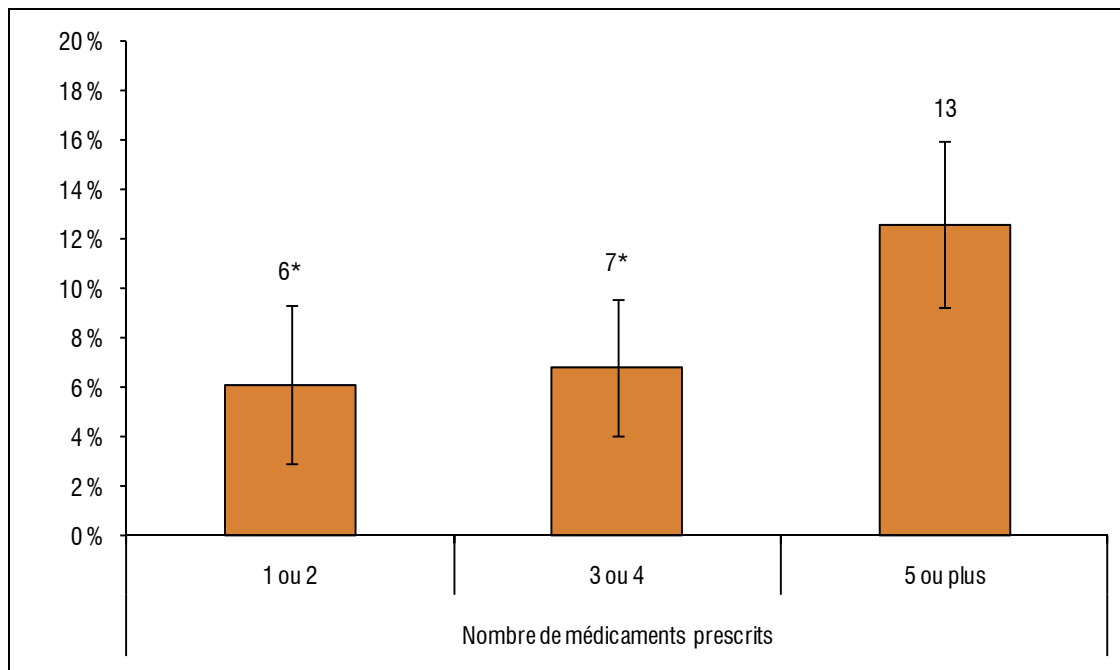
Lacunes en matière de sécurité des patients dans la gestion des médicaments

Les patients qui visitent un médecin pour le traitement d'une maladie chronique se verront probablement remettre une ordonnance. Les données de l'Index canadien des maladies et traitements de 2009 révèlent que 81 % et 82 % des patients ont quitté le bureau du médecin avec une ordonnance à la suite d'une visite pour le traitement de l'hypertension et de la dépression, respectivement, tandis que seulement 2 % des patients ont quitté le bureau du médecin avec une ordonnance à la suite d'un examen médical général ou d'un bilan de santé²⁹.

Les personnes âgées qui prennent de nombreux médicaments présentent un risque accru de subir des effets indésirables, de recevoir une ordonnance inappropriée et de souffrir d'effets secondaires découlant de l'interaction avec des facteurs externes (comme l'alcool)¹⁸⁻²⁰. Quatre pour cent des personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins une affection chronique ont également signalé une erreur d'ordonnance ou de médicament au cours des 12 derniers mois. Parmi les personnes qui ont fait l'objet d'une erreur, 41 %ⁱⁱⁱ ont déclaré que celle-ci avait engendré un problème « assez grave » ou « très grave ». Ce résultat est très semblable à celui d'une enquête du Fonds du Commonwealth menée en 2008 auprès des adultes très malades, selon laquelle 9 % des répondants canadiens ont déclaré avoir reçu une dose ou un médicament inexact au cours des deux années précédentes. Il s'agit là du quatrième taux parmi un groupe de huit pays développés³⁰. Cette enquête internationale a également révélé que 35 % des erreurs de diagnostic et de médicament au Canada entraînaient des conséquences « assez graves » ou « très graves ».

Treize pour cent des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique et qui prenaient régulièrement au moins cinq médicaments prescrits ont éprouvé des effets secondaires nécessitant des SSP au cours des 12 derniers mois, soit deux fois plus que celles qui ne prenaient qu'un ou deux médicaments prescrits (figure 6). On a constaté une tendance semblable chez les adultes âgés de 45 à 64 ans. Des stratégies visant à réduire le nombre de médicaments lorsque c'est possible pourraient permettre de diminuer le nombre d'effets secondaires ressentis par les personnes âgées en situation de polypharmacie.

Figure 6 : Pourcentage d'aînés ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques et avoir ressenti des effets secondaires d'un médicament prescrit qui ont nécessité une visite chez un médecin au cours des 12 derniers mois, selon le nombre de médicaments prescrits, Canada (estimations brutes)



Remarques

* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée. Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral. L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et « non précisé » ainsi que les refus de répondre; toutefois, ces données combinées représentaient moins de 2 % du nombre total de réponses.

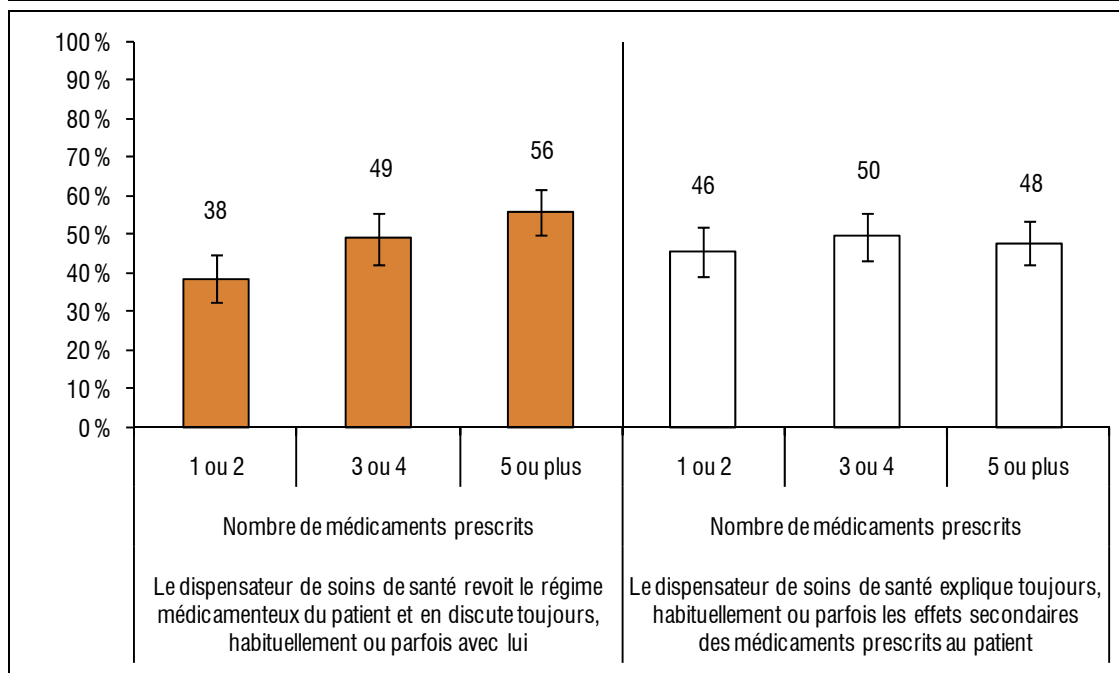
Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

iii. Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée.

Parmi toutes les personnes âgées qui ont déclaré souffrir d'au moins une affection chronique, seulement 48 % ont signalé que leur dispensateur de SSP avait procédé à la revue de leur traitement médicamenteux, au moins parfois. Parmi les personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique et qui prenaient régulièrement au moins cinq médicaments prescrits, 56 % ont signalé que leur médecin avait procédé à la revue de leur traitement médicamenteux, au moins parfois, au cours des 12 derniers mois, par rapport à 38 % des personnes âgées qui ne prenaient qu'un ou deux médicaments (figure 7). Moins de la moitié (47 %) des personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique ont également signalé qu'on leur avait expliqué les effets secondaires de leurs médicaments prescrits, au moins parfois. Un nombre supérieur de médicaments prescrits entraînait peu de répercussions sur ce taux. Parmi les personnes âgées ayant déclaré souffrir d'au moins une affection chronique et prenant régulièrement au moins cinq médicaments prescrits, près d'une sur cinq (18 %) a indiqué qu'on avait rarement ou jamais procédé à la revue de son traitement médicamenteux, et 24 % ont affirmé que la question concernant les examens des médicaments ne s'appliquait pas à leur situation parce qu'elles prenaient leurs médicaments depuis au moins 12 mois. Une revue du traitement médicamenteux et une discussion concernant les effets secondaires demeurent conseillées aux personnes âgées qui utilisent leurs médicaments depuis longtemps, car les propriétés pharmacocinétiques des médicaments peuvent changer avec l'âge et le risque d'effets indésirables peut augmenter^{21, 23, 24, 31}.

Figure 7 : Pourcentage des aînés ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques et qui ont signalé que leur dispensateur de soins de santé procédait « toujours », « souvent » ou « parfois » à la revue de leur traitement médicamenteux et en discutait avec eux ou leur avait « toujours », « souvent » ou « parfois » expliqué les effets secondaires des médicaments prescrits au cours des 12 derniers mois, selon le nombre de médicaments prescrits, Canada (estimations brutes)



Remarques

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et « non précisé » ainsi que les refus de répondre à la question concernant l'examen des médicaments; toutefois, ces données représentaient moins de 3 % du nombre total de réponses. L'analyse englobe également la réponse « ne s'applique pas (même médicament à long terme, explications non nécessaires) », qui représentait environ 30 % du nombre total de réponses.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et « non précisé » ainsi que les refus de répondre à la question concernant l'explication des effets secondaires; toutefois, ces données représentaient moins de 2 % du nombre total de réponses. L'analyse englobe également la réponse « ne s'applique pas (même médicament à long terme, explications non nécessaires) », qui représentait environ 34 % du nombre total de réponses.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Résumé

La prévalence des affections chroniques est en hausse et celles-ci continueront d'entraîner des répercussions considérables sur la santé des Canadiens et sur le système de santé. Heureusement, des aspects du système de santé peuvent être améliorés au chapitre de la gestion de ces affections. Le fardeau économique grandissant que représentent les soins aux personnes âgées est lié non seulement à la prévalence croissante des affections chroniques, mais aussi au vieillissement de la population canadienne. Les personnes âgées composaient 13,2 % de la population au moment du recensement de 2006 et on estime que cette proportion passera à 21,2 % en 2026².

Les aînés qui présentent une comorbidité élevée (au moins trois affections chroniques) déclarent avoir un mauvais état de santé, prennent un nombre supérieur de médicaments prescrits et accusent le taux de visites médicales le plus élevé parmi les personnes âgées atteintes d'affections chroniques. Cette conclusion aurait été plus marquée si l'on avait sondé les personnes âgées qui vivent en établissement, notamment en établissement de soins de longue durée, car celles-ci présentent probablement un taux élevé d'affections chroniques à des stades avancés. Ainsi, le fait de réduire la fréquence de la comorbidité au moyen de la prévention peut avoir un effet considérable sur la santé des personnes âgées et l'utilisation des ressources de soins de santé. Il existe des possibilités d'améliorer la prestation des soins liés aux affections chroniques. Ces améliorations pourraient représenter des avantages considérables pour la santé des Canadiens et le système de santé.

Les soins de santé primaires jouent un rôle primordial dans la gestion des affections chroniques³². Selon l'OMS, les aspects des SSP essentiels à l'amélioration des résultats et à l'efficacité du système de santé comprennent l'approche axée sur la personne, la continuité des soins ainsi que les interventions complètes et intégrées³³. On a déterminé qu'un plan de traitement bien défini représentait un élément majeur de la gestion des affections chroniques et que la collaboration du patient à la prise de décisions et à l'établissement des objectifs constituait un élément clé de la capacité des dispensateurs de soins de santé à établir un partenariat avec leurs patients afin de traiter les affections chroniques avec efficacité et efficience³⁴. Parmi les interventions qui favorisent les soins collaboratifs entre le patient et le dispensateur ainsi que l'éducation du patient figurent les incitatifs financiers et les formations particulières offertes aux dispensateurs³⁵, la formation d'équipes de SSP composées de dispensateurs autres que médecin possédant une formation en autogestion des patients¹¹, et l'élaboration de directives visant les soins axés sur le patient³⁴. Pour être réussie, l'autogestion du patient nécessite une modification de la relation entre le patient et le médecin de façon que le patient participe activement à ses propres soins³⁵.

En 2008, les produits pharmaceutiques constituaient la deuxième catégorie de dépenses de santé en importance et on prévoyait qu'ils représenteraient 17,4 % des dépenses de santé (29,8 milliards de dollars), par rapport à 15,0 % 10 ans plus tôt⁹. Un rapport de l'ICIS sur les dépenses liées aux médicaments réalisé en 2008 dans six provinces a révélé que l'on a dépensé plus d'un milliard de dollars pour les personnes âgées uniquement en programmes financés par l'État³⁶. Six des dix principales catégories de médicaments (classées selon le coût total) étaient fréquemment utilisées pour le traitement des affections cardiovasculaires ou respiratoires chroniques³⁶. Des données probantes indiquent que des événements iatrogènes médicamenteux surviennent fréquemment en SSP. Selon une étude, 25 % des patients ont déclaré avoir vécu des événements iatrogènes médicamenteux, dont 28 % auraient pu être moins importants (les symptômes n'ont pas été traités assez rapidement) et 11 % auraient pu être prévenus³⁷. De plus, on a établi que les ordonnances inappropriées constituaient un problème en matière de gestion des médicaments chez les personnes âgées³⁸. Comme l'utilisation des médicaments est en hausse chez les aînés³⁶, il est important que les médecins gèrent efficacement les médicaments prescrits. Pourtant, seulement 47 % des personnes âgées atteintes d'affections chroniques ont déclaré qu'on leur avait expliqué les effets secondaires. L'ignorance de ces effets secondaires peut faire en sorte que les patients ne réagissent pas assez rapidement à certains

symptômes. De plus, de nombreux patients n'ont pas profité d'une revue de leur traitement médicamenteux pour assurer qu'il soit optimal. Parmi les interventions possibles visant à réduire le nombre d'événements iatrogènes médicamenteux figurent la consultation des critères Beers ou de la liste Beers pour déterminer l'ordonnance appropriée³⁹, la réduction du nombre de médecins prescripteurs⁴⁰, la promotion de la participation des pharmaciens et des infirmières expérimentées à la gestion des médicaments⁴¹, une revue régulière du traitement médicamenteux (y compris les médicaments en vente libre)²⁵ et l'amélioration de l'éducation des patients à l'aide, entre autres, des commentaires des pharmacologues ou des pharmaciens²⁸.

Les personnes âgées présentant une comorbidité élevée constituent un groupe où d'importantes améliorations sont possibles au chapitre de la prestation des soins de santé et de l'efficacité des dépenses de santé. On a observé des écarts statistiquement significatifs entre les personnes âgées ayant déclaré une comorbidité élevée et les personnes âgées ayant déclaré un nombre faible ou nul d'affections chroniques, et ce, à plusieurs égards. Les personnes âgées qui ont déclaré une comorbidité élevée étaient moins susceptibles d'affirmer que leur état de santé général était « bon », « très bon » ou « excellent », ont effectué plus de visites médicales, étaient plus sujettes à la polypharmacie (utilisation d'au moins cinq médicaments prescrits) et étaient plus susceptibles d'avoir des effets secondaires nécessitant des SSP que les personnes âgées ayant déclaré un nombre faible ou nul d'affections chroniques. Les efforts permettant d'éviter aux personnes âgées atteintes d'affections chroniques, surtout s'il s'agit d'une ou de deux affections, de contracter d'autres affections chroniques leur seraient fortement profitables et contribuerait activement à réduire les dépenses de santé au Canada.

Ressources supplémentaires

Les rapports suivants de l'Institut canadien d'information sur la santé sont accessibles sur le site www.icis.ca.

- *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*
- *Lacunes et disparités en matière de soins aux personnes diabétiques au Canada*
- *Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006*
- *Points saillants des hospitalisations et des visites aux services d'urgence en 2008-2009*

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport, notamment Gautam Bassan, Andi Camden, Chantal Couris, Li Dong, Ali Moses McKeag, Brenda Palmer, Ben Reason, Patricia Sullivan-Taylor, Michael Terner, André Wajda et Greg Webster.

Annexe A : Méthodologie

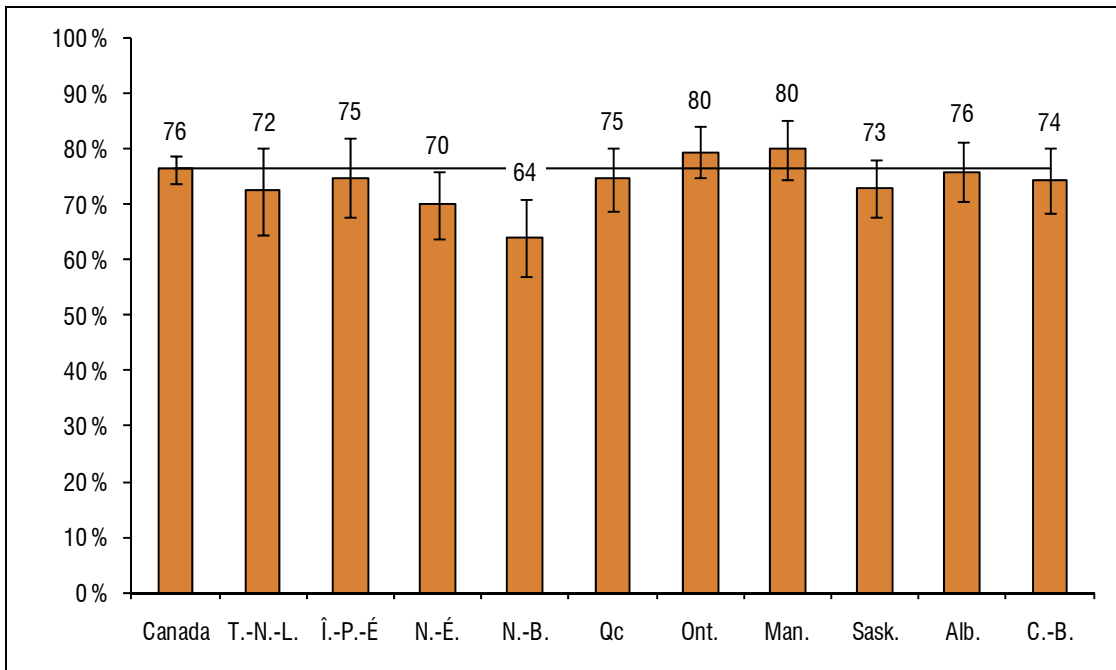
Les résultats présentés dans le rapport *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* reposent sur les données de l'édition 2008 de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP). Statistique Canada a mené cette ECE-SSP du 14 avril au 30 juin 2008 au moyen d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur. L'échantillon pour l'enquête était constitué d'un sous-échantillon de répondants à l'ESCC, Cycle 4.1 (2007), âgés de 18 ans et plus. Ont été exclus de l'enquête les résidents des réserves des Premières Nations et des terres publiques, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les résidents d'établissements et les habitants de régions éloignées. De plus amples renseignements au sujet de l'enquête peuvent être obtenus auprès de Statistique Canada.

L'échantillon a été conçu pour produire des estimations pancanadiennes et provinciales. Une stratégie de pondération des réponses a été utilisée pour assurer la représentativité de la population selon l'âge et le sexe. Une méthode bootstrap a permis d'estimer la variance et les intervalles de confiance. Les intervalles de confiance ont été estimés à 95 % et sont indiqués dans les figures par les lignes verticales au-dessus des colonnes. L'échantillon final comprenait un petit nombre de répondants de chaque territoire aux fins de représentativité à l'échelle pancanadienne. Toutefois, l'échantillon était trop petit pour produire des estimations territoriales. Dans la présente analyse, les termes « personnes âgées » et « aînés » réfèrent aux adultes âgés de 65 ans et plus, tandis que le terme « adultes » renvoie aux personnes âgées de 18 ans et plus, à moins d'indication contraire. Au besoin, les analyses par province ont été normalisées selon l'âge et le sexe afin de réduire les différences d'âge et de sexe entre les populations.

Un total de 11 582 adultes ont répondu à l'enquête, dont 3 132 personnes âgées, pour un taux de réponse global de 71 %. Les taux de réponse provinciaux variaient de 67 % à 76 %. Certaines questions n'ont pas été posées à certains répondants en raison de réponses antérieures; ces sauts valides ont été exclus de toutes les analyses. Sur demande, le Programme d'information sur les SSP peut fournir des notes techniques supplémentaires (ssp@icis.ca). Les demandes de tableaux personnalisés ou d'information sur l'accès aux données doivent être transmises à Statistique Canada (ssd@statcan.ca).

Annexe B : Figures provinciales

Figure B-1 : Pourcentage d'aînés ayant déclaré que leur état de santé était « excellent », « très bon » ou « bon » (normalisé selon l'âge et le sexe)



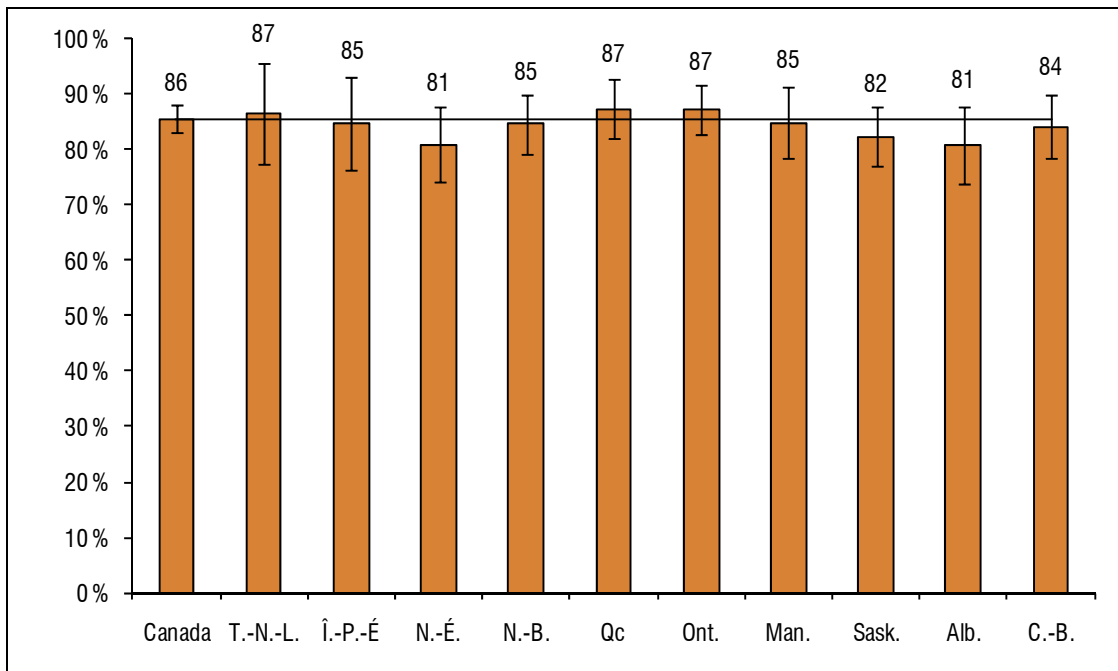
Remarques

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas »; toutefois, ces données représentaient moins de 1 % du nombre total de réponses.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Figure B-2 : Pourcentage d'aînés ayant déclaré souffrir d'au moins une des onze affections chroniques qui ont aussi répondu qu'elles étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord » lorsqu'on leur a demandé si elles étaient au courant des différentes options de traitement s'offrant à eux, par province (normalisé selon l'âge et le sexe)



Remarques

Comprend les affections chroniques suivantes : arthrite, asthme, cancer, douleur chronique, dépression, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie, hypertension, troubles de l'humeur autres que la dépression et accident vasculaire cérébral.

L'analyse englobe les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre; toutefois, ces données combinées représentaient moins de 5 % du nombre total de réponses.

Sources

Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires, 2008, Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Statistique Canada, *Table 105-0501: Health Indicator Profile, Annual Estimates, by Age Group and Sex, Canada, Provinces, Territories, Health Regions (2007 Boundaries) and Peer Groups, Occasional* [Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel], dernière modification le 26 juin 2009. Consulté le 7 août 2009. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?LANG=E&RegTkt=&C2Sub=&C2DB=PRD&ROOTDIR=CII/&ResultTemplate=CII/CII_FLst&SrchVer=2&ChunkSize=50&CIITables=2969/>.
2. Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada, 2006* [Un portrait des aînés au Canada 2006], Ottawa (Ont.), ministre de l'Industrie, 2007, p. 43-63.
3. Organisation mondiale de la Santé, *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada*, dernière modification en 2005. Internet : <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf/>.
4. Statistique Canada, *Table 102-0552: Age-Standardized Mortality Rates by Selected Causes, by Sex (Both Sexes)* [Tableau 102-0552 : Les taux de mortalité normalisés selon l'âge, pour certaines causes de décès et le sexe (les deux sexes)], dernière modification le 19 juillet 2010. Consulté le 19 août 2010. Internet : <<http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/health30a-eng.htm/>>.
5. Statistique Canada, *Table 103-0550: New Cases for ICD-O-3 Primary Sites of Cancer (Based on the July 2009 CCR Tabulation File), by Age Group and Sex, Canada, Provinces and Territories, Annual* [Tableau 103-0550 : Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (d'après le fichier des totalisations du RCC de juillet 2010), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel], dernière modification le 29 juillet 2009. Internet : <<http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM/>>.
6. Société de l'arthrite, *ArthroScope: Revealing the Impact of Arthritis on the Lives of Canadians*, dernière modification en 2004. Consulté le 6 août 2009. Internet : <http://www.arthritis.ca/local/files/resources%20for%20advocates/arthroscope/ArthroScope_English.pdf/>.
7. Association canadienne du diabète, *An Economic Tsunami: The Cost of Diabetes in Canada* [Un tsunami économique : le coût du diabète au Canada], Toronto (Ont.), ACD, 2009.
8. Agence de la santé publique du Canada, *Tracking Heart Disease and Stroke in Canada* [Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada], Ottawa (Ont.), ASPC, 2009.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2009* [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
10. Agence de la santé publique du Canada, *Life with Arthritis in Canada* [Vivre avec l'arthrite au Canada], Ottawa (Ont.), ASPC, 2010.
11. T. Bodenheimer, E. H. Wagner et K. Grumbach, « Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness », *JAMA*, vol. 288, n° 14 (2002), p. 1775-1779.
12. E. A. Bayliss et coll., « Barriers to Self-Management and Quality-of-Life Outcomes in Seniors With Multimorbidities », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 5 (2007), p. 395-402.
13. K. Coleman et coll., « Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium », *Health Affairs*, vol. 28, n° 1 (2009), p. 75-85.
14. T. Novotny, « Preventing Chronic Disease: Everybody's Business », *Caring for People With Chronic Conditions*, Maidenhead (Royaume-Uni), Open University Press, 2008, p. 92-115.
15. C. Sanmartin et J. Gilmore, « Diabetes—Prevalence and Care Practices », *Health Reports* [« Diabète — prévalence et pratiques en matière de soins », *Rapports sur la santé*], vol. 19, n° 3 (2008), p. 59-63.
16. T. Bodenheimer et coll., « Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care », *JAMA*, vol. 288, n° 19 (2002), p. 2469-2475.

17. C. Schoen et coll., « A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences », *Health Affairs*, vol. 28, n° 6 (2009), p. w1171-w1183.
18. P. L. Ramage-Morin, « Medication Use Among Senior Canadians », *Health Reports* [« Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés », *Rapports sur la santé*], vol. 20, n° 1 (2009), p. 37-44.
19. W. J. Millar, « Multiple Medication Use Among Seniors », *Health Reports* [« La polymédication chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*], vol. 9, n° 4 (1998), p. 11-17.
20. S. C. Montamat et B. Cusack, « Overcoming Problems With Polypharmacy and Drug Misuse in the Elderly », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 8, n° 1 (1992), p. 143-158.
21. P. A. Routledge et coll., « Adverse Drug Reactions in Elderly Patients », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 57, n° 2 (2004), p. 121-126.
22. J. G. A. Dartnell et coll., « Hospitalisation for Adverse Events Related to Drug Therapy: Incidence, Avoidability and Costs », *Medical Journal of Australia*, vol. 164, n° 11 (1996), p. 659-662.
23. A. Corsonello et coll., « Age-Related Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Changes and Related Risk of Adverse Drug Reactions », *Current Medicinal Chemistry*, vol. 17, n° 6 (2009), p. 571-584.
24. K. C. Sokol et coll., « Polypharmacy in Older Oncology Patients and the Need for an Interdisciplinary Approach to Side-Effect Management », *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 32, n° 2 (2007), p. 169-175.
25. S. J. Torrible et D. B. Hogan, « Medication Use and Rural Seniors. Who Really Knows What They Are Taking? », *Canadian Family Physician*, vol. 43 (1997), p. 893-898.
26. S. L. Schafer, « Prescribing for Seniors: It's a Balancing Act », *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 13, n° 3 (2001), p. 108-112.
27. H. M. Fillit et coll., « Polypharmacy Management in Medicare Managed Care: Changes in Prescribing by Primary Care Physicians Resulting From a Program Promoting Medication Reviews », *American Journal of Managed Care*, vol. 5, n° 5 (1999), p. 587-594.
28. L. Bregnhøj et coll., « Combined Intervention Programme Reduces Inappropriate Prescribing in Elderly Patients Exposed to Polypharmacy in Primary Care », *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 65, n° 2 (2009), p. 199-207.
29. Conseil canadien de la santé, *Decisions, Decisions: Family Doctors as Gatekeepers to Prescription Drugs and Diagnostic Imaging in Canada* [Décisions, décisions : les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada], Toronto (Ont.), 2010.
30. Conseil canadien de la santé, *Safer Health Care for "Sicker" Canadians: International Comparisons of Health Care Quality and Safety*, Toronto (Ont.), 2009.
31. Organisation mondiale de la Santé, *Drugs for the Elderly*, Copenhague (Danemark), OMS, 1997, p. 5-31.
32. A. A. Rothman et E. H. Wagner, « Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, n° 3 (2003), p. 256-261.
33. Organisation mondiale de la Santé, *Primary Health Care: Now More Than Ever*, Genève (Suisse), OMS, 2008, p. 41-54.
34. Organisation mondiale de la Santé, *Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions* [Former les personnels de santé du XXI^e siècle : le défi des maladies chroniques], Genève (Suisse), OMS, 2005.
35. M. Rijken et coll., « Supporting Self-Management », *Caring for People With Chronic Conditions*, Maidenhead (Royaume-Uni), Open University Press, 2008, p. 116-142.

36. Institut canadien d'information sur la santé, *Drug Use Among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2002 to 2008* [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008], Ottawa, ICIS, 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_3410_E/>.
37. T. K. Gandhi et coll., « Adverse Drug Events in Ambulatory Care », *The New England Journal of Medicine*, vol. 348 (2003), p. 1556-1564.
38. R. R. Aparasu et J. R. Mort, « Inappropriate Prescribing for the Elderly: Beers Criteria-Based Review », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 34, n° 3 (2000), p. 338-346.
39. M. H. Beers, « Explicit Criteria for Determining Potentially Inappropriate Medication Use by the Elderly. An Update », *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, n° 14 (1997), p. 1531-1536.
40. G. L. Green et coll., « Is the Number of Prescribing Physicians an Independent Risk Factor for Adverse Drug Events in an Elderly Outpatient Population? », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 5, n° 1 (2007), p. 31-39.
41. B. A. Jones, « Decreasing Polypharmacy in Clients Most at Risk », *AACN Clinical Issues*, vol. 8, n° 4 (1997), p. 627-634.