

La prestation de soins de santé à une population vieillissante

Une étude sur les soins médicaux prodigués aux personnes âgées au Canada



Table des matières

Résumé	3
Mention du Collège royal	5
Contexte	6
Une population vieillissante.....	6
État de santé	8
Accès aux soins	9
Raison d'être de l'étude	10
Méthodologie	11
Sources des données	11
Population de l'étude	12
Paramètres de mesure	14
Limites	15
Résultats	16
Participation des médecins aux soins prodigués aux personnes âgées	16
La plupart des médecins fournissent des soins aux personnes âgées	16
Volume des services et intensité de la prestation	18
Les personnes âgées reçoivent relativement plus de services médicaux.....	18
Les médecins de famille prodiguent près de la moitié des services médicaux aux personnes âgées.....	19
Les personnes âgées reçoivent pour la plupart des soins de quelques groupes de spécialistes.....	19
Certains groupes de spécialistes consacrent une grande partie de leur pratique aux personnes âgées	20
Types de services	21
Les personnes âgées reçoivent en général plus de services médicaux, mais les taux varient en fonction du type de service	21
Discussion	23
Le taux de participation à la prestation de soins aux personnes âgées varie selon leur âge	23
Plusieurs disciplines assument la majorité des soins médicaux fournis aux personnes âgées	24
Le volume de services fournis aux personnes âgées et l'intensité de la prestation de ceux-ci varient d'une spécialité à l'autre.....	24
Le sexe influe sur la prestation de services médicaux aux personnes âgées.....	25
Recevoir les soins qui s'imposent, là où ils s'imposent	26
Réflexion sur la pratique	27
Expérience de première ligne d'un médecin de famille spécialisé en soins aux personnes âgées ...	28
Expérience de première ligne d'un gériatre.....	29
Expérience de première ligne d'un ophtalmologiste	30
Conclusion	31
Références	32
Annexe 1	34
Annexe 2	35
Annexe 3	36

AUTEURS DU RAPPORT :

STEVE SLADE

Directeur, Politiques de la santé et défense des intérêts

ARUN SHRICHAND, MPA(M)

Gestionnaire, Politiques de la santé et défense des intérêts

SHANNA DIMILLO, MBNF

Analyste principale de données et de recherche,
Politiques de la santé et défense des intérêts

CITATION:

Slade, S., Shrichand, A., et DiMillo, S. 2019. *Une étude sur les soins médicaux prodigués aux personnes âgées au Canada*. Ottawa, Ontario. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

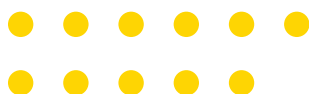
Résumé

S'il est vrai que l'espérance de vie de la population canadienne s'est améliorée, il n'en demeure pas moins que les personnes âgées sont aux prises avec divers problèmes de santé qui sont souvent chroniques et complexes et qui nécessitent de ce fait le déploiement d'efforts coordonnés de la part de nombreuses personnes soignantes. Pour l'heure, on ne dispose pas des données nécessaires pour évaluer toute la gamme des soins reçus par les personnes âgées. Cela dit, il est possible d'examiner à tout le moins les soins médicaux qui leur sont fournis, ce qui servira de point de départ, voire d'élément catalyseur, pour poursuivre les recherches sur la question.

Le présent rapport est fondé sur les données de la base de données nationale sur les médecins (BDNM) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La BDNM comprend des données détaillées sur les services médicaux rémunérés à l'acte fournis par les médecins de famille et les médecins spécialistes au Canada. Les résultats de l'étude décrite dans ce rapport, qui proviennent de l'analyse de plus de 216 millions de services médicaux fournis par près de 54 000 médecins en 2015-2016, comprennent une série de paramètres de mesure importants permettant de dresser un portrait global des soins prodigués aux personnes âgées par les médecins.

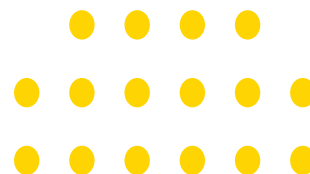
Ces paramètres de mesure, qui sont présentés par spécialité médicale et groupe d'âge, portent sur quatre grands aspects de la question :

- pourcentage de médecins qui prodiguent des soins aux personnes âgées,
- volume des services fournis aux personnes âgées,
- proportion de la prestation de services par les médecins spécialistes qui est consacrée aux personnes âgées (intensité de la prestation), et
- types de soins médicaux fournis aux personnes âgées.



Les résultats de cette étude illustrent comment les médecins prennent en charge les personnes âgées, notamment en exposant le rôle tout à fait particulier que jouent les médecins spécialistes dans cet aspect important de la prestation des soins. En voici plusieurs exemples :

- La grande majorité des médecins (87-98 %) ont fourni des soins aux personnes âgées, quelle que soit leur spécialité.
- Les médecins étaient moins susceptibles de prodiguer des soins aux patients très âgés qu'aux autres patients âgés. Par exemple, 94 % des internistes ont fourni des soins à des patients âgés de 65 à 69 ans, mais seuls 66 % d'entre eux en ont fait autant pour les patients âgés de plus de 94 ans.
- En tout, 85 % des services médicaux reçus par les personnes âgées leur ont été prodigués par des spécialistes des trois disciplines suivantes : médecine familiale (51 %), médecine interne (23 %) et ophtalmologie (11 %).
- Plus de la moitié des services médicaux offerts au sein des sept disciplines médicales suivantes étaient destinés à des personnes âgées : gériatrie (92 %), ophtalmologie (62 %), chirurgie cardiovasculaire et thoracique (57 %), néphrologie (55 %), oncologie (54 %), cardiologie (53 %) et urologie (52 %).
- Les médecins ont fourni relativement plus de services par personne aux hommes qu'aux femmes – une tendance qui s'accroît plus particulièrement à mesure que les patients prennent de l'âge. Les hommes et les femmes âgés de 65 à 69 ans ont reçu à peu près le même nombre de services médicaux par personne. En revanche, chez les patients âgés de 80 à 84 ans, les hommes ont reçu 15 % de services médicaux par personne de plus que les femmes, et au sein du segment le plus âgé de la population, soit les personnes ayant plus de 94 ans, les hommes ont reçu 23 % de services médicaux par personne de plus que les femmes.
- Les personnes âgées utilisent relativement plus de services médicaux par personne que le reste de la population, en particulier des services liés à des interventions diagnostiques et thérapeutiques (quatre fois plus), à une chirurgie majeure (cinq fois plus) et à des jours de soins hospitaliers (10 fois plus).



Ces résultats permettent non seulement de mieux comprendre comment les médecins prodiguent des soins aux personnes âgées, mais ils font également ressortir les domaines qui méritent d'être étudiés de manière approfondie. Compte tenu de l'état actuel de la démographie canadienne, il est peu probable que les médecins aient à prendre en charge des patients très âgés; cela dit, certains aspects de l'évolution du système de soins de santé – tels que l'augmentation des investissements dans les soins à domicile – pourraient accroître la fréquence à laquelle les médecins interagissent avec ces patients.

Par ailleurs, cette étude met en évidence la place exceptionnelle qu'occupent les médecins dans la prise en charge des personnes âgées. Pour l'instant, la majorité des services médicaux reçus par ces personnes leur sont fournis par des médecins de famille. Parallèlement, d'autres médecins spécialistes – à savoir les gériatres, les oncologues et les ophtalmologistes – consacrent une grande partie de leur pratique à la prestation de soins aux personnes âgées. L'évolution permanente de la démographie canadienne associée à l'apparition et à la prévalence de certaines maladies, aux investissements réalisés dans le système de soins de santé et au développement de celui-ci, ainsi qu'aux pratiques en matière de prévention et de traitement sont autant de facteurs qui influenceront et qui détermineront l'optimisation des soins prodigués aux personnes âgées par les médecins. Les paramètres de mesure mis en évidence dans le cadre de cette étude, tels que le volume de services offerts aux personnes âgées et l'intensité de la

prestation de tels services (place qu'ils occupent dans la pratique), pourraient un jour se révéler utiles dans le cadre de projets de recherche sur la prestation de soins aux personnes âgées dans son ensemble, notamment sur le rôle particulier que jouent les médecins spécialistes dans la prestation de soins aux personnes âgées atteintes de multiples maladies chroniques et complexes et la coordination de tels soins.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est bien conscient du large éventail de professionnels de la santé qui contribuent de façon remarquable à la prestation de soins aux personnes âgées. Les patients (en particulier ceux qui sont âgés) sont pris en charge aussi bien par des travailleurs de la santé qui sont rémunérés ou non que par des professionnels de la santé dont la profession est réglementée ou non. Pour l'instant, on ne dispose pas de données suffisamment solides pour effectuer une analyse globale et approfondie des besoins des personnes âgées en matière de soins de santé, des efforts particuliers qui sont déployés de façon synergique par les professionnels de la santé pour la prise en charge de ces patients ni des effets de l'expérience vécue par ceux-ci lorsqu'ils reçoivent des soins sur leurs résultats en matière de santé et sur la santé de la population. Quoi qu'il en soit, il est déjà possible de tirer des leçons des données disponibles actuellement, et cette étude – espérons-le – fournira des pistes intéressantes aux chercheurs et ouvrira de nouvelles perspectives de recherche sur les stratégies que le Canada peut mettre en œuvre dès maintenant pour prendre en charge sa population vieillissante.



Mention du Collège royal

Certaines sections de ce document sont basées en partie sur l'information et les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Cependant, les analyses et les conclusions présentées, ainsi que les opinions et les déclarations contenues dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Contexte



Les besoins des patients, en particulier, et de la population, en général, en matière de santé évoluent au fil du temps. Le système de soins de santé définit ses priorités en conséquence, afin de pouvoir répondre aux nouveaux besoins qui apparaissent. En 2004, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) du Canada ont conclu un Accord sur la santé en vue d'améliorer l'accès à des services de soins de santé, tels que la restauration de la vue, l'arthroplastie et les soins oncologiques. Au terme du Plan décennal pour consolider les soins de santé et à la suite des élections fédérales de 2015, de nouvelles ententes bilatérales visant à accorder une plus grande importance aux soins de santé mentale, aux soins palliatifs et aux soins à domicile ont été négociées.

Si les priorités en matière de soins de santé évoluent, le vieillissement de la population, lui, demeure au centre des préoccupations des gouvernements FPT et d'autres organismes et il influe en permanence sur les objectifs qu'ils se fixent. En juin 2017, le Sénat du Canada a appelé les gouvernements FPT à mettre en place une stratégie nationale visant à juguler la croissance des dépenses de santé tout en garantissant des soins adéquats et accessibles à la population vieillissante du pays (Sénat du Canada; 2017). Plus récemment, en juillet 2018, le gouvernement du Canada a créé le nouveau ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité, qui a pour mandat de répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé, entre autres. L'Association médicale canadienne a elle aussi lancé un appel au déploiement d'efforts diversifiés visant la mise en place d'un système de soins de santé qui répond aux besoins des personnes âgées sous la forme d'une campagne intitulée Exigeons un plan. Ces récents développements semblent indiquer que la santé des personnes âgées – et leur capacité à avoir accès à des soins de santé – continuera d'être un enjeu majeur au cours des prochaines années.

Pour déployer les efforts nécessaires à l'établissement d'un système de soins de santé mieux adapté aux besoins d'une population vieillissante, il faut pouvoir s'appuyer sur un corpus de connaissances et de données probantes initiales sur les soins qui sont prodigués actuellement aux personnes âgées. Certes, les éléments d'information

initiaux fournis dans le présent rapport ne sont qu'un point de départ, mais ils fournissent à tout le moins un aperçu du type de services de soins de santé reçus par les personnes âgées. Ils servent également de catalyseur à la réflexion et à la discussion qui s'imposent sur l'efficacité des services fournis aux personnes âgées, en particulier celles qui sont aux prises avec de multiples maladies chroniques et complexes. La présente analyse, qui vient enrichir la littérature médicale sur la question, souligne la nécessité de poursuivre les travaux de recherche visant à cerner les besoins des personnes âgées en vue de corriger dès maintenant les lacunes en matière de soins de santé qui touchent cette fraction de la population.

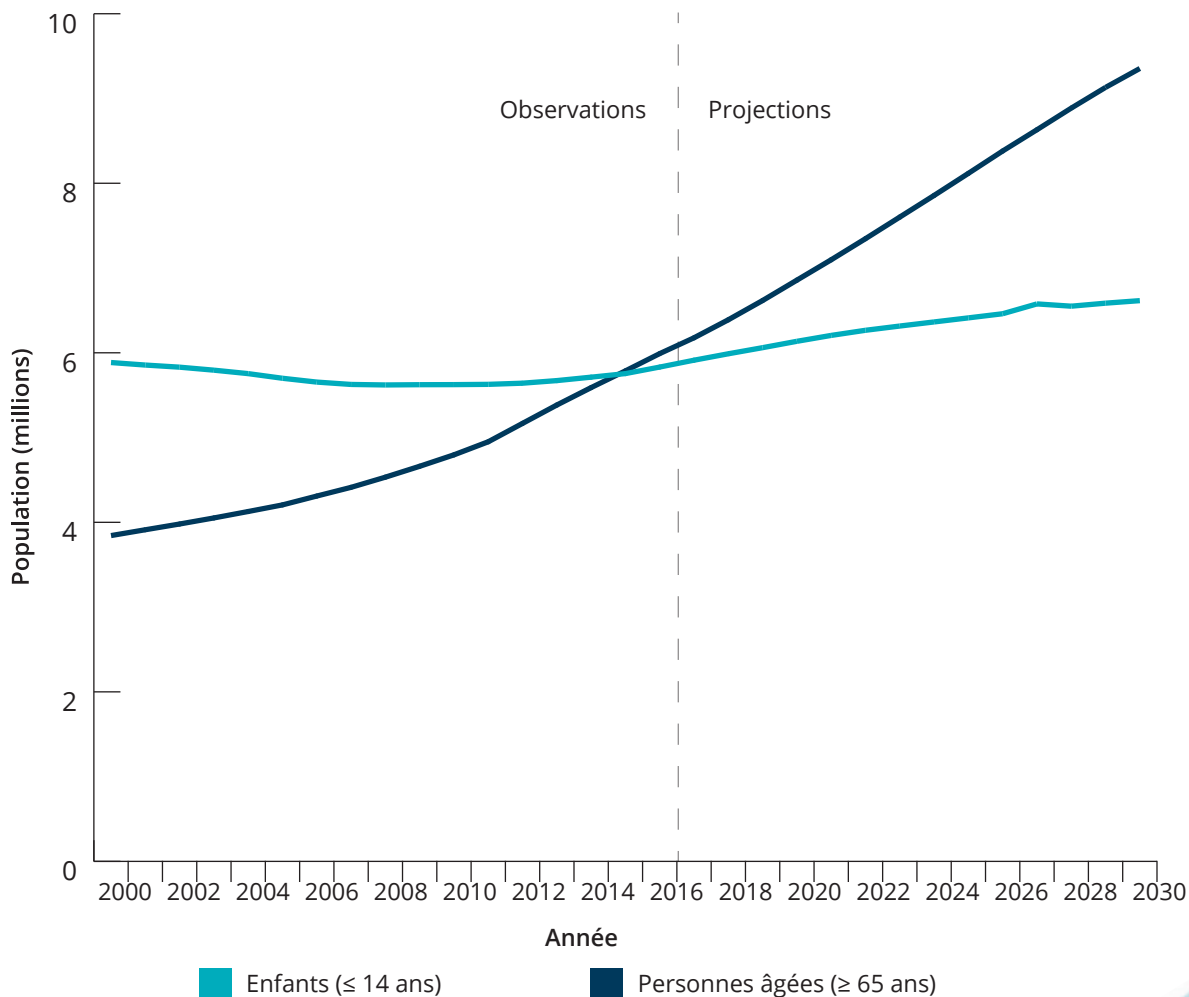
Une population vieillissante

À l'instar d'autres pays, le Canada continue à voir la proportion de personnes âgées¹ au sein de sa population augmenter considérablement (Nations Unies; 2015). Depuis le début du siècle, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus s'est accrue de 56 % au pays. En 2016, à peu près 16 % de la population canadienne entrait dans ce groupe d'âge. Comme l'illustre la figure 1, le nombre de personnes âgées a dépassé le nombre d'enfants au Canada, et on prévoit que le taux de croissance de la population âgée s'accroîtra à un rythme tel que cet écart ne cessera d'augmenter.

¹ Dans le présent rapport, le terme « personnes âgées » désigne les personnes âgées de 65 ans ou plus, à moins d'indication contraire. La définition de la population à l'étude et la terminologie qui la désigne sont précisées dans la section « Méthodologie » du rapport.

FIGURE 1

Populations d'enfants et de personnes âgées au Canada : observations et projections. Source : Statistique Canada; tableau 17-10-0005-01; tableau 17-10-0057-01 (scénario de projection M1 : croissance moyenne)

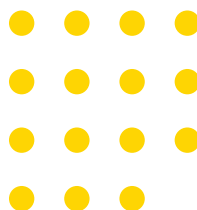


État de santé

Dans l'ensemble, la population canadienne vit désormais plus longtemps que les générations précédentes et jouit d'une meilleure santé que celles-ci (ICIS, 2011a). Cette tendance est accentuée par divers facteurs : amélioration du statut socio-économique, amélioration des habitudes de vie (alimentation, exercice et tabagisme), progrès des technologies médicales et progrès généraux réalisés en matière de dépistage, de diagnostic et de traitement des maladies (McCull, Shortt, Gignac et Lam, 2011). Cela dit, cette population vieillissante n'est pas à l'abri des risques pour la santé ni des maladies chroniques.

- Près de 90 % des nouveaux cas de cancer sont décelés chez des personnes âgées de 50 ans ou plus, et c'est chez les Canadiens âgés de 80 ans ou plus que la plus forte proportion de décès par cancer (34,1 %) est enregistrée (Société canadienne du cancer, 2018).
- Le taux d'invalidité augmente avec l'âge : il est de 26 % chez les Canadiens âgés de 65 à 74 ans et de 43 % chez ceux qui ont plus de 75 ans (Statistique Canada, 2013).
- De 5 à 10 % des personnes âgées seront en proie à une dépression qui commandera un traitement au cours de leur vie (Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2010).
- Au Canada, de 4 à 10 % des personnes âgées sont victimes de mauvais traitements. Seul un cas de maltraitance envers une personne âgée sur cinq est signalé aux personnes susceptibles d'aider la victime (Agence de la santé publique du Canada, 2012).
- Selon les estimations, 564 000 Canadiens étaient atteints de démence en 2016. La prévalence de cette maladie atteint son pic (42,5 %) chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (Chambers, Bancej et McDowell, 2016).
- En 2014-2015, près du quart des cas d'hospitalisation pour cause d'intoxication aux opioïdes ont été enregistrés chez des personnes âgées, bien que ces dernières ne représentent que 16 % de la population canadienne (ICIS, 2016).

La coexistence de nombreuses maladies chroniques chez les personnes âgées vient compliquer encore plus la prestation des soins à cette population de patients. Trois personnes âgées sur quatre déclarent avoir au moins une maladie chronique et près du quart déclare en avoir au moins trois (ICIS, 2011b). Ajoutons à cela que les personnes âgées atteintes d'au moins trois maladies chroniques sont en moins bonne santé que celles qui n'ont pas de maladie chronique et utilisent trois fois plus de services de soins de santé que ces dernières (ICIS, 2011b). Les patients qui ont de multiples maladies chroniques – telles que le diabète, l'arthrite, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et la démence – peuvent être amenés à consulter diverses personnes soignantes en même temps à un moment ou à un autre de leur vie. La prévalence de la multimorbidité (concomitance de multiples maladies) chez les personnes âgées fait ressortir la nécessité de mettre en place des pratiques interprofessionnelles et intraprofessionnelles efficaces au sein du système de soins de santé.

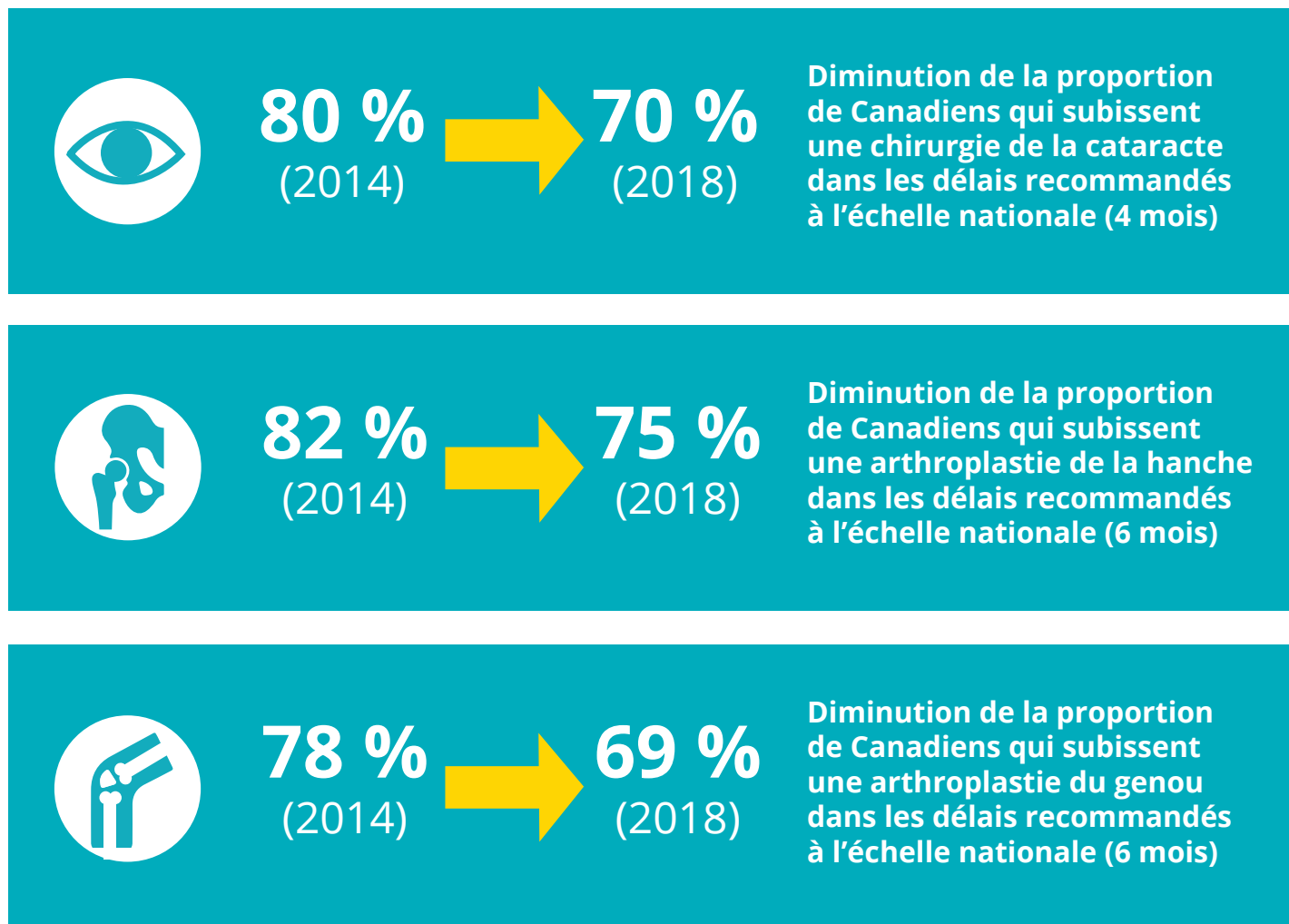


Accès aux soins

La possibilité d'avoir accès aux soins dans des délais appropriés est un facteur important à prendre en compte dans l'établissement d'une stratégie de prestations de soins à une population canadienne vieillissante. La moitié des Canadiens de 55 ans ou plus interrogés dans le cadre d'une enquête internationale ont déclaré qu'il était très ou passablement difficile de recevoir des soins le soir, la fin de semaine ou les jours fériés sans se rendre au service d'urgence (ICIS, 2018a). Il est apparu en outre que parmi les 11 pays visés par cette enquête, le Canada était celui dans lequel les personnes de ce groupe d'âge étaient les moins susceptibles d'avoir accès à des soins primaires dans des délais appropriés et devaient attendre le

plus longtemps pour voir un médecin spécialiste. Plus de la moitié des répondants canadiens ont dit devoir attendre au moins deux jours pour consulter un médecin de première ligne et un quart ont déclaré devoir attendre au moins deux mois pour voir un médecin spécialiste.

Qui plus est, les problèmes d'accès à certaines interventions, telles que la chirurgie de la cataracte et l'arthroplastie de la hanche ou du genou, qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées qu'au sein du reste de la population, se multiplient. En 2018, le nombre de Canadiens ayant subi ces interventions dans les délais de référence nationaux était en baisse par rapport à 2014 (ICIS, 2019). Comme l'illustre la figure ci-dessous, les Canadiens sont continuellement aux prises avec des problèmes d'accès aux soins.



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2019

Raison d'être de l'étude

Cela fait plusieurs dizaines d'années que la population canadienne âgée de 65 ans ou plus augmente de manière constante, mais il y a relativement peu de données et d'information sur les soins qui sont prodigués à cette partie de la population par les effectifs en santé. Certaines études, qui visaient à examiner la prestation de soins aux personnes âgées selon le type de professionnels de la santé, portaient généralement sur des types de professionnels de la santé particuliers (ICIS, 2011a; Frank, Feldman et Wyman, 2018; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2014a, 2014b, 2014c; Turcotte et Sawaya, 2015). Il y a également eu des études sur les soins fournis aux personnes âgées par les membres de leur famille, leurs amis et d'autres proches aidants non rémunérés (Qualité des services de santé Ontario, 2016; Turcotte, 2013). Cela dit, on ne dispose d'aucune donnée statistique comparative sur les soins fournis aux personnes âgées par les médecins, le personnel infirmier, les préposés aux services de soutien à la personne, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé. On ne dispose pas non plus de données décrivant les interactions entre ces professionnels de la santé, les types de soins qu'ils prodiguent aux personnes âgées ou la place qu'occupe cette prestation de soins dans leur pratique. Force est donc de constater que les données disponibles ne suffisent pas pour effectuer une analyse approfondie de la prestation de soins de santé aux personnes âgées, alors que celles-ci représentent 16 % de la population canadienne et qu'elles sont à l'origine de 45 % des dépenses de santé (ICIS, 2018b).

En fait, les données et les éléments d'information disponibles sont très lacunaires; cela dit, les ressources qui n'avaient pas encore été exploitées jusqu'ici fournissent de nouveaux points de repère

sur les soins médicaux reçus par les personnes âgées. La BDNM de l'ICIS comprend des données détaillées sur les services médicaux fournis dans le cadre des systèmes de rémunération à l'acte provinciaux. Plus précisément, on y trouve des données longitudinales qui peuvent être ventilées selon le groupe d'âge et le type de service médical. C'est donc dire qu'il est possible de décrire jusqu'à un certain point les services fournis par les médecins aux personnes âgées en dépit des lacunes importantes qui subsistent dans le corpus de données portant sur l'ensemble des professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux personnes âgées.

Cette étude fondée sur les données disponibles sur les médecins qui fournissent actuellement des soins aux personnes âgées se veut un point de départ qui pourra servir de base à une optimisation du système de soins de santé à court et à long terme.

Elle s'articule autour d'une série de questions importantes, notamment :

- Quels groupes de spécialistes sont les plus susceptibles de fournir des soins aux patients âgés de 65 ans ou plus?
- Quelle proportion de leur pratique les médecins consacrent-ils aux soins aux personnes âgées?
- Quels types de soins médicaux les personnes âgées reçoivent-elles?

Les résultats de cette étude fournissent de nouvelles pistes de recherche susceptibles de favoriser la réalisation d'études approfondies de grande envergure qui permettront d'évaluer la prestation de soins aux personnes âgées telle qu'elle est assurée actuellement par le système de soins de santé canadien et telle qu'elle pourrait être envisagée à l'avenir.

Qui assure en plus grande partie la prestation de soins médicaux aux personnes âgées?

Quels sont les médecins spécialistes qui consacrent la plupart de leur temps à soigner des personnes âgées?

Quels types de services médicaux les personnes âgées reçoivent-elles?

Méthodologie

Sources des données

Cette étude consistait à analyser les soins rémunérés à l'acte fournis aux patients canadiens âgés de 65 ans ou plus à partir de données de la BDNM de l'ICIS (ICIS, 2015a). Toutes les provinces et tous les territoires canadiens transmettent chaque trimestre à la BDNM des fichiers de données agrégées en un résumé national.

On peut considérer qu'un fichier de la BDNM fait état de la somme des services liés à un code de tarif précis fournis par un médecin et de la somme des paiements reçus par ce dernier, et ce, pour un groupe de patients définis en fonction de l'âge et du sexe, au cours d'une année donnée.

Pour faciliter la recherche et l'analyse des données, l'ICIS fait le lien entre tous les codes de tarifs correspondant aux services médicaux fournis à l'échelle provinciale ou territoriale et un ensemble de catégories de soins médicaux appelé système de groupement national (SGN) (voir l'annexe 1). Compte tenu de la variabilité interprovinciale/ interterritoriale des codes de tarifs, l'ICIS applique diverses méthodes d'ajustement des données qui lui permettent d'obtenir des nombres de services standardisés à l'échelle nationale. Enfin, l'une des spécialités médicales qui sont énumérées à l'annexe 2 est attribuée à chacun des médecins répertoriés dans la BDNM. Pour obtenir un complément d'information méthodologique, veuillez consulter le rapport annuel de l'ICIS sur la BDNM (ICIS, 2015b).

Dans le cadre de l'étude dont il est question ici, des données agrégées de la BDNM ont été obtenues auprès de l'ICIS aux fins de l'analyse de l'utilisation des services médicaux selon les groupes d'âge de 2002-2003 à 2015-2016. Le présent rapport, qui fait état des résultats de l'analyse initiale de ces données, porte plus précisément sur la période d'étude la plus récente (2015-2016).

Pour les besoins de l'analyse, des taux d'utilisation des services médicaux par personne ont été calculés à partir d'estimations démographiques de Statistique Canada stratifiées selon le groupe d'âge et le sexe (voir l'annexe 3) (Statistique Canada, 2015).

Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude étaient les suivants :

- Huit (8) provinces ont été prises en compte dans l'analyse (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique).
- Les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été exclus de l'analyse, puisqu'il n'y avait pas de données à l'échelle des médecins pour ces territoires.
- L'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon en ont également été exclus, puisque les prochains travaux qui pourraient être réalisés à partir des données obtenues sont susceptibles de couvrir diverses années au cours desquelles ils n'ont pas soumis de données à la BDNM.
- Les données du Québec ne pouvaient pas être obtenues pour les besoins de l'étude, compte tenu de l'entente passée entre le gouvernement du Québec et l'ICIS.
- L'ICIS ne tient pas compte des données relatives aux services d'anesthésie, de radiologie, de médecine de laboratoire et aux services qui ne sont pas offerts par des médecins en raison de la variabilité interprovinciale/interterritoriale de celles-ci.
- La BDNM n'englobe que les données sur la facturation des services rémunérés à l'acte. Toutes les autres formes de paiement (p. ex., salaire, capitation) en sont exclues. En revanche, les données sur la facturation réciproque sont prises en compte dans cette base de données.

Population de l'étude

L'étude décrite dans le présent rapport porte essentiellement sur les services médicaux reçus par les patients âgés de 65 ans ou plus, tels qu'ils sont répertoriés dans la BNDM. Soucieux d'en faciliter la lecture, les auteurs du rapport ont utilisé plusieurs termes pour désigner cette population de patients, notamment « personnes âgées » et « patients âgés ». Il est à noter que l'âge de 65 ans n'est pas toujours la valeur initiale ayant servi à définir les personnes âgées dans les études citées dans le rapport. Dans les cas où le groupe d'âge à l'étude était défini à partir d'autres valeurs que celles retenues pour les besoins de la présente étude, ces valeurs extrêmes ont été précisées. Soulignons par ailleurs que les résultats d'autres études qui figurent dans le présent rapport sont fournis à titre informatif ou à des fins de mise en contexte, et non pas à des fins comparatives.

L'âge de 65 ans a été retenu comme valeur initiale pour définir la population âgée pour diverses raisons :

- C'est généralement cet âge qui sert de valeur seuil dans le cadre des travaux de recherche menés auprès de personnes âgées, y compris dans bon nombre des études citées dans le présent rapport (Chambers, Bancej et McDowell, 2016; ICIS, 2011a).
- C'est à l'âge de 65 ans que les citoyens canadiens reçoivent la pleine valeur des prestations pour lesquelles ils ont cotisé dans le cadre du Régime de pensions du Canada; par conséquent, c'est à peu près à cet âge que de nombreux Canadiens prennent leur retraite (l'âge moyen du départ à la retraite était de 64 ans en 2018) (Statistique Canada, 2019).
- Statistique Canada utilise l'âge de 65 ans comme point de repère pour le calcul des chiffres de population et les estimations de la croissance de population (voir la figure 1).

Enfin, il y a une raison empirique qui justifie l'utilisation de la valeur seuil de 65 ans pour définir la population âgée dans le cadre d'une analyse des données de la BNDM. En observant les données relatives à la population adulte, il apparaît que le nombre de services médicaux par personne augmente généralement d'un groupe d'âge à l'autre (voir la figure 2a). Cela dit, comme l'indique la figure 2b, lorsque les différents groupes d'âge de 45 à 94 ans sont comparés au groupe d'âge qui les précède immédiatement, le pourcentage d'augmentation des services médicaux par personne atteint un pic au groupe d'âge de 65 à 69 ans. Autrement dit, l'utilisation des services médicaux par personne augmente de façon constante chez les adultes âgés de 45 à 94 ans, mais le taux d'augmentation de ce paramètre atteint son maximum chez les adultes âgés de 65 à 69 ans. En somme, c'est aussi bien pour des raisons pratiques que pour des raisons empiriques que l'âge de 65 ans a été retenu comme valeur initiale pour définir la population âgée à l'étude.

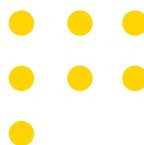


FIGURE 2A

Nombre de services médicaux par personne fournis aux patients adultes en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.

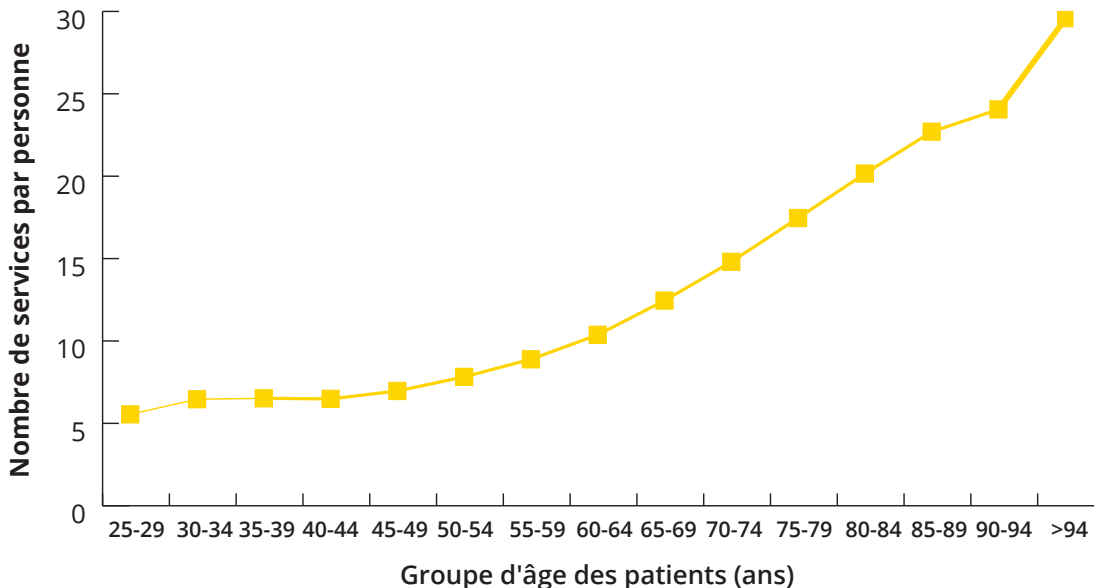
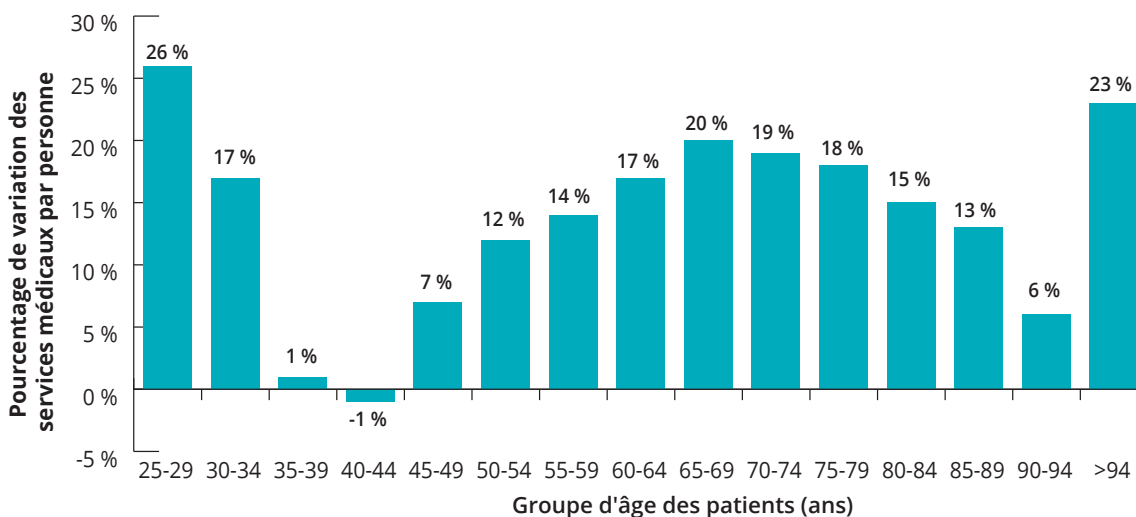


FIGURE 2B

Pourcentage de variation des services médicaux par personne comparativement au groupe d'âge précédent chez les patients adultes, selon le groupe d'âge, en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.

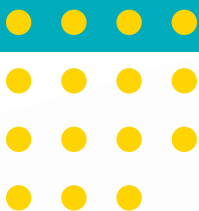


Paramètres de mesure

Les principaux paramètres de mesure de l'étude sont dérivés du nombre de médecins répertoriés dans la BDNM et du nombre ajusté de services médicaux selon les catégories du SGN. L'analyse a été stratifiée en fonction des spécialités médicales, des données agrégées sur les groupes d'âge (qui sont définis par des tranches de cinq ans; p. ex., 65 à 69 ans), du sexe des patients (c.-à-d. homme ou femme) et du type de service (selon les catégories générales et détaillées du SGN). La prestation de services médicaux a été caractérisée à l'aide des paramètres de mesure évalués, à savoir le taux de participation, le volume des services, le nombre de services par personne, l'intensité de la prestation des services (place dans la pratique) et le type de services.

Ces paramètres de mesure sont définis ci-dessous :

- **taux de participation** : pourcentage de médecins au sein de chaque groupe de spécialistes qui ont fourni des services médicaux à des patients âgés de 65 ans ou plus;
- **intensité de la prestation des services médicaux** : pourcentage de l'ensemble des services médicaux fournis par un sous-groupe de spécialistes aux patients âgés de 65 ans ou plus;
- **volume des services** : nombre global et pourcentage de services fournis aux patients âgés de 65 ans ou plus;
- **types de services médicaux** : types de soins fournis par les médecins selon les catégories du SGN (p. ex., services diagnostiques et thérapeutiques, chirurgie de la cataracte) exprimés sous la forme de volumes, de pourcentage et de taux par personne.
- **nombre de services médicaux par personne** : nombre de services utilisés par personne au sein des divers segments de population, en fonction de l'âge et du sexe; ce sont les nombres de services médicaux fournis par la BNDM et les estimations de la population établies par Statistique Canada pour les huit provinces prises en compte dans l'étude qui ont été utilisés;



Limites

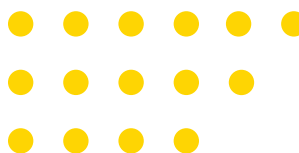
L'étude décrite dans le présent rapport comporte un certain nombre de limites. Premièrement, l'ICIS ne peut fournir les données de la BDNM que sous forme agrégée (par région) aux chercheurs qui ne travaillent pas à l'institut. En fait, il n'a pas le droit de communiquer des données individuelles qui permettraient de reconnaître la province ou le territoire où exerce un médecin. Par conséquent, les données utilisées pour les besoins de l'étude ne permettent pas d'approfondir l'analyse des tendances dans la prestation des services médicaux au sein d'une province ou d'un territoire donnés. En fait, les résultats de l'étude sont fondés sur une base de données pancanadiennes détaillées sur les services médicaux, mais il se peut qu'ils ne rendent pas bien compte de la prestation des services médicaux au sein des provinces ou territoires et de leurs différentes régions, puisqu'ils ont été obtenus sous une forme agrégée.

Deuxièmement, les données de la BDNM de l'ICIS portent en grande partie sur les services médicaux rémunérés à l'acte. Par conséquent, toute étude de recherche sur les services médicaux qui est fondée sur ces données n'englobera pas les services médicaux rémunérés selon d'autres modes de paiement que le paiement à l'acte (salaire, contrat et capitation, entre autres). En l'occurrence, les services médicaux qui sont fournis aux personnes âgées en dehors du cadre des systèmes de paiement à l'acte n'ont pas été pris en compte. L'absence de ces données et les biais qui pourraient y être associés revêtent une importance particulière dans le cas de l'analyse des groupes de spécialistes qui fournissent une proportion relativement élevée de services non rémunérés à l'acte. Par exemple, les services médicaux fournis par des médecins spécialistes qui sont payés selon un modèle de rémunération par capitation, notamment les soins prodigués aux personnes âgées atteintes de multiples maladies

chroniques et complexes, ne sont pas répertoriés dans les données sur la rémunération à l'acte de la BDNM. Cela dit, au sein des huit provinces prises en compte dans cette étude, les paiements à l'acte représentaient de 52 à 87 % de tous les paiements cliniques versés aux médecins en 2015-2016 (ICIS, 2015b). En somme, les données de la BDNM portent sur presque tous les médecins et sur la majorité des services fournis par ceux-ci (elles ne couvrent peut-être pas les services non rémunérés à l'acte, mais la majorité des services médicaux sont payés selon un modèle de rémunération à l'acte).

Troisièmement, les données de la BDNM proviennent des systèmes de paiement administratifs et reflètent donc la prestation réelle de services médicaux. Les résultats relatifs à l'utilisation de ces services qui en sont dérivés n'indiquent pas nécessairement dans quelle mesure les services reçus par les patients sont satisfaisants ou appropriés. De plus, il se peut que ces données révèlent que la prestation des services est sous-optimale, optimale ou excessive pour ce qui est de la satisfaction des besoins des patients. Rappelons là encore que la BDNM reflète l'utilisation réelle des services médicaux, et non pas les besoins des patients en la matière et encore moins les besoins relatifs à l'éventail de services offerts par les autres professionnels de la santé.

Malgré les limites inhérentes à cette étude, les auteurs se sont efforcés d'utiliser au mieux les données disponibles. S'il est vrai que l'on ne dispose pas encore de données complètes sur les services assurés par divers types de professionnels de la santé, il reste que les résultats de cette étude donnent un aperçu des efforts déployés actuellement par les médecins pour répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé.



Résultats

Participation des médecins aux soins prodigués aux personnes âgées

La plupart des médecins fournissent des soins aux personnes âgées

En 2015-2016, la plupart des médecins ont fourni des soins médicaux à des patients âgés de 65 ans ou plus, mais les taux de participation variaient selon les spécialités et les groupes d'âge des patients. Par exemple, la grande majorité (soit 87 à 98 %) des médecins de famille, des internistes, des gériatres et des ophtalmologistes ont fourni des soins à des patients âgés de 65 à 69 ans, comme l'illustre la figure 3. Cela dit, le taux de participation des médecins de famille, des internistes et des ophtalmologistes diminue graduellement à mesure que l'âge des patients augmente. Plus précisément, cette baisse est plus marquée dans le cas des médecins de famille et des internistes que dans celui des ophtalmologistes : deux tiers des médecins de famille et des internistes prodiguaient des soins aux patients de plus de 94 ans, tandis que c'était le cas de 90 % des ophtalmologistes. En fait, parmi les quatre groupes de spécialistes représentés sur la figure 3, les ophtalmologistes sont ceux qui étaient les plus susceptibles de prodiguer des soins à des patients âgés de plus de 94 ans.

Les variations du taux de participation observées chez les gériatres n'allaient pas dans le même sens. En effet, le pourcentage de gériatres ayant fourni des soins aux patients âgés a augmenté avec l'âge de ceux-ci (du groupe des 65 à 69 ans à celui des 85 à 89 ans). Plus précisément, 87 % des gériatres prodiguaient des soins aux patients âgés de 65 à 69 ans, et 96 % en faisaient de même pour les

patients âgés de 85 à 89 ans. Toutefois, comme c'est le cas pour les autres groupes de spécialistes dont les données sont présentées à la figure 3, les gériatres étaient de moins en moins susceptibles de soigner des patients âgés de plus de 94 ans. En somme, la grande majorité des médecins fournissent des soins aux personnes âgées, mais le taux de participation aux soins prodigués à cette population de patients varie d'une spécialité à l'autre, tout comme la prestation de soins aux groupes de patients très âgés.

Par ailleurs, les médecins étaient plus susceptibles de soigner des femmes que des hommes, en particulier au sein des groupes très âgés. Comme le montre la figure 3, 94 % des médecins de famille ont prodigué des soins à des femmes âgées de 65 à 69 ans, et 93 %, à des hommes du même groupe d'âge. En revanche, ils étaient 63 % à fournir des soins aux femmes du groupe le plus âgé (soit les patients ayant plus de 94 ans), mais seulement 45 % à le faire pour les hommes de ce groupe d'âge. Une tendance similaire a été décelée chez les ophtalmologistes : il y avait un pourcentage plus élevé d'ophtalmologistes qui soignaient des femmes âgées de plus de 94 ans (90 %) que d'ophtalmologistes qui soignaient des hommes de ce groupe d'âge (80 %). Là encore, les taux de participation à la prestation de soins aux patients âgés variaient d'un groupe de spécialistes à l'autre, et selon le groupe d'âge et le sexe des patients.

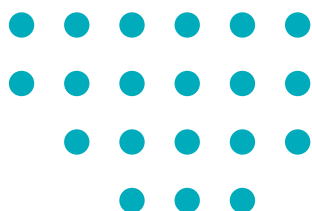
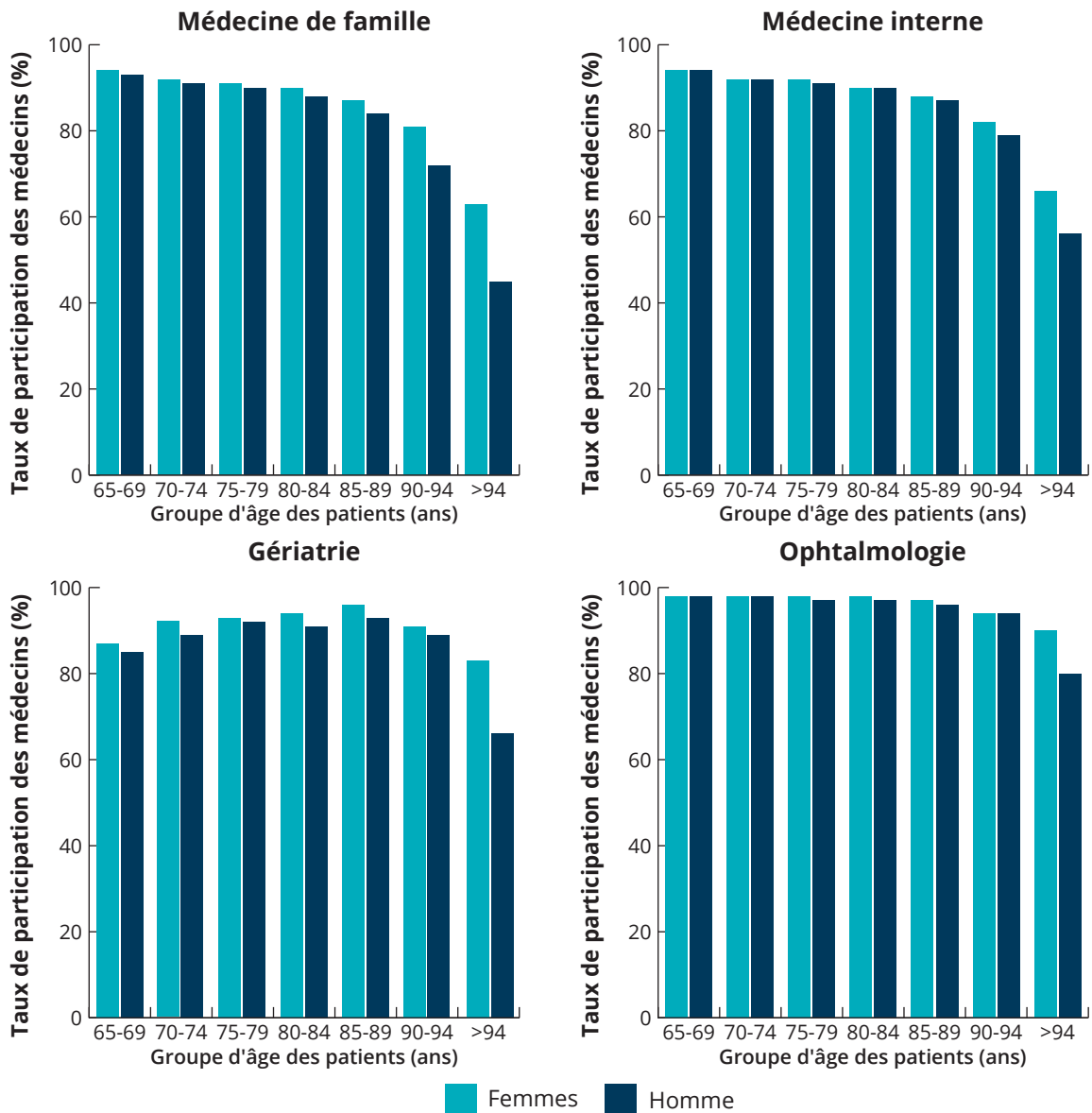


FIGURE 3

Taux de participation des médecins à la prestation de soins aux patients âgés, selon l'âge et le sexe, en médecine de famille, en médecine interne, en gériatrie et en ophtalmologie, en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.



Volume des services et intensité de la prestation

En 2015-2016, quelque 216 millions de services médicaux ont été fournis aux patients des huit provinces prises en compte dans l'étude. Plus de 70 millions de ces services étaient destinés à des patients âgés de 65 ans ou plus.

Les personnes âgées reçoivent relativement plus de services médicaux

Les personnes âgées des huit provinces prises en compte dans l'étude ont reçu plus de services médicaux par personne que les jeunes. En 2015-2016, 16 % des résidents de ces provinces étaient âgés de 65 ans ou plus et recevaient environ 32 % de tous les services médicaux fournis à l'échelle provinciale. Le nombre de services médicaux reçus par personne était 2,6 fois plus élevé chez les patients âgés de 65 ans ou plus (16,3 services par personne) que chez les patients de moins de 65 ans (6,3 services par personne).

Le taux d'utilisation des services médicaux a augmenté de manière constante d'un groupe d'âge à l'autre. Comme on peut le constater à la figure 4, les patients âgés de plus de 94 ans ont eu recours à deux fois plus de services médicaux par personne (29,5 services par personne) que ceux âgés de 65 à 69 ans (12,5 services par personne).

Les données indiquent également que les hommes âgés ont reçu plus de services médicaux par personne que les femmes âgées et que l'écart entre les deux sexes s'est creusé avec l'âge (voir la figure 4).

Par exemple, en 2015-2016

- le nombre de services médicaux par personne reçu par les hommes âgés de 65 à 69 ans (12,6 services) était 2 % plus élevé que celui reçu par les femmes du même groupe d'âge (12,3 services).
- en revanche, ce nombre était 15 % plus élevé chez les hommes âgés de 80 à 84 ans (21,8 services) que chez les femmes de ce groupe d'âge (18,9 services).
- ce nombre était 23 % plus élevé chez les hommes les plus âgés de la population, soit ceux de plus de 94 ans (34,5 services) que chez les femmes de ce groupe d'âge (28,1 services).

À peu près un tiers des services médicaux ont été fournis à des personnes âgées.

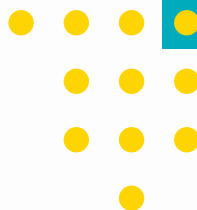
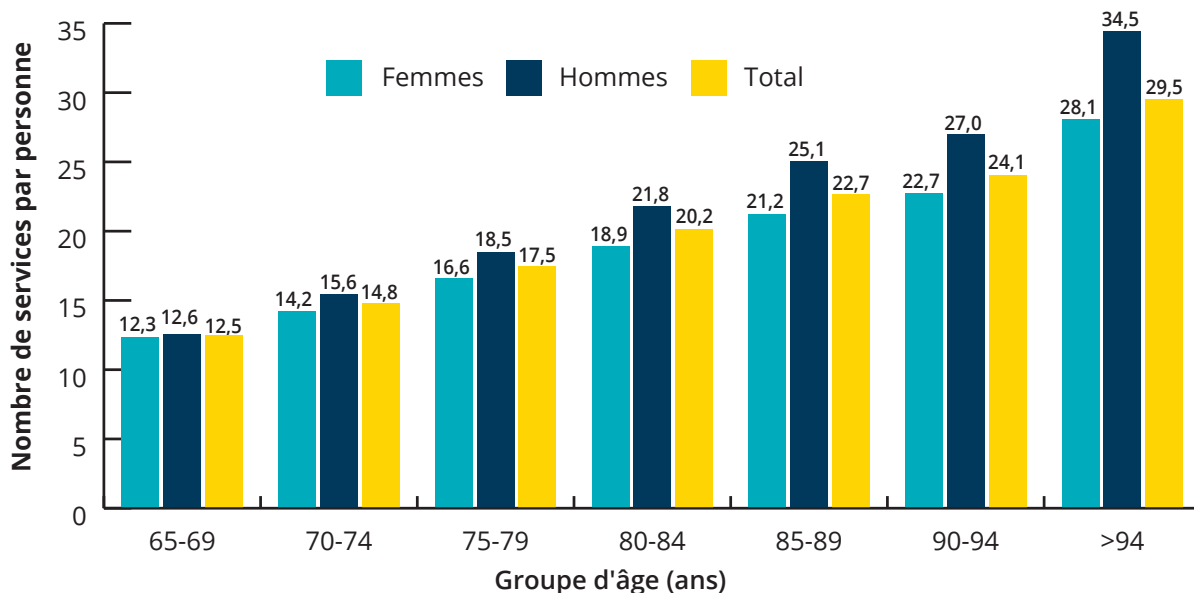


FIGURE 4

Nombre de services médicaux par personne, selon l'âge et le sexe des patients, en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.



Les médecins de famille prodiguent près de la moitié des services médicaux aux personnes âgées

Comme le montre le tableau 1, les médecins de famille représentent 57 % (n = 30 515) des médecins pris en compte dans l'étude (données de 2015-2016) et ils ont fourni 57 % (n = 122,23 millions) des services de soins rémunérés à l'acte au cours de l'année à l'étude (2015-2016). De plus, ce sont eux qui ont assuré 51 % des services médicaux reçus par les patients âgés de 65 ans ou plus cette année-là, soit juste un peu plus de 35 millions de services médicaux. Il s'agit là du plus gros volume de services médicaux fournis aux patients âgés, toutes spécialités confondues. Près du tiers (29 %) des services assurés par les médecins de famille étaient destinés à des patients âgés de 65 ans ou plus (voir le tableau 1).

Les personnes âgées reçoivent pour la plupart des soins de quelques groupes de spécialistes

Malgré les effectifs relativement limités dont ils disposent, quelques groupes de spécialistes ont assuré la plupart des soins médicaux et chirurgicaux destinés aux patients âgés. Ainsi, seuls 13 % des médecins pris en compte dans l'étude exerçaient la médecine interne ou une de ses surspécialités (voir la liste figurant à l'annexe 2), mais ils ont pris en charge 23 % des services médicaux destinés aux patients de 65 ans ou plus en 2015-2016. De même, les ophtalmologistes représentaient 2 % des effectifs médicaux pris en compte dans l'étude, mais ce sont eux qui ont prodigué aux patients âgés 11 % des services qu'ils ont reçus en 2015-2016. En tout, 85 % des services médicaux reçus par les personnes âgées en 2015-2016 leur ont été fournis par des médecins de famille, des internistes et des ophtalmologistes (voir le tableau 1).

Les médecins de famille, les internistes et les ophtalmologistes ont assuré 85 % des services médicaux reçus par les patients âgés.

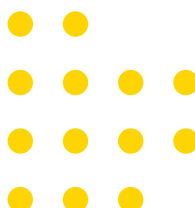


TABLEAU 1

Nombre et pourcentage de médecins et de services, selon la spécialité, en 2015-2016

	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins (%)	Nombre total de services (millions)	Pourcentage total de services (%)	Nombre total de services fournis aux 65 ans ou plus (millions)	Pourcentage de services fournis aux 65 ans ou plus (%)	Pourcentage de la totalité des services fournis aux 65 ans ou plus (%)
Médecine familiale	30 515	56,8 %	122,23	56,5 %	35,45	50,5 %	29,0 %
SPÉCIALITÉS MÉDICALES							
Dermatologie	418	0,8 %	4,25	2,0 %	1,49	2,1 %	35,1 %
Médecine interne	7184	13,4 %	33,35	15,4 %	15,91	22,6 %	47,7 %
Neurologie	762	1,4 %	1,85	0,9 %	0,59	0,8 %	31,9 %
Pédiatrie	2676	5,0 %	6,48	3,0 %	0,07	0,1 %	1,1 %
Médecine physique et réadaptation	383	0,7 %	1,00	0,5 %	0,39	0,6 %	39,0 %
Psychiatrie	3935	7,3 %	9,12	4,2 %	1,29	1,8 %	14,1 %
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES							
Chirurgie générale	1669	3,1 %	5,39	2,5 %	2,07	2,9 %	38,4 %
Neurochirurgie	249	0,5 %	0,36	0,2 %	0,13	0,2 %	36,1 %
Obstétrique et gynécologie	1725	3,2 %	6,95	3,2 %	0,40	0,6 %	5,7 %
Ophthalmologie	979	1,8 %	12,29	5,7 %	7,63	10,9 %	62,1 %
Chirurgie orthopédique	1320	2,5 %	4,36	2,0 %	1,52	2,2 %	34,9 %
Oto-rhino-laryngologie	563	1,0 %	3,61	1,7 %	1,00	1,4 %	27,7 %
Chirurgie plastique	478	0,9 %	1,53	0,7 %	0,45	0,6 %	29,4 %
Chirurgie CVT*	323	0,6 %	0,69	0,3 %	0,39	0,6 %	56,5 %
Urologie	548	1,0 %	2,83	1,3 %	1,47	2,1 %	51,9 %
TOTAL	53 727	100 %	216,29	100 %	70,25	100 %	32,5 %

* CVT : chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Remarque : Chaque spécialité englobe les surspécialités qui lui correspondent. Par exemple, la spécialité « médecine interne » englobe les surspécialités « médecine interne générale », « gériatrie » et « autres surspécialités de médecine interne ».

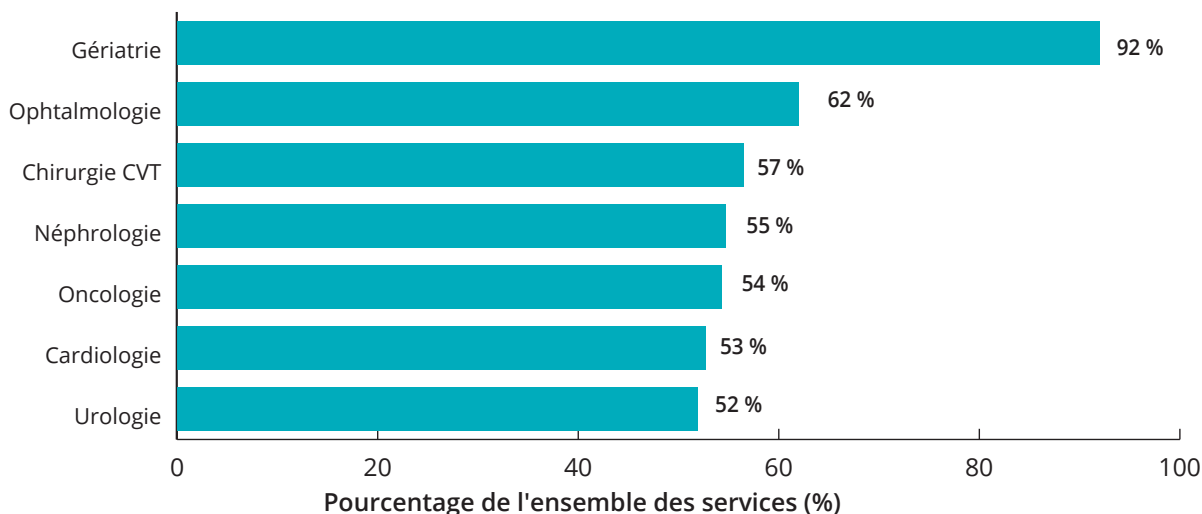
Certains groupes de spécialistes consacrent une grande partie de leur pratique aux personnes âgées

La plupart des services médicaux fournis par certains groupes de spécialistes étaient destinés à des patients âgés, et ce, quelle que soit la proportion du volume total des services médicaux qu'ils ont assurés en 2015-2016. Comme le montre la figure 5, cette année-là, plusieurs groupes de spécialistes ont consacré plus de la moitié de leurs

services médicaux à des patients âgés de 65 ans ou plus. Par exemple, 92 % des services fournis par les gériatres étaient destinés à des patients de 65 ans ou plus. Or en 2015-2016, l'échantillon à l'étude comptait 179 gériatres, et ceux-ci ont assuré moins de 1 % des services médicaux reçus par les personnes âgées cette année-là. Par conséquent, à en juger par les chiffres, les gériatres n'assurent qu'une faible proportion du volume global de services médicaux fournis aux personnes âgées, mais leur pratique est largement axée sur cette population de patients.

FIGURE 5

Spécialités des médecins qui ont consacré plus de la moitié de leurs services à des patients âgés de 65 ans ou plus en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.



Note: CVT= chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Types de services

Les personnes âgées reçoivent en général plus de services médicaux, mais les taux varient en fonction du type de service

Comme il a été mentionné précédemment, en 2015-2016, le nombre de services médicaux reçus par personne a été 2,6 fois plus élevé chez les patients âgés que chez les patients de 65 ans ou moins. Autrement dit, pour chaque service médical fourni aux patients âgés de moins de 65 ans, les patients âgés de 65 ans ou plus ont reçu quant à eux 2,6 services médicaux. Cette différence globale est fondée sur l'ensemble des services médicaux pris en compte dans l'étude (voir l'annexe 1). Lorsque ces types de services médicaux sont analysés séparément, il apparaît que les personnes âgées en ont reçu certains relativement plus souvent que d'autres.

La figure 6a permet de comparer le nombre de services médicaux par personne reçus par les patients âgés de 65 ans ou plus et par ceux âgés de moins de 65 ans, et ce, pour divers types de services. Par exemple, en 2015-2016, le nombre de services de psychothérapie/counseling s'est établi à 589 par tranche de 1000 personnes chez les patients âgés de 65 ans ou plus, tandis qu'il était de 487 par tranche de 1000 personnes chez

les patients âgés de moins de 65 ans. C'est donc dire que les patients âgés ont reçu 1,2 fois plus de services de ce type par personne que les patients plus jeunes ($589/487 = 1,2$), comme le montre la figure 6b. Cela dit, ils ont eu recours aux services relevant de ce domaine clinique relativement moins souvent qu'à d'autres services médicaux.

Chez les personnes âgées, le taux d'utilisation des soins médicaux était beaucoup plus élevé dans les domaines suivants : services diagnostiques et thérapeutiques, chirurgie majeure et jours de soins hospitaliers. Comme on peut le voir à la figure 6b, en 2015-2016, les patients âgés ont reçu quatre fois plus de services diagnostiques et thérapeutiques par personne (p. ex., électrocardiogramme, injection ou aspiration d'articulations, coloscopie) que les patients de moins de 65 ans. Cette année-là, ils ont également subi cinq fois plus de chirurgies majeures (p. ex., chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche ou du genou, angioplastie coronaire) et ont été hospitalisés 10 fois plus souvent que ces derniers. Non seulement les patients âgés ont reçu relativement plus de services médicaux par personne dans l'ensemble, mais en plus, ils ont utilisé plus particulièrement les services relevant de certains domaines cliniques.

FIGURE 6A

Comparaison du nombre de services relevant de certaines catégories générales du SGN reçus par personne chez les patients âgés de 65 ans ou plus et ceux âgés de moins de 65 ans en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.

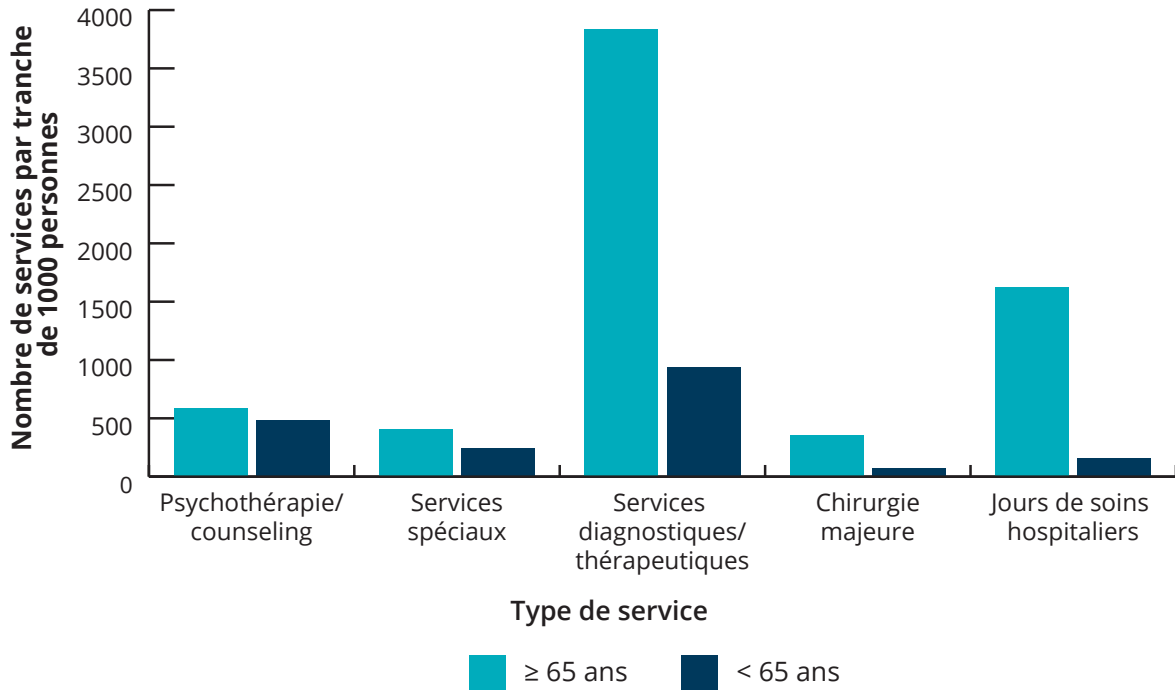
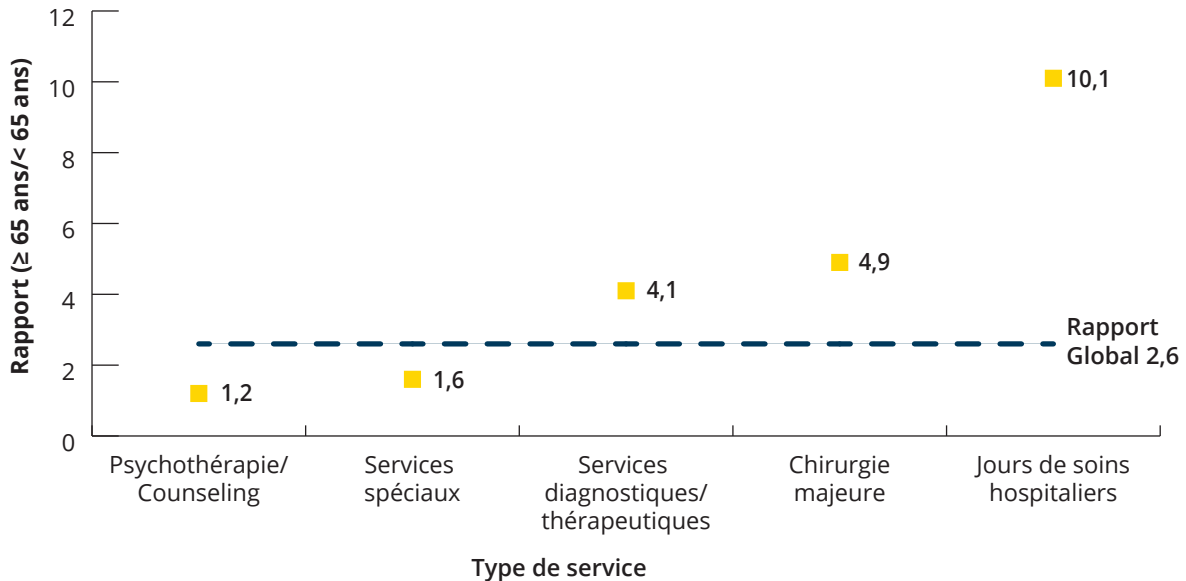
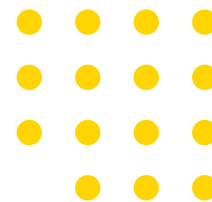


FIGURE 6B

Rapport du nombre de services relevant de certaines catégories générales du SGN fournis aux patients âgés de 65 ans ou plus et aux patients âgés de moins de 65 ans en 2015-2016. Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données nationale sur les médecins, 2015-2016.



Discussion



LE PRÉSENT RAPPORT FAIT ÉTAT D'UNE SÉRIE DE PARAMÈTRES DE MESURE DES SOINS MÉDICAUX FOURNIS AUX PERSONNES ÂGÉES AU CANADA, À SAVOIR :

1. le pourcentage de médecins qui soignent des patients âgés de 65 ans ou plus (taux de participation),
2. le volume de services fournis,
3. le pourcentage du nombre total de services assurés par un groupe de spécialistes qui sont destinés aux patients âgés (intensité de la prestation de services médicaux aux patients âgés), et
4. les types de services médicaux fournis aux patients âgés de 65 ans ou plus.

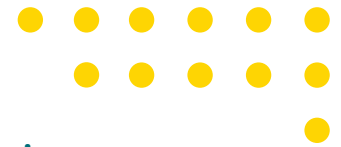
Lorsqu'ils sont pris ensemble, ces paramètres de mesure offrent une nouvelle perspective sur les contributions remarquables de divers groupes de spécialistes à la prestation de services médicaux aux personnes âgées. Une série non exhaustive d'observations et de pistes de réflexion sur la prestation de services médicaux à cette population de patients est présentée dans les paragraphes qui suivent.

Le taux de participation à la prestation de soins aux personnes âgées varie selon leur âge

Comme l'illustre la figure 3, la grande majorité des médecins ont fourni des services aux patients âgés, mais en général, ils étaient de moins en moins susceptibles de le faire à mesure que l'âge de ces derniers augmentait. Cette baisse du pourcentage de médecins qui soignent les patients âgés à mesure que ces derniers prennent de l'âge est probablement attribuable à un certain nombre de facteurs. Tout d'abord, les caractéristiques démographiques de la population canadienne sont

telles que les médecins ont rarement l'occasion de fournir des soins à des populations de patients de plus en plus âgées. Au sein des huit provinces prises en compte dans cette étude, 5 % de la population totale à l'étude étaient âgés de 65 à 69 ans en 2015-2016, 2 %, de 80 à 84 ans et 0,2 % seulement, de 95 ans ou plus. En fait, les médecins sont moins susceptibles de prendre en charge des patients très âgés, parce que ceux-ci sont tout simplement bien moins nombreux que les autres. Qui plus est, il se peut que les patients très âgés soient soignés dans des établissements qui comptent très peu de médecins (résidence pour personnes âgées, centre de soins de longue durée, centre de soins palliatifs, entre autres). Cela dit, les récentes tentatives visant à encourager les soins à domicile pourraient amener les médecins à interagir plus souvent avec des patients très âgés, y compris ceux qui sont aux prises avec de multiples maladies chroniques et complexes. S'il est vrai que les médecins sont moins susceptibles de voir des patients très âgés pour des raisons pratiques, il reste que l'évolution du système de soins de santé (notamment l'augmentation des investissements consacrés aux soins à domicile) pourrait contribuer à accroître rapidement les taux de participation à la prestation de soins à ces patients.

Ensuite, il va sans dire que certains médecins sont aussi moins susceptibles de soigner des patients très âgés parce que la prise en charge de ces patients déborde du cadre de leur champ de pratique. En effet, elle passe par le traitement de multiples maladies chroniques et complexes; or ce type de soins ne figure pas parmi les principaux volets du domaine de pratique de certains groupes de spécialistes. Cela dit, les maladies qui sont les plus courantes chez les personnes âgées les amènent à consulter les médecins spécialistes qui prennent généralement ces maladies en charge. Par exemple, les taux de dégénérescence maculaire liée à l'âge et de glaucome, tout comme la probabilité de chirurgie de la cataracte, sont également plus élevés chez les personnes âgées qu'au sein de la population générale, ce qui peut expliquer le fort taux de participation des ophtalmologistes à la prestation de soins aux personnes âgées. Sans compter que dans les faits, les gériatres sont plus susceptibles



de fournir des soins aux patients très âgés (p. ex., 85 à 89 ans) qu'aux patients moins vieux (p. ex., 65 à 69 ans). Ces résultats font ressortir le rôle tout à fait particulier qu'ils jouent à titre de consultants dans la prise en charge des patients âgés atteints de maladies complexes. Ces observations sont étayées par le taux de participation à la prestation de soins aux personnes âgées et l'intensité de cette prestation qui sont présentés aux figures 3 et 5.

Plusieurs disciplines assument la majorité des soins médicaux fournis aux personnes âgées

Cette étude a révélé que 85 % des services médicaux reçus par les personnes âgées leur ont été fournis par des médecins de famille, des internistes et des ophtalmologistes. Si on y ajoute les services médicaux fournis à ces patients par les chirurgiens généralistes, les chirurgiens orthopédistes, les urologues et les dermatologues, cette proportion atteint 93 %. Ainsi, la plupart des soins médicaux qu'ont reçus les personnes âgées leur ont été prodigués par des spécialistes de sept disciplines médicales. Il s'agit là d'une observation importante pour diverses raisons. Par exemple, elle met en évidence un nombre bien défini et relativement faible de spécialités médicales qui pourraient un jour faire l'objet de projets de recherche sur les services de soins de santé prodigués aux patients âgés. Les médecins qui exercent certaines de ces spécialités, telles que l'ophtalmologie ou la chirurgie orthopédique, fournissent à ces patients des services médicaux liés à des maladies bien précises (p. ex., restauration de la vue, arthroplastie). D'autres spécialistes, tels que les médecins de famille et les internistes, prennent en charge quant à eux un plus large éventail de maladies qui commandent la prestation de soins coordonnés de longue durée aux patients âgés de 65 ans ou plus. En poursuivant les travaux de recherche sur la question, il serait possible de mieux cerner le rôle bien particulier que jouent ces groupes de spécialistes dans la prestation de soins aux patients âgés et de mieux comprendre comment ils interagissent à cet égard.

Le volume de services fournis aux personnes âgées et l'intensité de la prestation de ceux-ci varient d'une spécialité à l'autre

Les résultats de cette étude illustrent la différence qui existe entre le volume de services médicaux destinés aux personnes âgées et l'intensité de la prestation de ces services. Un peu plus de la moitié des services médicaux reçus par les patients âgés de 65 ans ou plus leur ont été prodigués par des médecins de famille. Ce sont donc les médecins de famille qui assurent la plus grande partie du volume total de services fournis aux personnes âgées. En outre, les médecins de famille représentent un peu plus de la moitié des effectifs médicaux; par conséquent, la part du volume total des services médicaux fournis aux personnes âgées qui est assurée par ces médecins est équivalente à la place qu'ils occupent au sein des effectifs médicaux.

L'intensité de la prestation de services médicaux correspond quant à elle à la proportion des services assurés par un groupe de spécialistes qui est consacrée aux personnes âgées (place dans la pratique). Comme il a été mentionné précédemment, les internistes représentaient 13 % des effectifs médicaux en 2015-2016, mais ils ont assuré 23 % des services médicaux reçus par les patients âgés de 65 ans ou plus. De même, les ophtalmologistes, qui représentaient 2 % des effectifs médicaux, ont assuré 11 % des services destinés aux patients âgés. Comme il fallait s'y attendre, la grande majorité des services médicaux (92 %) qu'ont reçus les patients âgés de 65 ans ou plus leur ont été fournis par les gériatres, mais comme ces médecins sont peu nombreux (ils étaient 179 en 2016 dans les huit provinces prises en compte dans l'étude), les services qu'ils ont fournis à ces patients ne représentaient qu'une très faible proportion (moins de 1 %) de l'ensemble des services médicaux enregistrés chez ceux-ci.

Pour l'instant, la BDNM ne comprend pas de catégorie pour les médecins de famille spécialisés en soins aux personnes âgées et les gérontopsychiatres. Il se peut que les profils de prestation de soins des médecins qui exercent

ces deux surspécialités soient très semblables à celui des gériatres, qui ont assuré une proportion relativement faible de l'ensemble des services médicaux reçus par les personnes âgées, mais dont la pratique est essentiellement axée sur les soins prodigués à cette population de patients.

Cette distinction entre le volume de services de santé et l'intensité de la prestation de ces services peut revêtir une importance particulière pour les décideurs qui s'efforcent d'améliorer la prestation de soins de santé aux personnes âgées. Les résultats de cette étude indiquent que certains groupes de spécialistes fournissent un volume important de services aux personnes âgées, tandis que d'autres consacrent la plupart de leur temps à fournir des types de services particuliers à cette population de patients (quelle que soit leur contribution globale au volume total de services fournis aux personnes âgées). Comme l'illustrent le tableau 1 et la figure 5, certains médecins qui exercent des surspécialités de la médecine interne (p. ex., gériatres, néphrologues, oncologues et cardiologues) consacrent une bonne partie de leur pratique à prodiguer des soins aux personnes âgées (plus de la moitié des services qu'ils fournissent sont destinés à cette population de patients), tout comme les ophtalmologistes, les chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques et les urologues. Les spécialistes en médecine physique et en réadaptation, les neurochirurgiens, les dermatologues et les chirurgiens orthopédistes consacrent également une part relativement importante de leurs services médicaux aux personnes âgées. D'autres travaux de recherche sur le volume des soins et l'intensité de la prestation de ceux-ci pourraient servir de base à la prise de décisions visant à optimiser la capacité du système de soins de santé à répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins quotidiens et continus et en matière de soins épisodiques et de courte durée.

Le sexe influe sur la prestation de services médicaux aux personnes âgées

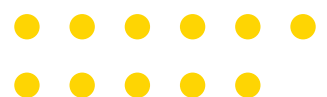
Il est ressorti de cette étude que le sexe a une incidence sur la prestation de services médicaux aux personnes âgées. Comme le montre la figure 3, les médecins étaient plus susceptibles de fournir

des soins aux femmes qu'aux hommes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (tous groupes d'âge confondus). Cela dit, comme on peut le constater à la figure 4, le nombre de services médicaux reçus par personne était plus élevé chez les hommes que chez les femmes au sein de cette population de patients (65 ans ou plus), tous groupes d'âge confondus. En fait, les médecins étaient plus susceptibles de prendre en charge des femmes que des hommes chez les patients âgés de 65 ans ou plus, mais ils ont fourni relativement plus de services médicaux aux hommes qu'aux femmes au sein de cette population de patients.

Il faudrait mener d'autres travaux de recherche afin d'explorer de manière approfondie les dynamiques liées au sexe sous-jacentes à la participation des médecins aux soins fournis aux personnes âgées et au taux d'utilisation des services médicaux par cette population de patients. Les caractéristiques démographiques de la population canadienne permettent d'expliquer en partie les différences relevées entre les pourcentages de médecins qui soignent les hommes et ceux qui soignent les femmes. Au Canada, les femmes représentent une plus grande proportion de la population de patients âgés que les hommes (Statistique Canada, 2015); par conséquent, les médecins sont plus susceptibles de soigner des femmes, puisqu'elles sont plus nombreuses que les hommes, comme le montre la figure 3.

D'autres facteurs, qui sont plus complexes que la situation démographique, contribueraient aux différences observées entre les deux sexes dans cette étude. Par exemple, il existerait entre eux des variations particulières quant à la prévalence

Les médecins étaient plus susceptibles de prendre en charge des femmes que des hommes chez les patients âgés de 65 ans ou plus, mais ils ont fourni relativement plus de services médicaux aux hommes qu'aux femmes au sein de cette population de patients.



de certaines maladies, des différences en ce qui a trait au tableau clinique des maladies, ainsi que des variations en ce qui concerne l'utilisation des services médicaux associés au traitement. Des études ont démontré que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de chercher à obtenir des services médicaux (Thompson et coll., 2016; Talbot et coll., 2001). Cette propension des femmes à consulter des professionnels de la santé concorde avec les taux de participation des médecins aux soins fournis aux personnes âgées qui apparaissent à la figure 3. Si les hommes sont moins susceptibles que les femmes de consulter un professionnel de la santé, en l'absence de mesures de prévention ou d'un traitement précoce, les maladies dont ils souffrent risquent d'avoir atteint un stade avancé au moment de l'évaluation, ce qui pourrait accroître le nombre d'interventions qui s'imposent alors et contribuer à creuser l'écart entre hommes et femmes mis en évidence à la figure 4 quant au nombre de services médicaux utilisés par personne.

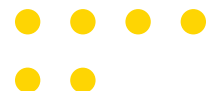
En conséquence, il se peut effectivement que le champ d'étude des prochains projets de recherche axés sur les différences entre les deux sexes soit relativement vaste. La division du travail entre hommes et femmes, les différences entre les deux sexes quant à l'exposition à vie et ses effets potentiels sur l'état de santé, ainsi que les différences biologiques entre les deux sexes pourraient contribuer à des variations suffisamment marquées entre eux en matière de maladie qui expliqueraient au moins une partie des différences observées dans cette étude. Il y aurait tout intérêt à s'appuyer sur les résultats de cette étude et ceux d'autres études (p. ex., Muratov et coll., 2017; Armstrong et Pederson, 2015) pour mener d'autres travaux visant à mieux comprendre les besoins particuliers des femmes et des hommes âgés et à mieux planifier les stratégies de soins de santé qui répondront à ces besoins.

Recevoir les soins qui s'imposent, là où ils s'imposent

La base de données utilisée dans le cadre de cette étude, la BNDM de l'ICIS, est une mine d'information sur les types de soins médicaux reçus par les patients. Les résultats présentés à la figure 6 indiquent que les taux d'utilisation

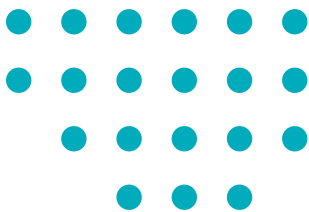
de certains services médicaux étaient bien plus élevés chez les patients âgés que chez les patients de moins de 65 ans. À titre d'exemple, les taux de chirurgie majeure et de jours de soins hospitaliers indiquent que le taux d'utilisation des soins hospitaliers était plus élevé chez les personnes âgées qu'au sein du reste de la population. De même, le fort taux d'utilisation des services diagnostiques et thérapeutiques observé chez les personnes âgées concorde avec les données de recherche qui démontrent que la coexistence de multiples maladies chroniques est plus fréquente chez ces personnes qu'au sein du reste de la population (voir les figures 6a et 6b).

Pour conclure ces observations sur les taux d'utilisation des services de soins de santé et l'interprétation de ces paramètres, il est important de réitérer les limites qui leur sont inhérentes. Comme il a été mentionné précédemment, les données de la BNDM rendent compte de l'utilisation réelle des services médicaux, et non pas d'une utilisation appropriée ou optimale de ces services. Il se peut que le fort taux d'utilisation des soins hospitaliers observé chez les personnes âgées soit tout à fait approprié, mais il se peut également qu'il témoigne de l'absence de ressources de rechange ou d'établissements de soins qui conviendraient mieux aux personnes âgées. De même, les forts taux d'utilisation des chirurgies majeures (telles que l'arthroplastie de la hanche ou du genou) chez les personnes âgées présentés aux figures 6a et 6b ne tiennent pas compte de l'utilisation des soins auxiliaires associés à de telles interventions ni des risques accrus auxquels sont exposés les patients qui attendent de subir ces interventions ou de recevoir d'autres types de soins médicaux spécialisés. S'il est vrai que la BNDM est une ressource extrêmement utile, puisqu'elle répertorie des données longitudinales détaillées sur les services médicaux, il n'en demeure pas moins qu'elle ne fournit pas tous les éléments d'information nécessaires pour dresser un portrait fidèle des besoins des personnes âgées en matière de santé et des stratégies mises en place pour y répondre.



Réflexion sur la pratique

Les résultats statistiques de cette étude permettent de mieux apprécier les moyens mis en œuvre par les effectifs médicaux pour combler les besoins des personnes âgées en matière de soins de santé. Cela dit, il est essentiel de présenter également le point de vue des professionnels de la santé qui agissent en première ligne. Pour saisir cette autre perspective, les auteurs du rapport se sont tournés vers divers types de médecins spécialistes et leur ont demandé de se pencher sur leur propre pratique/spécialité et de décrire les soins qu'ils prodiguent aux personnes âgées au quotidien. Les récits qui suivent s'écartent des statistiques générales fournies par cette étude; ils offrent trois perspectives tout à fait personnelles du rôle que les médecins spécialistes jouent dans la prise en charge de la population vieillissante du Canada.



Expérience de première ligne d'un médecin de famille spécialisé en soins aux personnes âgées

Sidney Feldman, MD, CCMF (SPA), FCMF

Au Canada, les médecins de famille interviennent dans tous les aspects des soins primaires et contribuent considérablement à la santé des personnes âgées. La relation à long terme qu'ils nouent avec leurs patients âgés leur offre une vue d'ensemble des problèmes qui touchent cette population de patients et les aide à bien comprendre ces problèmes. Les médecins de famille sont conscients de l'importance capitale des déterminants sociaux de la santé et font activement campagne en faveur de l'élimination de l'isolement, de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire et de la précarité du logement, entre autres.

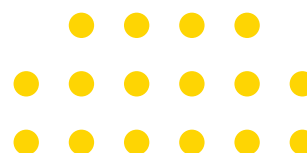
Les soins de santé préventifs constituent un volet important de l'éventail de soins fournis par ces médecins. Par exemple, ils doivent savoir saisir les bonnes occasions pour faire la promotion d'un mode de vie sain, encourager la réduction des comportements à risque et mettre en place des stratégies de dépistage fondées sur des données probantes dans le cas des maladies dont il est possible d'améliorer l'issue lorsqu'elles sont décelées précocement. Dans le cadre de cette vaste stratégie de prévention, ils veillent également à ce que leurs patients âgés reçoivent les vaccins recommandés par Santé Canada.

Par ailleurs, le champ de pratique des médecins de famille englobe la prise en charge des patients âgés atteints de maladies chroniques, telles que l'hypertension, les maladies mentales, la MPOC, le diabète ou l'arthrose. Le plan de traitement de bon nombre de ces patients qui ont de multiples maladies concomitantes (« multicomorbidité ») prévoit l'utilisation de tout un arsenal de médicaments. C'est pourquoi la prise en charge de ces cas complexes peut s'avérer difficile, notamment en raison du risque de réactions indésirables associé à une telle polypharmacie. Mais, les médecins de famille sont bien placés pour adopter la perspective holistique nécessaire pour prendre en charge les patients en proie à de multiples problèmes de santé, tout en

veillant à accorder la priorité à leurs valeurs et à leurs objectifs lors de la prise de décisions thérapeutiques. Ils jouent en outre un rôle crucial dans la prise en charge du fardeau de plus en plus lourd qui est imposé au système de soins de santé par la démence et d'autres problèmes couramment associés au vieillissement, tels que la fragilité, les chutes et les syndromes gériatriques.

Certains médecins de famille remplissent les conditions requises pour obtenir un certificat de compétence additionnelle (CCA) en soins aux personnes âgées (SPA) auprès du Collège des médecins de famille du Canada. Ceux qui sont titulaires d'un tel certificat reçoivent souvent en consultation des patients fragiles qui représentent des cas complexes et s'efforcent de les accompagner ainsi que leur famille en suivant le modèle des centres de médecine de famille. Selon ce modèle, un centre de médecine de famille est une vaste équipe soignante interdisciplinaire, qui comprend notamment un médecin de famille et dont les membres collaborent de manière virtuelle ou dans le cadre d'un modèle de soins intégrés de façon à coordonner les services qui sont fournis aux patients.

Dans le cas de certains patients âgés et de leur famille, la relation que le médecin de famille entretient avec les autres médecins spécialistes de ces patients est essentielle à la prestation de soins en collaboration d'excellente qualité. Enfin, en collaboration avec les autres membres des équipes soignantes multidisciplinaires dont ils font partie et avec l'aide de leurs confrères spécialistes, les médecins de famille veillent à ce que leurs patients âgés continuent à mener une existence constructive et pleinement satisfaisante, quels que soit les soins qu'ils doivent recevoir, qu'il s'agisse d'évaluations en consultation externe, de visites au service d'urgence, de soins de longue durée ou encore de réadaptation ou de soins palliatifs.



Expérience de première ligne d'un gériatre

Frank Molnar, MD, FRCPC

En tant que gériatre, je consacre la majeure partie de ma pratique à des patients âgés de 85 ans ou plus. Ce sont ces patients qui sont les plus susceptibles d'avoir de multiples maladies concomitantes interdépendantes; or leur nombre devrait quadrupler au Canada. C'est pour cette raison que les gériatres sont appelés à jouer un rôle si important dans le maintien de la santé de la population vieillissante du pays.

La gériatrie est une spécialité qui fait beaucoup plus appel au toucher qu'à la haute technologie et qui est caractérisée par de nombreuses interactions avec des patients qui sont souvent aux prises avec des maladies chroniques et complexes. Le concept des « 5 M de la gériatrie » rend bien compte des soins très diversifiés qui sont prodigués par les gériatres :

1. **mental** (expertise en matière de delirium : les gériatres sont les seuls médecins spécialistes ayant reçu une formation axée sur la prise en charge de patients atteints de démence et d'autres maladies et ayant des besoins médicaux complexes);
2. **mobilité** (évaluation de bon nombre des causes possibles de chutes faisant appel à des connaissances qui relèvent de plusieurs autres spécialités);
3. **médication** (expertise en matière d'appréciation du retentissement de la prise de médicaments sur les patients âgés, en particulier ceux qui sont fragiles);
4. **multipathologies** (prise en charge de multiples maladies concomitantes interdépendantes qui débordent du cadre classique d'une seule spécialité);
5. **motivations** (objectifs de soins en présence de multiples maladies évolutives et d'une éventuelle démence).

Étant donné que les gériatres sont relativement peu nombreux, la pratique de leur spécialité repose largement sur le travail en équipe. Dans bien des cas, l'évaluation initiale et la prise en charge continue des patients en gériatrie sont assurées par d'autres membres de l'équipe soignante, qui tiennent compte des propositions et des recommandations du gériatre. En leur qualité de médecins spécialistes, les gériatres ont suivi une formation multidisciplinaire axée entre autres sur des spécialités telles que la médecine interne générale, la psychiatrie, la médecine physique et réadaptation et la neurologie.

Cette multispécialisation (« hybridation ») deviendra de plus en plus importante pour la santé de la population à mesure que le nombre de patients âgés atteints de multiples maladies physiques et mentales interdépendantes augmentera.

En général, un gériatre fournit un certain nombre de services au cours d'une journée. En voici quelques exemples :

- consultations téléphoniques et électroniques avec des professionnels de la santé de première ligne;
- évaluation des visites à domicile auprès des patients âgés ayant des troubles cognitifs et une mobilité réduite et formulation de recommandations aux médecins de famille;
- orientation des patients vers des cliniques et des hôpitaux de jour en gériatrie en vue de prévenir leur hospitalisation;
- consultation des patients âgés hospitalisés atteints de multiples maladies interdépendantes (notamment démence et delirium) en vue d'aider leur équipe soignante à les prendre en charge;
- temps consacré en grande partie aux consultations avec les patients âgés et leur famille visant à cerner leurs souhaits (objectifs de soins), afin de prendre des décisions en matière de soins axées sur ces patients.

Par ailleurs, les gériatres assurent la formation des résidents en médecine de famille, en médecine interne et en chirurgie de façon à ce qu'ils soient fins prêts à prendre en charge les patients âgés, qui sont nombreux à être fragiles (la fragilité est l'un des domaines d'expertise de la spécialité). Enfin, de nombreux gériatres participent activement à des travaux de recherche sur les services de santé visant à trouver de nouvelles stratégies de prise en charge des personnes âgées ou à améliorer celles qui existent déjà et à influencer sur les politiques de santé (p. ex., les principes sous-jacents à la sécurité des patients reposent sur les premiers travaux en gériatrie sur les effets indésirables de l'hospitalisation). La pratique de notre spécialité est diversifiée, dynamique et particulièrement gratifiante grâce aux patients et aux familles que nous prenons en charge, aux équipes soignantes multidisciplinaires avec lesquelles nous collaborons, ainsi qu'aux nombreux rôles et activités qui nous incombent.

Expérience de première ligne d'un ophtalmologiste

Lorne Bellan, MD, FRCSC

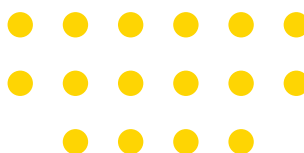
Un ophtalmologiste généraliste passe le plus clair de son temps à fournir des soins à des patients atteints de la cataracte, d'une dégénérescence maculaire, d'un glaucome ou de rétinopathie diabétique. Étant donné que la prévalence de toutes ces maladies atteint son pic chez les personnes âgées, la grande majorité des soins prodigués par l'ophtalmologiste sont destinés à cette population de patients.

Les patients atteints de la cataracte sont ceux qui voient l'ophtalmologiste le moins, puisque leur prise en charge ne nécessite normalement qu'une ou deux consultations avant et après l'intervention chirurgicale. Si le fort taux de réussite de la chirurgie de la cataracte se traduit par un degré élevé de satisfaction de la part des patients, il est également à l'origine d'une augmentation de la demande à tel point que les horaires de salle d'opération de la plupart des ophtalmologistes sont consacrés presque exclusivement à des cas de cataracte. À l'inverse, la dégénérescence maculaire, le glaucome et la rétinopathie diabétique sont des maladies chroniques dont la prise en charge passe par un suivi régulier visant à prévenir toute détérioration. Dans ces cas-là, la fréquence des consultations est variable : celles-ci sont annuelles lorsque l'état du patient est satisfaisant, mais deviennent mensuelles en cas de progression de la maladie.

Les progrès technologiques ont révolutionné les soins prodigués aux patients atteints de maladies oculaires et amélioré les résultats obtenus par ceux-ci. Cela dit, ils ont sensiblement accru le nombre de visites effectuées par les personnes âgées. Par exemple, il y a 30 ans, nous ne disposions que de quelques médicaments, nous n'effectuions qu'un seul examen (examen du champ visuel) mis à part l'examen clinique et nous ne réalisions qu'une intervention chirurgicale

(trabéculéctomie) pour le traitement du glaucome. De nos jours, nous pouvons réaliser des examens permettant de déceler des anomalies structurales à un stade très précoce et choisir parmi de nombreuses classes thérapeutiques, diverses associations médicamenteuses et plusieurs types de traitement chirurgical. Les traitements qui pouvaient être prescrits il y a 15 ans contre la forme de dégénérescence maculaire la plus rare, mais également la plus dévastatrice, étaient sous-optimaux. Leurs effets se limitaient à un ralentissement du processus de détérioration inexorable de la macula, et ce, chez une faible proportion des patients seulement. L'avènement des inhibiteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire a révolutionné ce domaine thérapeutique : non seulement ces agents permettent de ralentir la perte de la vue, mais ils sont également associés à un taux de restauration de la vue de 40 %. De même, au cours des cinq dernières années, l'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché a complètement transformé la prise en charge de la rétinopathie diabétique et des formes néovasculaires de toutes les maladies oculaires. Les cliniques d'injections quotidiennes, qui reçoivent des dizaines de patients par jour, sont désormais chose courante au sein des centres hospitaliers des grandes villes, alors qu'il n'y avait aucun traitement contre les maladies en question il y a 15 ans.

En conclusion, ces progrès ont tous eu des répercussions considérables sur la façon dont les personnes âgées sont prises en charge par les ophtalmologistes.



Conclusion

Un certain nombre de paramètres permettent de prévoir les besoins que le système de soins de santé canadien aura à combler. Les statistiques démographiques mettent en évidence une tendance constante très claire vers le vieillissement de la population. Il existe un ensemble relativement complet d'indicateurs de santé permettant d'évaluer l'état de santé des personnes âgées, y compris des données sur les facteurs relatifs aux habitudes de vie. Parallèlement, on dispose de nombreuses données statistiques sur la prévalence des maladies et des états pathologiques chez les personnes âgées, y compris les maladies aiguës et chroniques et les multicomorbidités.

À la lumière de ces tendances démographiques et de ces statistiques sur la santé, les auteurs de la présente étude ont utilisé les données disponibles – à savoir celles de la BNDM de l'ICIS – afin de mieux comprendre comment les médecins prennent en charge les personnes âgées au Canada. Pour ce faire, ils se sont penchés sur une série de questions fondamentales : quels groupes de spécialistes sont les plus susceptibles de fournir des soins aux personnes âgées, quelle proportion de leur pratique consacrent-ils aux personnes âgées et quels types de services médicaux fournissent-ils à ces dernières? Comme l'illustrent la présentation des résultats de cette étude et les points de discussion qu'elle soulève, les médecins spécialistes contribuent de façon remarquable à la prise en charge de la population vieillissante du Canada.

Si les résultats de cette étude viennent enrichir le corpus de connaissances actuel, ils mettent également en évidence d'importantes lacunes dans les données disponibles. Il apparaît nécessaire de générer des données et d'effectuer des analyses qui tiennent compte aussi bien des besoins des patients et de la population que des modèles de soins qui sous-tendent la prestation des services de soins de santé. Plus particulièrement, il faudra étudier des modèles de pratique collaborative axés sur les personnes âgées aux prises avec de multiples maladies chroniques et complexes. Les ensembles de données qui portent sur un large éventail de besoins, de professionnels de la santé, de types d'utilisation des services de soins de santé et de résultats en matière de santé s'avéreront plus utiles que ceux dont on dispose actuellement pour acquérir des connaissances qui serviront à améliorer le système de soins de santé.



Références

Armstrong, P., Pederson, A. *Women's Health: Intersections of Policy, Research and Practice, Second Edition*. Women's Press, 2015.

Société canadienne du cancer, Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2018*. [PDF]. (2018). Accès : <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr>

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2011 – Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. [PDF]. (2011a). Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* [PDF]. (2011b). Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. *Métadonnées de la Base de données nationale sur les médecins*. (2015a). Accès : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-nationale-sur-les-medecins>

Institut canadien d'information sur la santé. *Publication des données de la Base des données nationale sur les médecins*. (2015b). Accès : <https://www.cihi.ca/fr/les-medecins-au-canada>

Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada*. [PDF]. (2016). Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20%20FR.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2017 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes âgés*. (2018a). Accès : <https://www.cihi.ca/fr/les-aines-sont-davis-que-les-systemes-de-sante-canadiens-pourraient-etre-ameliores-selon-une-enquete>

Institut canadien d'information sur la santé. *La part des dépenses de santé consacrées aux personnes âgées a-t-elle varié?* (2018b). Accès : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-de-sante/2018/tendances-des-depenses-nationales-de-sante/la-part-des-depenses-de-sante-consacrees-aux-personnes-agees-a-t-elle-varie>

Institut canadien d'information sur la santé. *Délais de référence pour le traitement et tendances relatives aux temps d'attente à travers le Canada*. (2019). Accès : http://tempsdattente.icis.ca/?_ga=2.232288790.821888128.1559577454-746869670.1559577454

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Solutions des infirmières et infirmiers autorisés en soins aux personnes âgées – Soins de courte durée*. [PDF]. (2014a). Accès : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/files/fr/acute_care_older_adult_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Solutions des infirmières et infirmiers autorisés en soins aux personnes âgées – Soins axés sur la personne et la famille*. [PDF]. (2014b). Accès : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/files/fr/person_and_family_care_older_adult_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Solutions des infirmières et infirmiers autorisés en soins aux personnes âgées – Transitions à l'échelle du continuum de soins*. [PDF]. (2014c). Accès : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/files/fr/transition_older_adult_f.pdf

Chambers, L. W., Bancej, C. et McDowell, I. « Prevalence and monetary costs of dementia in Canada (2016): a report by the Alzheimer Society of Canada », dans *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, vol. 36, no 10, 2016, p. 231–232.

Frank, C. C., Feldman, S. et Wyman, R. « Caring for older patients in primary care: Wisdom and innovation from Canadian family physicians », dans *Médecin de famille canadien*, vol. 64, no 6, 2018, p. 416–418.

Qualité des services de santé Ontario. *La réalité des personnes soignantes : la détresse chez les personnes soignantes de patients recevant des soins à domicile*. [PDF]. (2016). Accès : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-fr.pdf>

McColl, M. A., Shortt, S., Gignac, M. et Lam, M. « Disentangling the effects of disability and age on health service utilisation », dans *Disability and rehabilitation*, vol. 33, nos 13-14, 2011, p. 1253-1261.

Société pour les troubles de l'humeur du Canada. *Depression in Elderly*. [PDF]. (2010). Accès : <http://mdsc.ca/documents/Consumer%20and%20Family%20Support/Depression%20in%20Elderly%20edited%20Dec16%202010.pdf>

Muratov S., Lee J., Holbrook A., et coll. « Senior high-cost healthcare users' resource utilization and outcomes: a protocol of a retrospective matched cohort study in Canada », dans *BMJ Open* 2017; 7:e018488. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018488. (2017). Accès : <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e018488>

Agence de la santé publique du Canada. *Mauvais traitements envers les aînés*. (2012). Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse-aines/mauvais-traitements-envers-aines.html>

Sénat du Canada. *Soyons prêts : pour une nouvelle génération d'aînés actifs*. [PDF]. (juin 2017). Accès : https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/NFFN/Reports/NFFN_Final19e_Vieillesse_f.pdf

Statistique Canada. *L'incapacité au Canada : premiers résultats de l'Enquête canadienne sur l'incapacité*. (2013). Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.htm>

Statistique Canada. *Tableau : 17-10-0005-01 – Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe*. (2015). Accès : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr

Statistique Canada. *Tableau : 14-10-0060-01 – Âge de la retraite selon la catégorie de travailleur, données annuelles*. (2019). Accès : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410006001&request_locale=fr

Talbot, Y., Fuller-Thomson, E., Tudiver, F., Habib, Y. et McIsaac, W.J. « Canadians without regular medical doctors. Who are they? », dans *Can Fam Physician*, vol. 47, 2001, p. 58-64.

Thompson, A. E., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. P. et Aubrey-Bassler, K. « The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study », dans *BMC family practice*, vol. 17, 2016, p. 38, doi:10.1186/s12875-016-0440-0.

Turcotte, M. *Être aidant familial - quelles sont les conséquences?* [PDF]. (2013). Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/statcan/75-006-x/75-006-2013001-6-fra.pdf

Turcotte, M., Sawaya, C. *Soins aux aînés : différences selon le type de logement*. [PDF]. (2015). Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2015001/article/14142-fra.htm>

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *Rapport mondial sur le vieillissement de la population 2015*. [PDF]. (2015). Accès : http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Annexe 1 Catégories du système de groupement national

Catégorie générale du SGN	Catégorie détaillée du SGN
Consultations	Consultations majeures Autres consultations
Évaluations majeures	Bureau Patient hospitalisé : nouveau-né Patient hospitalisé : autre Patient en consultation externe Hôpital non précisé Évaluation majeure non précisée Examen spécial de la vue
Autres évaluations	Bureau Patient hospitalisé Patient en consultation externe Hôpital non précisé Endroit non précisé Visites spéciales – ajout Détention
Jours de soins hospitaliers	Jours de soins hospitaliers : jusqu'à 28/30/31/35/42 jours Jours de soins hospitaliers : plus de 28/30/31/35/42 jours Autre
Visites spéciales	Après les heures de travail ou à l'urgence Autres heures normales
Psychothérapie et counseling	Psychothérapie individuelle Psychothérapie de groupe ou familiale Counseling
Chirurgie majeure	Mastectomie et chirurgie du sein Excision ou biopsie d'une tumeur au sein Autres chirurgies du système tégumentaire Fractures Chirurgie de la hernie discale Arthroplastie – hanche Arthroplastie – genou Autres chirurgies du système musculo-squelettique Résection de sous-muqueuse Rhinoplastie Autres chirurgies du système respiratoire Pontage ou réparation de l'artère coronaire Angioplastie coronaire Insertion d'un stimulateur cardiaque Autres chirurgies du cœur ou du péricarde Varices et réparation des veines Endartériectomie de la carotide Autres chirurgies cardiovasculaires Appendicectomie Laparotomie Vésicule biliaire et voies biliaires Amygdalectomie Hernies Côlon et intestins (colectomie) Proctotomie, chirurgie rectale et de l'anus et hémorroïdectomie Autres chirurgies du système digestif Appareil urinaire Chirurgie de la prostate (hommes) Vasectomie Autres chirurgies de l'appareil génital masculin Prolapsus de l'appareil génital féminin Hystérectomie Stérilisation Autres chirurgies de l'appareil génital féminin Chirurgie de la cataracte Coagulation par rayon lumineux Tympanoplastie Autres chirurgies des yeux et des oreilles Autres chirurgies majeures
Chirurgie mineure	Incision d'abcès et autre Extraction de corps étrangers Excision de tumeur et autre Suture de plaie Excision d'ongle Chalazion Myringotomie Fractures mineures Autres chirurgies mineures
Aide Chirurgicale	Aide chirurgicale
Services obstétriques	Services au moment de l'accouchement Accouchement (excluant les césariennes) Césarienne Avortement thérapeutique Autres services obstétriques
Services diagnostiques ou thérapeutiques	Unité de soins intensifs ou de réanimation Allergie ou désensibilisation Injection ou aspiration d'articulations Électrocardiogramme Œsophagoscopie ou gastroscopie Laryngoscopie ou bronchoscopie Coloscopie Cystoscopie Sigmoidoscopie Autres endoscopies Coronarographie Interventions associées à l'imagerie Dilatation et curetage Électroencéphalographie Cryothérapie Cathétérisme cardiaque Biopsie Autres services diagnostiques ou thérapeutiques
Services obstétriques	Injections et immunisations Test Pap Insertion d'un dispositif intra-utérin
Services divers	Autres services Services non définis

Annexe 2 Spécialités médicales

Médecine familiale

Médecine interne

- Médecine interne générale
- Cardiologie
- Gastroentérologie
- Pneumologie
- Endocrinologie
- Néphrologie
- Hématologie
- Rhumatologie
- Immunologie clinique et allergie
- Oncologie
- Gériatrie
- Médecine tropicale
- Génétique

Neurologie

Psychiatrie

Pédiatrie

Dermatologie

Médecine physique et réadaptation

Chirurgie générale

Chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Urologie

Chirurgie orthopédique

Chirurgie plastique

Neurochirurgie

Ophtalmologie

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale

Obstétrique et gynécologie

Annexe 3 Estimations de la population

**Statistique Canada – Tableau 17-10-0005-01 :
estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe (2015)**

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
< 5 ANS	749 976	712 755	1 462 731
5 À 9 ANS	766 299	727 412	1 493 711
10 À 14 ANS	748 214	707 574	1 455 788
15 À 19 ANS	848 009	797 218	1 645 227
20 À 24 ANS	979 655	922 338	1 901 993
25 À 29 ANS	961 178	956 244	1 917 422
30 À 34 ANS	951 112	967 203	1 918 315
35 À 39 ANS	895 929	913 672	1 809 601
40 À 44 ANS	897 485	911 246	1 808 731
45 À 49 ANS	932 639	937 249	1 869 888
50 À 54 ANS	1 053 820	1 050 417	2 104 237
55 À 59 ANS	973 579	981 970	1 955 549
60 À 64 ANS	822 276	848 686	1 670 962
65 À 69 ANS	692 633	731 026	1 423 659
70 À 74 ANS	478 709	526 848	1 005 557
75 À 79 ANS	343 163	403 426	746 589
80 À 84 ANS	241 346	313 616	554 962
85 À 89 ANS	137 183	219 798	356 981
90 À 94 ANS	51 791	115 002	166 793
< 94 ANS	9738	34 265	44 003
TOTAL	13 534 734	13 777 965	27 312 699

Les estimations de la population ont été établies à partir des données recensées dans huit provinces canadiennes (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique).

