



Une production du

BiESP

BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

Multimorbidité : les enjeux liés à la surveillance populationnelle

ACTES DE CONFÉRENCE

Multimorbidité : les enjeux liés à la surveillance populationnelle

ACTES DE CONFÉRENCE

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Mars 2019

RÉSUMÉ DE LA TABLE RONDE RÉDIGÉ PAR

Cynthia Mbuya-Bienge, stagiaire étudiante à la maîtrise en santé publique

Marc Simard, biostatisticien, Surveillance des maladies chroniques et des traumatismes

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Institut national de santé publique du Québec

Martin Fortin, médecin de famille, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, Québec

Professeur titulaire, département de médecine familiale, Université de Sherbrooke, Québec

Titulaire de la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne,

Université de Sherbrooke, Québec

Caroline Sirois, professeure, département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec

Chercheuse, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre de recherche du CHU de Québec

Chercheuse associée, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Nabila Haddouche

Bureau d'information et d'études en santé des populations

CITATION SUGGÉRÉE

Mbuya-Bienge C, Simard M, Fortin M, Sirois C. Actes du Colloque – Multimorbidité : les enjeux liés à la surveillance populationnelle, Institut national de santé publique du Québec, 2018.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :

<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-84583-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Remerciements

Madame Caroline Sirois et messieurs Martin Fortin et Marc Simard tiennent à remercier chaleureusement tous les conférenciers et panélistes qui ont participé à ce colloque et qui ont contribué à faire de cet événement un franc succès notamment mesdames Louise Pelletier, Julie Soucy, Valérie Émond, Cynthia Mbuya-Bienge et messieurs Fabien Tremblay, Bernard Candas et Myles Gaulin. Ils désirent tout d'abord souligner l'excellent travail des conférenciers, qui ont su captiver l'audience par la qualité et la pertinence de leurs présentations orales et des panélistes qui ont enrichi la discussion sur la multimorbidité par leur expertise et leur dynamisme. Ils remercient aussi le public qui a assisté à cet événement et qui a permis d'alimenter les échanges par leurs questions et leurs interventions fort intéressantes.

Encore une fois, le comité organisateur témoigne de sa gratitude envers la Chaire de recherche sur le vieillissement, la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'INSPQ qui ont permis la réalisation de cet acte de colloque autant par leur soutien financier que technique. Le comité organisateur tient aussi à reconnaître le soutien administratif de madame Nabila Haddouche qui fut d'une aide incontestable à la préparation de cette journée et la contribution de madame Cynthia Mbuya-Bienge pour la rédaction du résumé de la table ronde.



Photo des conférenciers et panélistes. De gauche à droite, rangée du haut : Bernard Candas, Marc Simard, Fabien Tremblay. Rangée du centre : Valérie Émond, Julie Soucy, Cynthia Mbuya-Bienge. Rangée du bas : Louise Pelletier, Caroline Sirois, Myles Gaulin, Martin Fortin.

Table des matières

Liste des acronymes	V
1 Introduction	1
2 Membres du comité organisateur	3
3 Contexte scientifique et objectifs du colloque	5
3.1 Contexte	5
3.2 Objectif général.....	5
3.3 Objectifs spécifiques	5
4 Programme du colloque	7
5 Biographie des conférenciers.....	9
6 Résumé des présentations orales.....	11
6.1 Mot de bienvenue	11
6.2 La multimorbidité : états des lieux.....	11
6.3 Une mesure populationnelle de la multimorbidité : défis liés à la création d'une telle mesure	11
6.4 L'impact du statut socio-économique dans l'association entre la multimorbidité et l'utilisation des soins ambulatoires au Québec	13
6.5 L'impact de la multimorbidité sur les admissions à l'urgence et l'effet modifiant des troubles mentaux	13
6.6 La multimorbidité au Canada : principaux profils et coûts	14
7 Résumé de la table ronde	15
7.1 Table ronde : enjeux de la surveillance populationnelle.....	15
8 Revue de presse.....	19

Liste des acronymes

ACFAS	Association francophone pour le savoir
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CERSSPL-UL	Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

1 Introduction

Le 11 mai 2018 s'est tenu le colloque : « Multimorbidité et fardeau global des maladies chroniques : les enjeux liés au développement de la surveillance populationnelle » organisé conjointement par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Chaire de recherche sur le vieillissement de l'Université Laval et la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne de l'Université de Sherbrooke. Ce colloque avait lieu dans le cadre du 86^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS) du 7 au 11 mai 2018 à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Les impacts négatifs de la multimorbidité sur la qualité de vie et la santé des individus, de même que la pression qu'elle exerce sur le système de santé exigent une surveillance de la multimorbidité optimale et efficace. C'est dans cette optique que l'INSPQ s'est vu confier le mandat de la surveillance de la multimorbidité par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). L'INSPQ travaille actuellement au développement de la surveillance de la multimorbidité en collaboration avec des représentants de la communauté scientifique et des intervenants en santé. Pour l'heure, de nombreux enjeux ont été soulevés pour effectuer une surveillance populationnelle utile aux décideurs et aux membres de la communauté scientifique, mais peu de pistes de solutions ont été proposées.

Ce colloque se voulait donc une façon d'entreprendre les discussions en lien avec ce mandat et de mettre en commun les réflexions et les travaux de recherche concernant les enjeux liés à la surveillance populationnelle de la multimorbidité et d'en discuter lors d'une table ronde. Il a ainsi permis aux participants de bonifier leurs projets et notamment à l'INSPQ d'orienter les travaux de l'équipe de surveillance des maladies chroniques.

Cet événement s'adressant aux professionnels de la santé, aux acteurs de surveillance, aux chercheurs, aux décideurs et au public interpellé par la présence de multimorbidité dans une population vieillissante a réuni des acteurs francophones canadiens incontournables en surveillance des maladies chroniques. Les défis liés au concept de multimorbidité et de sa mesure populationnelle ainsi que des exemples d'études sur le thème de la surveillance populationnelle de la multimorbidité ont été présentés par les conférenciers et des pistes de solutions ont été discutées lors de la table ronde.

Le présent document est un compte rendu de ce colloque. Il contient les résumés des présentations orales des différents conférenciers ainsi que les points soulevés lors de la table ronde. Ce document cherche à refléter de la manière la plus fidèle les propos et les échanges de la journée afin d'amorcer des collaborations entre acteurs de différents secteurs et de poursuivre éventuellement les échanges initiés lors d'événements futurs.

Enfin, nous tenons à remercier le travail du comité organisateur, de la Chaire de recherche sur le vieillissement, de la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne ainsi que l'INSPQ qui ont rendu la tenue de ce colloque possible.

2 Membres du comité organisateur

Monsieur **Marc Simard**, M. Sc., biostatisticien et responsable de la surveillance de la multimorbidité dans l'équipe de surveillance des maladies chroniques à l'Institut national de santé publique du Québec. Madame **Caroline Sirois**, B.Pharm., Ph. D., professeure agrégée au département de médecine sociale et préventive, Université Laval; titulaire de la Chaire de recherche sur le vieillissement, Université Laval; chercheuse au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN); chercheuse associée, Institut national de santé publique du Québec. Monsieur **Martin Fortin**, M.D., M. Sc., CMFC (F), médecin de famille et professeur titulaire au département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke; titulaire de la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, Université de Sherbrooke; directeur de la recherche au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

3 Contexte scientifique et objectifs du colloque

3.1 Contexte

Les maladies chroniques sont la première cause de mortalité dans les pays industrialisés. La multimorbidité (cooccurrence d'au moins 2 maladies chroniques chez un même individu) toucherait environ 15 % des Canadiens âgés de 20 ans et plus et 30 % de 65 ans et plus¹. Le vieillissement de la population, combiné au progrès du traitement des maladies chroniques, contribue à l'augmentation de la multimorbidité. La multimorbidité est plus qu'une simple addition de conditions chroniques, elle est associée à une diminution de la qualité de vie, à une augmentation du risque de décès et d'hospitalisations, à une augmentation du nombre de consultations médicales et à une consommation plus élevée de médicaments. De plus, la multimorbidité complexifie la prise en charge des patients atteints et soulève de nombreux défis pour la prévention.

Présentement, aucune surveillance de la multimorbidité et du fardeau global des maladies chroniques n'est effectuée au niveau québécois et canadien. De plus, aucun cadre de surveillance consensuel n'existe au niveau international, chaque juridiction utilisant sa propre définition et sa propre mesure. Les principaux enjeux sont liés au concept même de multimorbidité et de la mesure populationnelle de ce phénomène. Premièrement, comment définir la multimorbidité dans un contexte de surveillance ? Doit-on s'intéresser à des indicateurs simples de multimorbidité (2 conditions ou plus, 3 conditions ou plus), au nombre absolu de conditions, à des combinaisons de maladies, au fardeau global des conditions chroniques ? Ensuite, devons-nous considérer toutes les maladies sur le même pied d'égalité ou certaines maladies ont-elles un impact plus grand sur la santé ? Les conférences et la table ronde de ce colloque permettaient d'entamer une discussion sur les enjeux conceptuels et méthodologiques de la multimorbidité dans un contexte de surveillance populationnelle.

3.2 Objectif général

Ce colloque avait pour but de comprendre et de discuter des enjeux liés à la surveillance de la multimorbidité dans une perspective populationnelle.

3.3 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient :

1. Décrire la multimorbidité et ses impacts sur certains déterminants de la santé, sur l'utilisation des services de soins et sur les coûts.
2. Identifier des sources de données potentielles pour la création d'une mesure ou d'indicateur de la multimorbidité au niveau populationnel.
3. Mettre en commun les réflexions et les travaux de recherches afin de favoriser le développement de la surveillance de la multimorbidité au Québec.
4. Permettre aux chercheurs, aux intervenants et aux étudiants d'échanger sur leurs travaux afin de bonifier leurs projets en cours.

¹ Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res.* 2015;35(6):87-94.

4 Programme du colloque

Le programme de la demi-journée s'est décliné comme suit :

- 8 h 30 - 8 h 45 **MOT DE BIENVENUE**
Marc Simard, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- 8 h 45 - 9 h 15 **LA MULTIMORBIDITÉ : ÉTATS DES LIEUX**
Martin Fortin, M.D., M. Sc., CMFC (F), Université de Sherbrooke
- 9 h 15 - 9 h 35 **UN INDICATEUR POPULATIONNEL DE LA MULTIMORBIDITÉ : DÉFIS LIÉS À LA MESURE**
Marc Simard, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec
- 9 h 35 - 10 h **AVANTAGES ET LIMITES DES ENQUÊTES DE SANTÉ POUR LA MESURE DE LA MULTIMORBIDITÉ DANS UNE PERSPECTIVE DE SURVEILLANCE : L'EXEMPLE DU SAGUENAY –LAC-SAINT-JEAN**
Fabien Tremblay, M. Sc., CIUSSS du Saguenay Lac-Saint-Jean
- 10 h -10 h 20 **PAUSE**
- 10 h 20 - 10 h30 **L'IMPACT DU STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE DANS L'ASSOCIATION ENTRE LA MULTIMORBIDITÉ ET L'UTILISATION DES SOINS AMBULATOIRES AU QUÉBEC** Cynthia Mbuya-Bienge, B. Sc., Marc Simard, M. Sc., Bernard Candas, Ph. D., Caroline Sirois, B.Pharm, Ph. D., Université Laval
- 10 h 30 - 10 h 40 **L'IMPACT DE LA MULTIMORBIDITÉ SUR LES ADMISSIONS À L'URGENCE ET L'EFFET MODIFIANT DES TROUBLES MENTAUX**
Myles Gaulin, B. Sc., Marc Simard, M. Sc., Bernard Candas, Ph. D., Caroline Sirois, B.Pharm, Ph. D., Université Laval
- 10 h 40 - 11 h 15 **LA MULTIMORBIDITÉ AU CANADA : PRINCIPAUX PROFILS ET COÛTS**
Louise Pelletier, M.D., MPH, FRCPC, Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- 11 h 15 - 12 h 15 **TABLE RONDE : ENJEUX DE LA SURVEILLANCE POPULATIONNELLE**
Modératrice : Caroline Sirois, B.Pharm, Ph. D., Université Laval
Participants : Bernard Candas, Ph. D. (INESSS), Julie Soucy, Ph. D. (MSSS), Louise Pelletier, M.D. (ASPC), Martin Fortin, Ph. D. (Université de Sherbrooke), Valérie Émond, M. Sc. (INSPQ)
- 12 h 15 **CLÔTURE**
Valérie Émond, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec

5 Biographie des conférenciers

Candas, Bernard

Bernard Candas a obtenu un doctorat en physiologie de l'Université Laval et un postdoctorat de l'Université d'Ottawa. Il est professeur associé à l'Université Laval et scientifique principal en analyses populationnelles à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Il œuvre au développement de méthodes analytiques sur la mesure de variations des pratiques à l'aide de données administratives en plus de s'intéresser à la multimorbidité et à l'usage des médicaments.

Émond, Valérie

Détentrice d'un baccalauréat en actuariat de l'Université Laval, d'un certificat et d'une maîtrise en démographie de l'Université de Montréal, Valérie Émond est présentement chef d'unité scientifique en surveillance des maladies chroniques et des traumatismes, et adjointe au soutien, au développement méthodologique et à l'assurance qualité du Bureau d'information et d'études en santé des populations à l'INSPQ. Madame Émond a notamment contribué à la mise en place du système de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) et possède une vaste expérience en matière de surveillance populationnelle.

Fortin, Martin

Dr. Martin Fortin est une sommité internationale en recherche sur la multimorbidité et l'auteur de plus d'une centaine d'articles portant sur le sujet. Il a complété sa formation médicale ainsi qu'une certification en médecine de famille à l'Université de Sherbrooke puis une maîtrise en épidémiologie à l'Université Laval. Il est médecin de famille et professeur titulaire au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. Titulaire de la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, ses intérêts de recherche portent sur l'amélioration des soins de première ligne pour les patients avec des maladies multiples. Il est également directeur de la recherche au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay –Lac-Saint-Jean et président de la section des chercheurs du collège des médecins de famille du Canada.

Gaulin, Myles

Diplômé d'un baccalauréat en psychologie de l'Université McGill, Myles Gaulin est un étudiant à la maîtrise en santé publique à l'Université Laval. Il fait son mémoire à l'Institut national de santé publique du Québec sous la direction de Caroline Sirois et la codirection de Marc Simard. Il s'intéresse particulièrement aux aspects psychologiques liés à la santé publique et écrit son mémoire sur l'effet combiné des troubles mentaux et de la multimorbidité sur les admissions à l'urgence.

Mbuya-Bienge, Cynthia

Cynthia Mbuya-Bienge a obtenu un baccalauréat en sciences biomédicales de l'Université d'Ottawa et poursuit une maîtrise en santé publique à l'Université Laval. Sous la direction de Caroline Sirois et la codirection de Marc Simard, elle s'intéresse aux inégalités sociales de santé et prépare son mémoire à l'Institut national de santé publique du Québec sur l'impact de la multimorbidité et du statut socioéconomique sur l'utilisation des soins ambulatoires. Elle est détentrice d'une bourse de recherche du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) et de la faculté de médecine de l'Université Laval.

Pelletier, Louise

Dre Louise Pelletier est médecin spécialiste en santé publique. Elle détient un doctorat en médecine de l'Université Laval, une maîtrise en santé publique de l'Université Johns Hopkins et une spécialisation en médecine préventive de l'Université d'Ottawa. Au cours des 20 dernières années, elle a occupé différentes fonctions au niveau régional, fédéral et international. Récemment, son intérêt s'est davantage orienté vers la surveillance des maladies chroniques, des facteurs de risque et des coûts associés. En tant que conseillère principale à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), elle contribue au développement de données probantes pour la prise de décision en matière de santé publique au Canada.

Simard, Marc

Marc Simard est biostatisticien à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) depuis 2001 et responsable de la surveillance de la multimorbidité dans l'équipe de surveillance des maladies chroniques à l'INSPQ. Il est également chargé de cours à l'Université Laval au programme de maîtrise en santé publique et codirige deux étudiants à la maîtrise en santé publique. Ces travaux portent sur le développement d'un indice de multimorbidité et la mesure de l'association entre la multimorbidité et divers déterminants de la santé.

Sirois, Caroline

Caroline Sirois a obtenu un baccalauréat en pharmacie et une maîtrise en pharmacie d'hôpital de l'Université Laval. Elle a exercé pendant plusieurs années en tant que pharmacienne communautaire et en milieux hospitaliers avant d'obtenir une maîtrise et un doctorat en pharmacoépidémiologie. Elle est professeure agrégée au département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval et titulaire de la Chaire de recherche sur le vieillissement, au Centre d'excellence sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale Nationale. Elle est également chercheuse au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval et chercheuse associée à l'Institut national de santé publique du Québec. Ses travaux de recherche portent principalement sur la polymédication, la déprescription et l'usage approprié de médicaments chez les personnes âgées et sur la multimorbidité.

Soucy, Julie

Julie Soucy est détentriche d'un doctorat en physiologie-endocrinologie de l'Université Laval. Elle a tout d'abord travaillé comme coordonnatrice de recherche à l'Institut universitaire de pneumologie et de cardiologie de Québec pendant cinq ans et à l'unité de recherche en santé des populations pendant trois ans. Elle a plus de dix ans d'expérience dans le réseau de la santé publique entre autres comme agente de recherche et de planification socioéconomique et, depuis plus de quatre ans, comme directrice du service de la surveillance de l'état de santé à la Direction générale adjointe de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Tremblay, Fabien

Fabien Tremblay est agent de planification, programmation et recherche en surveillance à la direction de santé publique au Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) du Saguenay –Lac-Saint-Jean. Il travaille au sein du groupe en service de surveillance de l'état de santé de la population et est, entre autres, auteur du rapport : La multimorbidité au Saguenay –Lac-Saint-Jean.

6 Résumé des présentations orales

6.1 Mot de bienvenue

Monsieur Marc Simard débute le colloque en accueillant les conférenciers, panélistes et le public à cet avant-midi d'échange sur les enjeux liés à la surveillance populationnelle de la multimorbidité. Il introduit brièvement le concept clé de la journée, la multimorbidité, et les défis qui se présentent pour une surveillance de cette condition au niveau québécois et canadien.

6.2 La multimorbidité : états des lieux

Conférencier : Martin Fortin, M.D., M. Sc., CMFC (F), Université de Sherbrooke

La multimorbidité (cooccurrence d'au moins 2 maladies chroniques chez un même individu) est devenue un « buzz word » dans tout ce qui touche les réflexions sur les systèmes de santé. En lien avec le vieillissement de la population et les avancées technologiques et scientifiques des 50 dernières années, la multimorbidité est un problème courant, mais qui suscite nombre d'interrogations.

Cette présentation vise à introduire les discussions sur la surveillance de la multimorbidité en révisant les concepts associés et souvent confondus avec la multimorbidité. Les données épidémiologiques disponibles montrent de grandes variations qui découlent de l'hétérogénéité dans la définition même des concepts et des mesures qui en découlent. Plusieurs facteurs ou déterminants sont associés à une prévalence accrue de multimorbidité. De nombreux effets défavorables sont également associés à la multimorbidité. Du point de vue clinique, la multimorbidité complexifie les soins et les équipes sont en général peu outillées pour y faire face. Cette introduction présente un état des connaissances sur la multimorbidité et apporte un éclairage sur les justifications d'établir les bases d'une surveillance épidémiologique plus uniforme.

6.3 Une mesure populationnelle de la multimorbidité : défis liés à la création d'une telle mesure

Conférencier : Marc Simard, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec

Quoique la définition de la multimorbidité soit bien établie dans la communauté médicale et scientifique, il n'y a aucun consensus sur la façon de la mesurer au niveau populationnel. Une bonne mesure de la multimorbidité doit respecter les principaux critères de qualité : pertinence, utilité, validité et applicabilité. Actuellement, les principaux défis reposent sur la mesure de la multimorbidité. Plusieurs questions s'imposent : Combien de maladies considérer ? Comment la mesurer (nombre de maladies, score) ? Quelle source de données utiliser ? Quelle population viser ? En l'absence de consensus, les différentes alternatives identifiées dans la littérature sont présentées. Les enjeux liés à la validité de la mesure et son utilité sont ensuite abordés. Les outils statistiques permettant de valider le pouvoir prédictif d'une mesure sont aussi brièvement décrits.

Une mesure de la multimorbidité efficace doit se baser sur les principes d'utilité, d'applicabilité, de mesurabilité, de validité et de pertinence. Cinq étapes sont proposées pour mener à bien une mesure populationnelle de la multimorbidité : 1) Définir la population ciblée (âge, territoire, moment); 2) Le nombre de maladies (les experts s'entendent sur le fait qu'un bon indicateur devrait comporter un minimum de 12 maladies chroniques parmi les plus prévalentes dans une population); 3) identifier la

source de données (les enquêtes de santé ou les données administratives comportent leurs lots d'avantages et de limites, mais peuvent fournir de l'information pertinente pour identifier les conditions chroniques); 3) l'extraction de l'information (collecte de données dans le cas d'une enquête, choix de la définition de cas pour les données administratives); 4) choisir le type de mesure (2 ou 3 maladies chroniques ou plus, score qui tient compte de la sévérité des maladies, nombre de systèmes atteints); 5) validation de la mesure (les validations indirectes, quoique moins efficaces sont plus faciles à réaliser et moins dispendieuses que la validation directe avec un gold standard). Nous constatons qu'en fonction de l'objectif visé par un indicateur de multimorbidité, la mesure de la multimorbidité pourrait varier. Plusieurs indicateurs pourraient éventuellement être requis en fonction notamment de l'âge, de la nature de la population ou de son utilité (planifier l'utilisation des services, la consommation de médicaments, prédire le décès).

Avantages et limites des données d'enquête de santé pour mesurer la multimorbidité : l'exemple du Saguenay –Lac-Saint-Jean **Conférencier** : Fabien Tremblay, M. Sc., Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay –Lac-Saint-Jean

La multimorbidité est un enjeu majeur et grandissant de santé publique qui interpelle à plusieurs égards, ce qui en fait un objet de surveillance aujourd'hui incontournable. Cela dit, peu de données, tout particulièrement à l'échelle régionale, permettent à ce jour d'effectuer la surveillance de ce phénomène. À partir de l'exemple d'une enquête de santé conduite périodiquement au Saguenay–Lac-Saint-Jean, cette présentation explore les avantages et limites inhérents à ce type de données autodéclarées afin de mesurer la multimorbidité dans une perspective populationnelle.

L'enquête faite entre le 1^{er} mars et le 21 mai 2012 auprès de 4 029 individus âgés d'au moins 18 ans comportait un questionnaire comptant 125 questions sur différentes thématiques en santé des populations. Les résultats de l'enquête estiment la prévalence de la multimorbidité (7 conditions chroniques considérées dans l'étude) à 14,4 % dans cette population. Cette prévalence augmente avec l'âge avec une proportion de 3,3 % chez les 18 à 44 ans et de 27 % chez les 65 ans et plus.

Cette présentation démontre que malgré quelques limites, notamment en ce qui concerne la sous-déclaration et la sensibilité de la mesure, le recours aux enquêtes de santé telles que celles conduites au Saguenay –Lac-Saint-Jean s'avère pertinent et utile dans un contexte de surveillance à l'échelle régionale. En plus de la représentativité de leurs échantillons permettant l'identification de sous-groupes de populations avec la précision statistique nécessaire, ces enquêtes offrent la possibilité de documenter des associations avec d'autres problématiques d'intérêt pouvant interpeller les différents acteurs et publics auxquels s'adresse la surveillance (habitudes de vie, facteurs physiologiques à risque, santé psychosociale, utilisation des services, etc.).

6.4 L'impact du statut socio-économique dans l'association entre la multimorbidité et l'utilisation des soins ambulatoires au Québec

Conférencière : Cynthia Mbuya-Bienge, B. Sc., Université Laval

Il est bien documenté que le statut socioéconomique (SSE) a un lien avec la prévalence de maladies chroniques multiples (multimorbidité) et l'utilisation des soins ambulatoires, mais son effet modifiant dans cette association reste mal compris. À l'aide d'une étude de cohorte populationnelle utilisant des données médico-administratives, nous avons voulu vérifier cet effet modifiant chez les utilisateurs fréquents (UF), définis comme le 95^e percentile des utilisateurs totaux, pour trois types de services (visites à l'urgence, consultations d'omnipraticiens et consultations de médecins spécialistes).

La multimorbidité mesurée à l'aide d'un score de comorbidité et le SSE défini par un indice de défavorisation présentent tous deux un impact sur l'utilisation de chaque type de service une fois ajusté pour le sexe, l'âge, la ruralité et la défavorisation sociale. En effet, la proportion des UF des urgences et des omnipraticiens augmentent avec le niveau de défavorisation et les comorbidités tandis que celle des UF des médecins spécialistes augmentent avec les comorbidités, mais diminuent avec le niveau de défavorisation. La différence de proportions entre les plus défavorisés et les moins défavorisés en fonction du score de comorbidité reste semblable pour les UF des urgences et des omnipraticiens, mais augmente pour les UF des spécialistes passant de 0,1 à -5,1 pour la catégorie de score la plus élevée. Ceci nous indique que le SSE n'accentue pas l'utilisation des services d'urgence et d'omnipraticien, mais joue un rôle dans celle des médecins spécialistes. Ainsi, le SSE reste un facteur important sur lequel il faut travailler pour avoir une utilisation juste des services de soins de santé.

6.5 L'impact de la multimorbidité sur les admissions à l'urgence et l'effet modifiant des troubles mentaux

Conférencier : Myles Gaulin, B. Sc., Université Laval

La multimorbidité, ou cumul de maladies chroniques et les troubles mentaux sont associés indépendamment aux admissions à l'urgence, mais leur interaction est peu étudiée. Dans une étude de cohorte populationnelle portant sur les adultes québécois de 2012 à 2016, nous avons mesuré l'effet modifiant des troubles mentaux sévères et non sévères sur l'association entre la multimorbidité définie par le nombre de maladies et les admissions fréquentes à l'urgence (AFU) (≥ 4 admissions par année).

Mesuré sur l'échelle additive, qui décrit le risque absolu, cet effet modifiant est positif; l'effet total des deux facteurs est plus fort que la somme des effets de chacun. L'excédent du risque dû à l'interaction positive dans le cas d'une synergie, varie de 1,40 à 6,96 et augmente selon le nombre de maladies et la sévérité des troubles mentaux. Ces conditions médicales semblent donc interagir pour produire un risque élevé. Sur l'échelle multiplicative, qui décrit le risque relatif à une référence, l'effet modifiant est négatif. Pour les personnes sans trouble mental, le risque d'AFU est 5 fois plus élevé chez les individus avec un haut niveau de multimorbidité par rapport à ceux avec le niveau le plus bas. Pour celles avec un trouble mental sévère, ce risque est de 3,36.

Ces résultats indiquent que les troubles mentaux ont un impact sur l'association entre la multimorbidité et les AFU et soulignent l'importance de la prise en charge de troubles mentaux chez les patients multimorbides.

6.6 La multimorbidité au Canada : principaux profils et coûts

Conférencière : Louise Pelletier, M.D., MPH, FRCPC, Agence de la santé publique du Canada

Le nombre de Canadiens souffrant de multimorbidité ne cesse d'augmenter. L'objectif de ce projet est de déterminer la prévalence, les profils, et les coûts associés à la multimorbidité au Canada.

Les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) de 2010-2011 à 2014-2015 ont été utilisées. Les coûts estimés incluent les hospitalisations, consultations médicales et médicaments financés par le système public.

Près d'un Canadien sur cinq (19 %) est affecté par une multimorbidité; cette proportion augmente avec l'âge, particulièrement à partir de 50 ans. Alors que les profils les plus fréquents chez les moins de 35 ans incluent les troubles anxieux et de l'humeur, à compter de 50 ans, ils incluent habituellement l'hypertension. Comparativement aux Canadiens qui ne présentent aucune des 15 maladies chroniques étudiées, ceux avec 2, 3, 4 ou 5 maladies et plus ont un coût d'environ 4,6; 7,8; 12,3 et 23,0 fois plus élevé, respectivement.

Quoique la multimorbidité soit prédominante chez les personnes de 50 ans et plus, on constate que les plus jeunes en sont aussi affectés. Le nombre de maladies chroniques est un important facteur de prédiction de l'utilisation des soins de santé et des coûts associés. L'ajout des données de multimorbidité au SCSMC permet d'obtenir un portrait plus complet de l'état de santé de la population.

7 Résumé de la table ronde

7.1 Table ronde : enjeux de la surveillance populationnelle

Animée par Dre Caroline Sirois, la portion table ronde du colloque sur la multimorbidité a permis de clôturer un avant-midi de conférences et de rassembler autour d'une même table des acteurs de différents secteurs (cliniciens, acteurs de surveillance, décideurs) pour discuter des enjeux et des défis liés à la surveillance populationnelle de la multimorbidité. Les discussions et échanges entre panelistes et avec le public ont permis de conclure le colloque en soulignant les principaux enjeux et défis liés à la surveillance populationnelle de la multimorbidité et en proposant des pistes de solution.

Question 1 : Quels messages importants ou éléments clés reprenez-vous des présentations de ce matin ?

En premier lieu, les acteurs reconnaissent l'évolution de la compréhension de ce qu'est la multimorbidité et l'intégration de ce concept, bien que toutefois un peu flou, dans une approche intégrée de surveillance des maladies chroniques. Le fait d'arriver à développer une mesure pertinente et utile de la multimorbidité représente un grand pas vers une meilleure intégration de ce concept. Cependant, malgré tout le travail qui a déjà été fait, il y a encore des enjeux importants qui freinent l'implantation d'une telle mesure.

- Comme le souligne Dr. Martin Fortin : « Ce qui m'impressionne, c'est qu'on soit rendu en 2018 avec tous les moyens électroniques qui existent, qu'on soit encore à se buter à des embûches techniques pour avoir accès à des données qui donnent un reflet exact du fardeau de la maladie dans notre population. »

La question de l'accès et de la qualité des données présentement disponibles s'inscrit au cœur des discussions de la journée. Bien que l'accès à toutes les données ne soit pas optimal, il existe quand même des sources de données fiables et accessibles qui permettent d'avoir une mesure adéquate de la multimorbidité.

- Selon Mme Julie Soucy : « Il y a certes une complexité de la mesure qui fait qu'on n'a pas atteint de consensus malgré les données qu'on a. Est-ce que c'est parce qu'on n'a pas les bonnes données ou on veut trop avoir les meilleures données pour arriver à développer une mesure de la multimorbidité ? »

Ainsi, les échanges sur la multimorbidité sont encore nécessaires pour tout d'abord arriver à une définition plus claire du concept et aussi pour passer d'un discours commun à des données communes qui permettront d'avoir une mesure fidèle de l'état actuel de la situation.

Question 2 : Comment définir la multimorbidité dans un contexte de surveillance ?

- a. Doit-on s'intéresser à des indicateurs simples de multimorbidité (2 conditions ou plus, 3 conditions ou plus), au nombre absolu de conditions, à des combinaisons de maladies ?
- b. Devons-nous mettre toutes les maladies sur le même pied d'égalité ou certaines maladies ont-elles un impact plus grand sur la santé ?

La définition de la multimorbidité est une question qui suscite encore beaucoup de débats. Plusieurs questions se posent pour définir une mesure de la multimorbidité dans un contexte de surveillance populationnelle. Plusieurs mesures sont possibles dont un décompte simple de maladies, un indice avec pondération des maladies, une combinaison de maladies, une définition par systèmes du corps

affectés par la multimorbidité. Le décompte des maladies peut varier dans le temps en fonction non seulement de l'état de santé des individus, mais aussi des évidences cliniques.

- M. Bernard Candas souligne que : « Toutes nos bases de données sont faites en termes de maladies, mais la définition des maladies dépend des époques et non des individus; ce n'est pas centré sur les individus. »

Une mesure de la multimorbidité dynamique qui varie en fonction du temps et des évidences cliniques pourrait être à considérer.

Même si le contexte d'utilisation de la mesure de la multimorbidité, soit la surveillance populationnelle, est bien défini, l'issue de santé (outcome) visée est un élément essentiel à considérer. La surveillance est-elle faite pour améliorer le futur des populations, faire de la prévention, et caractériser l'utilisation des services de soins de santé ? Indépendamment de cela, le but n'est pas d'avoir une issue "parfaite", mais de commencer par comprendre qu'il existe plusieurs issues et de décider lesquelles sont à prioriser. Le choix de l'issue est important puisque la liste des maladies considérées dans la mesure, l'impact de chaque maladie (c'est-à-dire leur sévérité) diffère selon l'issue. Une même maladie peut avoir un impact important sur une première issue et un effet modéré sur une seconde.

- Selon M. Candas : « La multimorbidité [...] devrait avoir une issue de santé [axé sur] les patients (PROM – patient reported outcome measure) parce que c'est ce qui compte à la fin : sa perception de sa qualité de vie, sa perception de ses capacités à vivre physiquement, mentalement et socialement. Donc, c'est là-dessus qu'on devra [se concentrer] pour un indicateur. »

Derrière toute la complexité d'une mesure de la multimorbidité, il faut toutefois mentionner que peu importe la définition, le choix de mesure qui sera fait de la multimorbidité ne sera qu'un proxy de la réalité à un niveau individuel et qu'il ne faut pas se freiner avec des définitions qui peuvent être sans consensus puisqu'au niveau populationnel, il y a une spécificité qui ne peut pas être atteinte.

- Pour Mme Louise Pelletier : « Je pense que pour des fins de surveillance, c'est important de garder le concept de multimorbidité assez simple, donc avec un décompte de maladies comme 2 et plus ou 3 et plus. Par contre, j'aime beaucoup le fait qu'on regarde d'autres mesures qui incluent la sévérité. »

Les acteurs s'entendent sur le fait que la présentation de la mesure devait être simple à utiliser puisque la surveillance populationnelle est souvent un contexte où les constats servent à guider les décisions des plus grandes instances. Cependant, cette facilité d'utilisation ne devrait pas limiter la possibilité d'avoir une certaine sophistication, voire une complexité dans la méthode de calcul de cette mesure. Le défi reste d'être en mesure de communiquer l'information nécessaire pour avoir une utilité dans la prise de décision.

En conclusion, la définition d'une mesure de la multimorbidité ne fait toujours pas consensus. Une vision plus systémique de la condition était une option qui semblait plaire à plusieurs acteurs, mais les défis méthodologiques pour inclure cette vision dans une mesure sont encore importants. De plus, il est évident que certaines maladies ont un impact plus important que d'autres sur la santé et mettre toutes les maladies sur le même pied d'égalité ne reflèterait que partiellement ce qui se passe en réalité. Même si la mesure optimale reste à définir, la multimorbidité reste une condition médicale importante qui amène un fardeau (qu'on parle d'autosoins et de changement des habitudes de vie) dans la vie des individus qui en sont atteints ainsi qu'un fardeau financier autant sur les individus que le système de santé qui doit être pris en compte.

Question 3 : Selon vous, pourquoi est-il pertinent de mesurer la multimorbidité à une échelle populationnelle ?

- a. Quelle est l'utilité d'une mesure populationnelle de la multimorbidité ?
- b. À quoi servira cette mesure ?
- c. Quels acteurs seront intéressés par cette mesure ?

Pour répondre à cette question, il est primordial de connaître les raisons pour lesquelles il y a de la surveillance populationnelle puisque l'identification d'une mesure en dépend.

- Pour Mme Valérie Émond : « [la raison pour laquelle] on fait de la surveillance populationnelle est qu'on veut faire des portraits pour bien orienter les programmes de promotion, de prévention et de prise en charge dans le but ultime d'améliorer l'état de santé de la population. [On pourrait s'intéresser à ce que l'on] regarde les tendances dans le temps [...] ou la projection du portrait de la multimorbidité dans 5 ou 10 ans. De plus, si on est capables de caractériser les personnes atteintes de multimorbidité (exemple : identifier les combinaisons des maladies les plus fréquentes) je pense qu'on alimente la prise de décisions par les professionnels de la santé ».

La surveillance a aussi pour but de soutenir l'action de santé publique pour guider la façon dont les programmes de prévention et de promotion doivent être implantés. Elle peut aussi servir de levier d'action pour agir en amont de différentes problématiques de santé. Dans ces aspects de la surveillance, il ne faut pas négliger la nécessité de travailler de manière intégrée en gestion des maladies chroniques pour améliorer la planification des services.

Pour guider les actions à l'intérieur du système de santé, la mesure de la multimorbidité doit permettre de cibler des sous-groupes prioritaires. Ainsi, le terme « populationnel » ne désigne pas uniquement un grand rassemblement d'individus à une échelle nationale ou provinciale, mais également des sous-groupes. Le fait d'avoir une mesure de la multimorbidité par région ou à un niveau géographique plus fin permettrait d'être plus représentatif de la réalité. Cette mesure pourrait contribuer à soutenir la gouvernance du système de santé et de la prise de décision.

- Pour M. Candas, le besoin de cette mesure commence par la priorisation des sujets : « On a tous des ressources limitées, ce n'est pas vrai que tous les ans on va s'attaquer à tous les sujets et qu'on va s'occuper de tout le monde, c'est impossible. Donc, il faut prioriser et pour prioriser, il faut avoir des éléments quantitatifs qui nous donnent l'importance d'éléments de santé versus d'autres. La première chose importante c'est de savoir où se situe la multimorbidité versus les autres éléments. Actuellement, c'est complètement absent du portrait de priorisation. »

Un autre élément important de la surveillance était de pouvoir décrire les coûts que la multimorbidité engendre sur le système de santé.

- Mme Louise Pelletier soulignait que : « Je pense qu'un ajout de notre système de surveillance ce sont les coûts et je pense que c'est très parlant surtout pour les décideurs au niveau de la planification des services de soins de santé. [...] Chez les personnes qui ont 5 maladies et plus, ça coûte [...] 20 fois plus qu'un patient qui n'a aucune ou une maladie à l'étude. Je pense que c'est très parlant et ça pourrait aider les décideurs. »

Cependant, même si l'aspect financier de la surveillance est importante, il faut tout de même garder à l'esprit qu'un coût élevé pour une certaine condition de santé peut parfois en être le juste coût. Ainsi, inclure l'aspect financier à la surveillance est souhaitable, mais l'interprétation des chiffres doit être nuancée. C'est-à-dire qu'il est favorable de parler de la maximisation de la qualité à de moindres coûts plutôt que de la diminution des coûts.

Pour ce qui est de l'utilité d'avoir une mesure de la multimorbidité, la question de l'usage de cette information pour passer à l'action est à considérer. C'est-à-dire, de quelle façon les décideurs vont-ils utiliser les constats sur la multimorbidité (ex. : les individus avec 5 maladies chroniques et plus coûtent 20 fois plus cher) pour guider leurs décisions ? Ainsi, pour un décideur, le fait de reconnaître, à l'aide de données probantes, que la multimorbidité constitue une problématique suffisamment importante pour s'en occuper représente le premier défi avant d'arriver à des actions concrètes.

De plus, il a été porté à notre attention par l'audience que l'utilisation régionale d'une donnée sur la multimorbidité était une réalité dont il fallait tenir compte. En effet, une même mesure peut résonner différemment en fonction de l'acteur à qui elle est présentée. Une donnée en chiffre qui est beaucoup plus tangible qu'un pourcentage, par exemple, peut servir de levier pour mettre en œuvre des actions par des groupes dans un réseau intersectoriel qu'il s'agisse de municipalités, d'organismes communautaires, d'élus, etc. Ces données peuvent également, notamment dans un contexte de santé publique, servir à mobiliser et à sensibiliser différents acteurs pour travailler en prévention et en promotion au-delà d'aider uniquement les décideurs.

Une autre préoccupation rapportée par l'auditoire est de pouvoir appliquer les mesures de multimorbidité aux régions plus éloignées qui ont moins de ressources. Les efforts de surveillance deviennent en effet plus complexes notamment parce que les données sont quasi absentes des banques de données administratives. Ceci accentue l'importance d'avoir un accès à des sources de données variées.

En conclusion, une mesure de la multimorbidité même imparfaite et comportant des limites est nécessaire dans un contexte de surveillance et, dans une perspective de santé publique, dans l'optique où elle permettrait d'avoir une idée de l'ampleur et du fardeau de la multimorbidité. Cette information serait essentielle pour grand nombre d'acteurs dans le réseau de la santé, des intervenants locaux aux décideurs. Pour y arriver, une meilleure collaboration des différents acteurs est nécessaire pour faciliter l'accès et l'utilisation des données qui sont disponibles et bonifier les sources de données. De ce fait, des acteurs comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les patients eux-mêmes devraient prendre part à la discussion. Dans un contexte où les ressources sont limitées, la concertation des différents acteurs concernés est primordiale afin de développer et d'utiliser une mesure populationnelle de la multimorbidité.

- Comme l'a dit Dr. Fortin : « Moi je rêve d'un jour où il y aura une concertation, où on s'assoit tous à la même table, les gens de tous les secteurs, et où on est capable tout en développant dans notre secteur, d'être sensible aux besoins des autres secteurs de façon à ce qu'on puisse développer un peu plus large et travailler ensemble.

8 Revue de presse

Lors de cette demi-journée, le colloque sur la multimorbidité a suscité un fort engouement aussi bien de la part du public que de la presse locale. En effet, il a fait l'objet d'une couverture médiatique par différents journaux, dont le Quotidien de Chicoutimi, Radio-Canada et le Journal de Québec. Les différents articles parus ont tous soulevé les effets de la multimorbidité et de certains déterminants associés comme la présence de troubles mentaux sur le système de santé autant au Québec que dans le reste du pays. Ils ont aussi mis l'accent sur l'augmentation de la prévalence de cette condition dans la population générale et sur le fardeau que cela cause sur le système de soins. Les liens vers ces articles se trouvent ci-dessous.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1100589/couts-exponentiels-maladies-chroniques-multiples>

<https://www.journaldequebec.com/2018/05/11/congres-de-lacfas-un-tsunami-inondera-le-systeme-de-sante>

<https://www.lequotidien.com/actualites/la-multimorbidite-entraîne-des-couts-de-25-milliards--par-annee-au-canada-4d39f3c8e812309d6c1a29fcc6044dad>

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca