300 000 raisons:

Survol des principaux défis en matière de soins des MII au Canada

EXA/CA/NON/0001
Novembre 2024

Introduction

La prévalence des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) augmente dans le monde et des millions de personnes sont en proie à ses effets invalidants[1,2]. Les deux principales formes de MII sont la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, des affections caractérisées par une inflammation chronique du tube digestif[3]. Les MII sont considérées comme des maladies invisibles, car leurs symptômes sont difficiles à percevoir par les tiers. C'est dans les pays développés en Amérique du Nord et en Europe que la fréquence de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn est la plus élevée[1].

Au Canada, plus de 300 000 personnes souffrent d'une MII et on prévoit que ce nombre atteindra environ 470 000 d'ici 2035, ce qui représente une augmentation de plus de 50 %[4,9]. Malgré cette prévalence croissante, les Canadiens aux prises avec une MII font face à de nombreux défis, parmi lesquels un retard dans l'établissement du diagnostic[5] et un risque accru de problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression[6].

Takeda estime qu'il est urgent de s'attaquer à ces défis de façon à améliorer la qualité des soins pour les patients et à pérenniser le système de santé canadien. C'est pour accroître la sensibilisation à ces enjeux que Takeda a lancé la campagne *300 000 raisons*, parce que pour les personnes touchées par ces maladies, les soins qu'elles reçoivent sont essentiels.

Comprendre les enjeux

Les MII sont des affections chroniques, complexes et imprévisibles dont le traitement comporte plusieurs défis, non seulement au chapitre de la prise en charge des manifestations gastro-intestinales et extra-intestinales de la maladie, mais aussi du traitement des troubles de santé mentale et de la détresse psychologique que ces maladies génèrent[5,6].

Pour mieux comprendre l'impact de ces défis, Takeda a parrainé un sondage mené auprès des Canadiens atteints d'une MII et de leurs aidants. Le sondage *300 000 raisons* a été réalisé par le groupe Léger, un chef de file en matière de recherche marketing en Amérique du Nord, entre le 21 et le 28 août 2024, auprès de 251 Canadiens, dont 130 personnes souffrant d'une MII et 121 aidants de personnes atteintes d'une MII[7].

Ce survol avait pour objectif de passer en revue les données actuelles sur les MII et les principaux résultats du sondage *300 000 raisons* et de mettre en lumière les domaines où des changements pourraient être apportés dans le système de santé canadien, afin d'optimiser les résultats thérapeutiques des patients et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une MII.

Prise en compte des répercussions sur la santé mentale

Les troubles de santé mentale non traités ont été associés à de moins bons résultats thérapeutiques chez les personnes atteintes de MII et à une augmentation des coûts pour nos systèmes de santé, avec notamment une hausse significative du risque de rechute de la maladie, de la fréquence des poussées, de l'inobservance thérapeutique et du nombre d'hospitalisations et de visites dans un service des urgences[5,6]

- Les patients atteints d'une MII sont de 1,5 à 2 fois plus susceptibles de présenter un trouble psychiatrique; on estime que 21 % des personnes atteintes de MII souffrent d'anxiété clinique et 15 %, de dépression clinique[6].

- Selon les résultats du sondage *300 000 raisons*, deux tiers (63 %) des Canadiens atteints de MII ont éprouvé des problèmes de santé mentale liés à leur MII, dont la moitié (51 %), des sentiments d'anxiété[7].

- Selon un sondage mené en 2024 par la Société canadienne de recherche intestinale (Société GI), 82 % des répondants aux prises avec une MII ont déclaré présenter un trouble de santé mentale[8].

- Les répondants qui ont rapporté des répercussions sur leur santé mentale étaient nettement plus susceptibles d'observer des effets néfastes sur leur travail, leurs études ou leur vie sociale :

  - 90 % d'entre eux ont signalé des répercussions comme de l'absentéisme ou une baisse de productivité, par rapport à 68 % de ceux qui n'avaient pas éprouvé de conséquences sur leur santé mentale[7].

  - 7 répondants sur 10 (67 %) ont dit constater des répercussions sur leurs relations intimes, leurs relations avec les membres de leur famille ou leurs amis et leur capacité à participer à des activités[7].

- Le sondage a également révélé que 3 Canadiens sur 4 considèrent que le soutien offert aux personnes atteintes de MII en matière de santé mentale est insuffisant, 9 patients atteints d'une MII sur 10 ayant indiqué que le soutien en santé mentale devrait faire partie intégrante de la planification du traitement de la MII[7].

- Compte tenu du lien entre les MII et la santé mentale, il est de plus en plus pressant de mieux intégrer les soins psychologiques et médicaux au sein des cliniques spécialisées en MII. Cependant, les coûts et la disponibilité limitée des psychologues spécialisés dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques représentent des obstacles à ce type de soins[4].

- Il serait également primordial de standardiser les évaluations psychologiques chez chaque personne atteinte de MII plutôt que de les réserver à celles qui rapportent des problèmes de santé mentale[4]. Les données probantes montrent en effet que ces évaluations et la prise en charge des problèmes de santé mentale sont liées à une réduction de l'anxiété, de la dépression, de la détresse générale, de l'utilisation de ressources de santé et du recours aux opioïdes et aux corticostéroïdes, de même qu'à une amélioration de la qualité de vie[5].

Retard dans l'établissement du diagnostic et l'accès aux soins

L'accès à des soins en temps opportun est important et a été associé à une diminution des retards dans l'établissement du diagnostic et à une amélioration des résultats thérapeutiques des patients atteints de MII[9,10]

- Selon l'article *Access to and Models of Care*, les processus d'orientation vers des spécialistes actuellement en place au Canada entraînent une prolongation des temps d'attente; le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic de MII dépasse six mois[5]. De plus, le temps d'attente avant d'accéder à certains examens ou interventions comme la radiologie, l'endoscopie et la chirurgie chez les patients atteints d'une MII est souvent très long[5].

- Le Rapport sur l'impact des MII au Canada de Crohn et colite Canada indique que l'insuffisance des ressources spécialisées et les difficultés d'accès aux gastroentérologues et aux options de surveillance, comme l'échographie intestinale, sont tous des facteurs menant à des lacunes en matière d'accès aux soins[4].

- Les résultats du sondage *300 000 raisons* montrent que 3 répondants sur 4 éprouvent des difficultés à obtenir des soins médicaux adéquats en temps opportun :

  - 43 % pointent les longs délais temps d'attente avant de pouvoir consulter un professionnel de la santé ou recevoir un traitement [7].
  - 1 patient sur 4 (22 %) avait dû attendre 6 mois ou plus avant d'être vu par un professionnel de la santé ou de recevoir un taitement adéquat[7].

- Compte tenu de ces délais, 81 % des répondants ont déclaré subir des répercussions sur leur santé, comme une aggravation de leurs symptômes, le cumul de problèmes médicaux et une augmentation du nombre de rendez-vous médicaux et de visites à l'hôpital[7]:

  - 40 % ont présenté des symptômes plus fréquents, prolongés ou sévères
  - 31 % ont dû consulter un médecin plus fréquemment
  - 28 % ont subi une rechute de leurs symptômes de MII
  - 28 % ont noté un cumul / une augmentation de leurs problèmes de santé physique
  - 24 % ont été hospitalisés et/ou se sont présentés dans un service des urgences

- Les disparités en matière d'utilisation des services de santé et les différences intraprovinciales entraînent aussi des inégalités en matière de santé au Canada.

- La situation est particulièrement marquée dans les communautés nordiques ou éloignées comme les territoires canadiens[11].

- À titre d'exemple, les autochtones sont plus susceptibles d'être hospitalisés que les autres patients atteints d'une MII [9], tandis que les patients aux prises avec une MII qui vivent dans des régions rurales ou de statut socio-économique inférieur sont plus à même de se présenter dans un service des urgences ou d'être hospitalisés que ceux qui vivent dans les centres urbains[9].

- On observe des disparités en ce qui a trait à l'accès aux soins, puisque si 18 % des Canadiens vivent en milieu rural, on n'y trouve que 8 % des médecins en exercice[11].

- Qui plus est, les patients doivent fréquemment composer avec des problèmes de communication entre les différents prestataires de soins, et ils constatent que les soins liés aux MII sont souvent cloisonnés[4].

- Pourtant, les modèles de soins multidisciplinaires améliorent les résultats thérapeutiques des Canadiens aux prises avec une MII, facilitent la communication entre les professionnels de la santé et favorisent l'accès en temps opportun à un diagnostic et aux soins[4].

- Compte tenu de l'augmentation prévue de la prévalence des MII au Canada, il est essentiel de diminuer les retards au chapitre du diagnostic et de l'accès à des soins efficaces, tout en s'assurant de réduire les inégalités en matière de santé en améliorant l'accès aux soins dans les communautés rurales ou autochtones, afin d'améliorer les résultats thérapeutiques des patients[9,10,11].

- Il faut accroître les ressources spécialisées offertes et l'accès aux gastroentérologues et à la télémédecine dans les régions éloignées, simplifier les processus d'orientation en misant sur des systèmes centralisés et des modèles de soins de santé intégrés, et favoriser les équipes multidisciplinaires permettant d'offrir des soins coordonnés et complets[9,10,11].

Accès en temps opportun aux traitements et aux soins

Au Canada, l'accès aux traitements et aux soins en temps opportun est essentiel pour garantir une prise en charge efficace de la maladie et des résultats à long terme favorables[4]

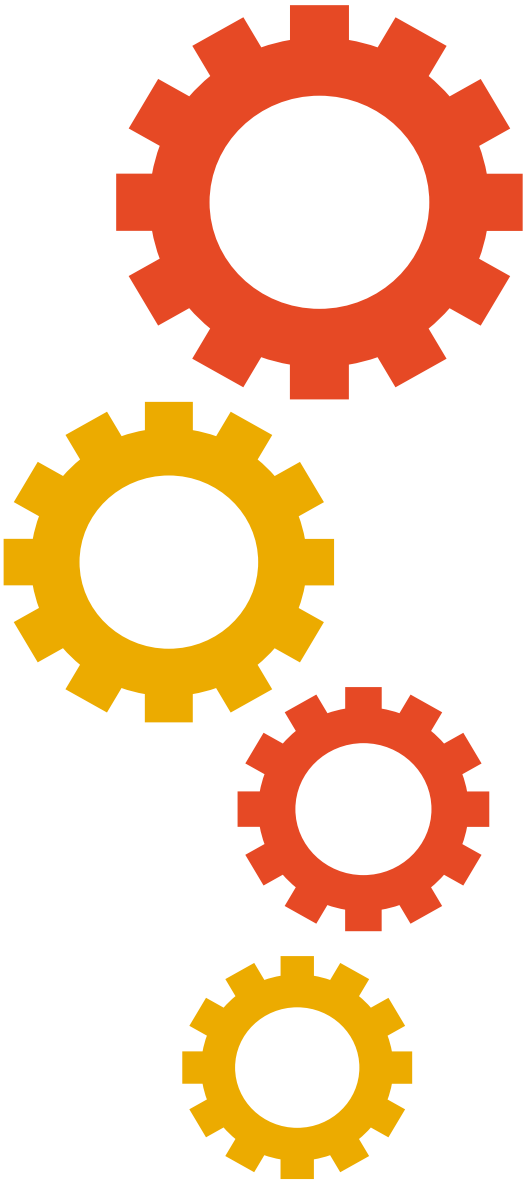
- Selon le Rapport sur l'impact des MII au Canada de Crohn et colite Canada, il est capital de réduire au maximum le recours aux corticostéroïdes, d'éviter les interventions chirurgicales et de viser une rémission durable de la maladie pour assurer une bonne prise en charge de toutes les personnes atteintes de MII[4].

- Il est impératif de sélectionner le bon traitement pour le bon patient au bon moment au cours de leur parcours thérapeutique. Comme chaque cas est différent, il n'existe pas d'approche universelle; il faut plutôt chercher à optimiser les résultats individuels par des choix thérapeutiques fondés sur des données probantes[9].

- Environ 7 patients sur 10 ont déclaré avoir essayé plus d'un médicament avant d'en trouver un qui soit efficace, et il a fallu plus d'un an à 42 % des patients pour trouver un médicament qui leur convienne[7].

- On observe des inégalités en matière de remboursement des médicaments en fonction de leur inscription sur les listes de médicaments et des critères qui varient selon les provinces et les régimes d'assurance privés. Selon le rapport *Access and Time to Patient Report du Conference Board of Canada*, les études montrent qu'en 2022, le délai moyen avant le remboursement par un régime public était de 736 jours (plus de 2 ans), soit le double du temps moyen observé dans des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comparables[12].

- Pour améliorer les soins aux personnes atteintes de MII au Canada, il faut faciliter l'accès aux traitements et à des plans de traitement personnalisés en temps opportun. Il est essentiel d'offrir des plans de traitement adaptés et personnalisés qui répondent aux besoins des patients, et de simplifier et d'accélérer le processus de remboursement des médicaments par les régimes provinciaux pour éliminer les disparités entre les régions et territoires et améliorer ainsi les résultats thérapeutiques.



Références

1. Ng, S.C. et al. (2017) 'Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st Century: A systematic review of population-based studies', The Lancet, 390(10114), pp. 2769–2778. doi:10.1016/s0140-6736(17)32448-0. Accessible au : Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies - PubMed (nih.gov) [Consulté le 4 avril 2024]

2. Seyedian, S., et al. (2019) 'A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease', Journal of Medicine and Life, 12(2), pp. 113–122. doi:10.25122/jml-2018-0075. Accessible au : A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease - PMC (nih.gov) [Consulté le 4 avril 2024]

3. Inflammatory Bowel Disease (IBD) Basics Accessible au : Inflammatory Bowel Disease (IBD) Basics | IBD | CDC [Consulté le 16 octobre 2024]

4. Crohn et colite Canada (2023). 2023 L'impact des maladies inflammatoires de l'intestin au Canada. Accessible au : https://crohnetcolite.ca/Crohns_and_Colitis/documents/reports/2023-IBD-Report-French-LR-v3.pdf?ext=.pdf. Consulté le 15 avril 2024]

5. Mathias H., et al. (2023) The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Access to and Models of Care. Canadian Association of Gastroenterology. 2023 Sep; 6(Suppl 2): S111–S12. doi: 10.1093/jcag/gwad007 Accessible au : The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Access to and Models of Care - PMC (nih.gov) [Consulté le 20 avril 2024]

6. Graff, L.A. et al. (2023). The 2023 impact of inflammatory bowel disease in Canada: Mental health and inflammatory bowel disease', Journal of the Canadian Association of Gastroenterology, S64–S75. 6(Supplement_2). doi:10.1093/jcag/gwad012. Accessible au : The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Mental Health and Inflammatory Bowel Disease - PMC (nih.gov) [Consulté le 25 mars 2024]

7. Takeda Canada Inc. (2024). Takeda 300,000 Reasons Why Survey. Conducted with participants from the Leger Opinion panel. Consulté septembre 2024.

8. The Gastrointestinal Society (2024). Survey results: Unmet needs in IBD 2024. Gastrointestinal Society. Survey Results: Unmet Needs in IBD 2024 - Gastrointestinal Society (badgut.org) [Consulté le 16 octobre 2024]

9. Kuenzig et al. The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Direct Health System and Medication Costs. Accessible au : The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Direct Health System and Medication Costs - PMC (nih.gov) [Consulté le 16 octobre 2024]

10. Nguyen, G.C. et al. (2011) Outcomes of patients with Crohn's disease improved from 1988 to 2008 and were associated with increased specialist care. Gastroenterology. 141(1), pp 90-97. doi:10.1053/j.gastro.2011.03.050. Accessible au : Outcomes of patients with Crohn's disease improved from 1988 to 2008 and were associated with increased specialist care - PubMed (nih.gov) [Consulté le 25 mars 2024]

11. Wilson CR et al. Progress made on access to rural health care in Canada. Can Fam Physician. 2020 Jan;66(1):31–6. PMCID: PMC7012120. Progress made on access to rural health care in Canada - PMC (nih.gov) [Consulté le 16 octobre 2024]

12. Conference Board of Canada, The. Access and Time to Patient: Prescription Drugs in Canada. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2024. (n.d.). https://www.conferenceboard.ca/wp-content/uploads/2022/10/access-and-time-to-patient_jan2024.pdf

Droits d'auteur 2024 Takeda Pharmaceutical Company Limited. Tous droits réservés. Takeda et le logo Takeda sont des marques déposées de Takeda Pharmaceutical Company Limited, utilisées sous licence.

EXA/CA/NON/0001
Date de préparation : Novembre 2024