



Décembre 2009

Utilisation de l'inhibiteur de la pompe à protons par les personnes âgées : une analyse des demandes de remboursement de médicaments, 2001 à 2008

Introduction

Selon les estimations, les affections liées à l'acidité dans le système gastro-intestinal touchent environ 29 % des adultes canadiens¹. La prévention et le traitement de ces affections passent par un vaste éventail de médicaments et d'interventions non médicamenteuses. Deux classes de médicament sont couramment utilisées : les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2).

L'utilisation du premier IPP, l'oméprazole a été approuvée au Canada en 1989, suivi du lansoprazole en 1995, du pantoprazole en 1997, de l'ésooméprazole en 2001 et du rabéprazole en 2002. Les anti-H2 comme la ranitidine, la cimétidine et la famotidine sont apparus au Canada une dizaine d'années avant le premier IPP. Constamment, depuis l'arrivée des IPP, l'usage des anti-H2 a peu à peu fait place à l'usage des IPP.

Les IPP et les anti-H2 servent à traiter des affections telles que le reflux gastro-œsophagien (RGO), l'œsophagite par reflux (peptique) et l'ulcère gastroduodéal (UGD). Ils sont également utilisés pour l'éradication de l'*Helicobacter pylori* et dans la prévention et le traitement des ulcérations causées par des médicaments comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)². Les IPP se sont révélés plus efficaces que les anti-H2 pour dissiper les symptômes de telles affections, ainsi que pour les traitements d'entretien et la prévention des rechutes²⁻⁶.

Les IPP sont généralement considérés comme des médicaments sécuritaires entraînant peu d'effets indésirables⁷⁻⁹. Cependant, certaines préoccupations prennent de plus en plus d'ampleur quant aux effets indésirables associés à l'utilisation sur de longues périodes et à dose élevée d'un IPP, par exemple des infections intestinales comme celle à *Clostridium difficile*, la pneumonie d'origine communautaire et un risque accru de fracture de la hanche liée à l'ostéoporose⁸⁻¹¹. Une étude récente a fait état d'un risque accru de fracture liée à l'ostéoporose lorsque les IPP sont utilisés de façon continue pendant sept ans ou plus¹¹. Les lignes directrices recommandent que le traitement d'entretien à long terme pour une affection comme le RGO soit prescrit à la dose la plus faible et la moins fréquente afin de contrôler les symptômes des patients³.

En 2007, selon les estimations, les Canadiens ont dépensé 1,4 milliard de dollars pour des médicaments antiacides sur ordonnance; environ la moitié de cette somme est attribuable aux personnes âgées¹². Toujours en 2007, les dépenses de médicaments antiacides représentaient 7,4 % des dépenses totales pour des médicaments sur ordonnance¹². Une fois ajustées pour tenir compte de l'inflation, les dépenses globales pour cette classe de médicament ont presque doublé entre 1998 et 2007¹². Selon les données sur les demandes de remboursement de médicaments tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), on estime qu'environ 90 % des dépenses liées aux antiacides sur ordonnance sont attribuables aux IPP. La hausse de l'utilisation des IPP se manifeste également dans d'autres pays, et certaines études laissent entendre que les IPP font l'objet d'une surutilisation¹³⁻¹⁵.

La présente analyse a pour objet d'examiner les tendances en matière d'utilisation des IPP chez les personnes âgées (définies comme ayant 65 ans ou plus aux fins de l'analyse) de 2001-2002 à 2007-2008, à l'aide des données sur les demandes de remboursement de médicaments auprès des régimes publics d'assurance-médicaments en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard. L'analyse compare les IPP et les anti-H2 relativement à l'utilisation et aux dépenses associées, et ventilerait l'utilisation des IPP selon l'âge et le sexe. Elle examine également l'influence que la posologie et la durée des traitements à l'aide d'IPP peuvent avoir sur la tendance générale observée dans l'utilisation de cette classe de médicament.

Méthodes

Médicaments visés

Les IPP et les anti-H2 ont été recensés à l'aide des numéros d'identification des médicaments (DIN) attribués par Santé Canada ainsi que des codes de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé, c'est-à-dire A02BC (IPP) et A02BA (anti-H2). Toutes les formes posologiques et le dosage de ces produits chimiques disponibles au Canada pendant la période d'étude ont été inclus. Les IPP inclus dans la présente étude sont l'oméprazole, le pantoprazole, le lansoprazole, l'ésooméprazole et le rabéprazole. L'oméprazole, le pantoprazole et le lansoprazole étaient offerts au Canada pendant toute la période d'étude. L'ésooméprazole est arrivé en août 2001 et le rabéprazole, en avril 2002. Les anti-H2 inclus dans l'étude sont la cimétidine, la ranitidine, la famotidine et la nizatidine. Ces produits chimiques étaient tous disponibles au Canada pendant toute la période d'étude.

L'oméprazole a été le premier IPP disponible en version générique au Canada, en janvier 2004. Des versions génériques du pantoprazole et du rabéprazole ont suivi, en avril et en novembre 2007 respectivement. La première version générique du lansoprazole n'a été disponible qu'en juin 2009, soit après la fin de la période d'étude. En date d'août 2009, aucune version générique de l'ésooméprazole n'était sur le marché au Canada.

Il importe de souligner que deux anti-H2, la ranitidine et la famotidine, étaient disponibles sans ordonnance au Canada pendant la période d'étude. La famotidine 10 mg était disponible sans ordonnance (en vente libre) pendant toute la période d'étude, tandis que le dosage de 20 mg l'a été au début de février 2007. La ranitidine 75 mg était disponible sans ordonnance pendant toute la période d'étude, tandis que le dosage de 150 mg l'a été au début de février 2007. Or, le SNIUMP ne contient pas de données sur les médicaments achetés sans ordonnance. Par conséquent, le taux d'utilisation d'anti-H2 indiqué dans la présente analyse pourrait être moins élevé que le taux réel d'utilisation au sein de la population étudiée. Cependant, sans analyses plus poussées, on ne peut savoir dans quelle mesure le taux est sous-estimé, le cas échéant.

SNIUMP

Les données sur les demandes de remboursement de médicaments utilisées dans la présente analyse sont tirées du SNIUMP, telles qu'elles ont été soumises par les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. Il s'agit d'une base de données pancanadienne qui contient des renseignements liés aux formulaires utilisés par les régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments, aux politiques des régimes ainsi qu'aux statistiques sur la population. Le SNIUMP est conçu de façon à fournir des données qui appuient des analyses comparatives exactes et pertinentes et les exigences en matière de déclaration, en vue de l'élaboration d'une politique pharmaceutique éclairée et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada.

Le SNIUMP comprend :

- Les demandes approuvées par les régimes publics d'assurance-médicaments, que ce soit pour remboursement ou pour l'application d'une franchiseⁱ. Les demandes sont versées dans la base de données, que le patient ait utilisé ou non le médicament.

Le SNIUMP ne comprend pas de données concernant :

- les ordonnances qui ont été délivrées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances qui ont été exécutées, mais pour lesquelles les coûts des médicaments n'ont fait l'objet d'aucune demande de remboursement, ou qui ont été rejetées par les régimes publics;
- le diagnostic ou le problème de santé à l'origine de l'ordonnance.

i. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les demandes de remboursement acceptées dans le cas des personnes qui sont admissibles à un régime provincial d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas soumis une demande de couverture et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise déterminée.

Calcul de la dose quotidienne moyenne

La dose quotidienne moyenne pour les IPP a été calculée selon le produit chimique. La dose exécutée de chaque demande de remboursement a été calculée comme étant la quantité exécutée (mesurée selon le nombre de comprimés ou de capsules) multipliée par la teneur du produit. Les demandes dont la quantité était zéro ou supérieure à 365 comprimés ont été exclues (moins de 0,1 % de l'ensemble des demandes). La durée prévue de chaque demande de remboursement a ensuite été calculée comme étant la différence entre sa date de service et la date de service de la demande suivante pour le même patient et le même produit chimique. La dernière demande de remboursement de chaque patient pour chaque produit chimique, de même que les cas où la différence entre deux demandes consécutives pour un même patient et un même produit chimique était supérieure à 365 jours, ont été exclus (9,6 % de l'ensemble des demandes). Il est à noter que le fait d'utiliser le nombre de jours entre les demandes de remboursement pour estimer la durée d'un traitement peut occasionner une surestimation de cette durée si un patient cesse un traitement pour ensuite le reprendre et, par le fait même, en une sous-estimation de la dose quotidienne moyenne utilisée pendant le traitement. Même si l'exclusion des demandes de remboursement sans demande subséquente dans les 365 jours qui suivent réduit un tel risque, il faut reconnaître que cette méthode peut entraîner une sous-estimation de la dose quotidienne moyenne.

La dose et la durée précisées dans les demandes de remboursement ont ensuite été additionnées selon l'exercice et le produit chimique. La dose quotidienne moyenne pour chaque exercice financier et chaque produit chimique a été calculée comme étant la dose totale divisée par la durée totale. Étant donné que la durée, dans certains cas, était calculée sur plus d'un exercice, la dose quotidienne moyenne pour l'exercice 2007-2008 n'a donc pas été déclarée (impossible de consulter les demandes de l'exercice « suivant »). Les demandes de remboursement de 2007-2008 ont servi à calculer la durée des demandes de 2006-2007, le cas échéant.

Pour les besoins de l'étude, la dose quotidienne moyenne a été subdivisée en classes selon qu'il s'agissait de dose quotidienne faible, dose quotidienne intermédiaire et dose quotidienne élevée. La dose quotidienne faible a été définie comme une dose quotidienne moyenne inférieure ou égale à 0,5 fois la dose thérapeutique quotidienne (DTQ)ⁱⁱ, la dose quotidienne intermédiaire correspond à une dose quotidienne moyenne supérieure à 0,5 fois et inférieure à 1,5 fois la DTQ, et la dose quotidienne élevée correspond à une dose quotidienne moyenne supérieure ou égale à 1,5 fois la DTQ.

ii. Les DTQ sont déterminées par l'Organisation mondiale de la Santé dans son système de classification anatomique thérapeutique chimique, et sont considérées comme la dose moyenne quotidienne pour la principale indication d'un médicament chez l'adulte. Les DTQ des IPP sont de 20 mg pour l'oméprazole, 30 mg pour le lansoprazole, 40 mg pour le pantoprazole, 20 mg pour le rabéprazole et 30 mg pour l'ésooméprazole.

Comparabilité des données

Normalisation selon l'âge

Les taux provinciaux ont été ajustés selon l'âge au moyen d'une méthode de normalisation directe fondée sur la population de personnes âgées au Canada au 1^{er} octobre 2007. Les groupes d'âge de 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans ou plus ont été utilisés pour effectuer la normalisationⁱⁱⁱ.

Comparaison des régimes d'assurance-médicaments

Bien que les personnes âgées (65 ans ou plus) aient accès à des régimes d'assurance-médicaments dans les six provinces incluses dans l'analyse, chacun des régimes est administré de façon différente. Ces différences peuvent avoir un effet sur l'utilisation des médicaments dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments et, par le fait même, sur les demandes de remboursement soumises au SNIUMP. L'une des principales différences réside en ce que l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard offrent tous des régimes d'assurance-médicaments conçus expressément pour les personnes âgées (bien que certaines personnes âgées peuvent être couvertes par d'autres régimes provinciaux offerts aux personnes de tout âge), tandis que les personnes âgées du Manitoba sont couvertes en vertu d'un régime d'assurance-médicaments universel, offerts aux personnes de tout âge. Avant le 1^{er} juillet 2007, les personnes âgées de la Saskatchewan étaient également couvertes en vertu d'un régime d'assurance-médicaments universel offert aux personnes de tout âge. On note également d'autres différences, par exemple le montant que les personnes âgées doivent payer pour les médicaments au moyen de primes, de franchises ou de copaiements. Les personnes âgées non couvertes par le régime public d'assurance-médicaments peuvent soit être couvertes par un régime privé, soit payer elles-mêmes les coûts des médicaments.

Dans l'ensemble des six provinces, les personnes âgées couvertes par une commission provinciale des accidents du travail ou un régime fédéral d'assurance-médicaments ne sont pas admissibles à l'assurance-médicaments provinciale. Les régimes fédéraux d'assurance-médicaments comprennent ceux gérés par :

- les Forces canadiennes;
- le Service correctionnel du Canada;
- Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones;
- la Gendarmerie royale du Canada;
- Anciens Combattants Canada.

iii. Les données démographiques sont tirées de Statistique Canada, Division de la démographie, tableaux spéciaux, juin 2009¹⁶. Les estimations de la population pour les années 2001-2002 à 2005-2006 sont considérées comme définitives, tandis que des estimations provisoires ont été utilisées pour les années 2006-2007 à 2007-2008.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, veuillez consulter le *Document d'information sur les régimes du SNIUMP*, à l'adresse www.icis.ca/medicaments.

Comparaison des formulaires

Les différences dans les types de médicaments remboursés selon les formulaires provinciaux, qui peuvent aussi entraîner des différences dans l'utilisation des médicaments, sont mises en évidence afin de mettre en contexte les comparaisons interprovinciales. Cette comparaison décrit les couvertures des formulaires en ce qui a trait aux IPP en date du 31 mars 2008, soit à la fin de la période d'étude.

Dans l'ensemble, certaines différences ressortent dans la couverture des IPP entre les six provinces, selon que les produits chimiques faisaient partie des médicaments entièrement remboursés ou à couverture limitée ou restreinte. En général, la couverture des IPP pour le premier traitement d'affections comme le RGO et l'ulcère gastroduodéal varie entre 8 et 12 semaines. Le traitement d'entretien peut aussi être couvert, mais parfois le dosage sera moins élevé. Une couverture à long terme est offerte pour des affections telles que l'œsophagite de Barrett, l'œsophagite érosive et le syndrome de Zollinger-Ellison.

L'oméprazole et le rabéprazole sont entièrement couverts en Alberta. En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, ces deux produits chimiques sont entièrement couverts dans le cas des doses allant jusqu'à 20 mg par jour. Le médecin, s'il veut offrir des doses plus élevées de ces produits, doit soumettre une demande individuelle pour chaque patient. Dans les trois autres provinces, le médecin qui souhaite obtenir une couverture doit soumettre une demande pour chaque patient, et la couverture est restreinte à une durée qui varie de 8 à 12 semaines. Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, la couverture est restreinte aux patients qui ne répondent pas aux anti-H2 ou qui présentent des réactions inhabituelles à cette classe de médicament. Au Nouveau-Brunswick, les ordonnances rédigées par un gastroentérologue ne nécessitent pas de demande écrite.

Le lansoprazole et le pantoprazole sont des médicaments à couverture restreinte dans toutes les provinces sauf l'Alberta, où ils sont entièrement remboursés. Dans les provinces où ces produits sont des médicaments à couverture restreinte, le médecin qui souhaite obtenir une couverture doit soumettre une demande pour chaque patient, et la couverture est restreinte à une durée qui varie de 8 à 12 semaines. Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, la couverture est restreinte aux patients qui ne répondent pas aux anti-H2 ou qui présentent des réactions inhabituelles à cette classe de médicament. En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, la couverture est restreinte aux patients qui ne tolèrent pas l'oméprazole ni le rabéprazole ou chez lesquels ces produits n'ont pas été efficaces. Au Nouveau-Brunswick, les ordonnances rédigées par un gastroentérologue ne nécessitent pas de demande écrite.

L'ésooméprazole n'est pas couvert en Alberta, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard; cependant, ce produit est un médicament à couverture restreinte au Manitoba et en Saskatchewan.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Depuis 2006, les IPP sont des médicaments à couverture restreinte au Manitoba. Auparavant, ils étaient classés dans les médicaments à couverture limitée. Bien que la couverture limitée et la couverture restreinte ne s'appliquent qu'aux patients qui satisfont à des critères définis, la couverture restreinte exige que le patient (ou le médecin prescripteur) obtienne une autorisation préalable avant de présenter une demande de remboursement. Les médicaments à couverture limitée peuvent, quant à eux, être approuvés automatiquement au moment de la présentation de la demande. Les changements apportés à la couverture des formulaires au Manitoba peuvent avoir contribué à la diminution de l'utilisation des IPP dans la province au cours des deux dernières années de la période d'étude.

En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, l'oméprazole et le rabéprazole sont entièrement couverts depuis 2008 pour des dosages allant jusqu'à 20 mg par jour. Avant 2008, ils étaient classés dans les médicaments à couverture restreinte. Ces changements de couverture pour l'oméprazole et le rabéprazole en 2008 ont peut-être contribué à l'utilisation accrue d'IPP affichée dans ces deux provinces en 2007-2008. Le Nouveau-Brunswick a aussi connu un changement semblable en 2008, mais seulement après la fin de la période d'étude.

Bien qu'en Saskatchewan, les IPP aient été des médicaments à couverture restreinte tout au long de la période d'étude, le coût maximal par unité (c'est-à-dire par comprimé ou par capsule) couvert par le régime d'assurance-médicaments a été modifié en juillet 2004. Ce changement ne semble pas avoir modifié de façon significative le taux général d'utilisation des IPP en Saskatchewan, mais il a pu influencer l'utilisation au niveau des produits chimiques de même que les coûts globaux des IPP dans la province. Cependant, il faudrait procéder à des analyses plus poussées pour évaluer toute incidence qu'a pu avoir ce changement de politique.

En Alberta, le taux plus élevé d'utilisation des IPP est peut-être attribuable à la couverture intégrale des formulaires en ce qui concerne quatre IPP. Sans analyse plus poussée, il est difficile d'évaluer les incidences, le cas échéant, que peuvent avoir cette situation et d'autres différences de couverture sur l'utilisation des IPP dans les provinces. Plusieurs autres facteurs peuvent influencer sur l'utilisation des médicaments, par exemple la santé de la population, les tendances en matière de prescription et l'accès aux traitements sans ordonnance et non médicamenteux. Compte tenu des différences d'utilisation dans des provinces qui offrent des couvertures comparables, des facteurs autres que les différences dans la couverture des formulaires contribuent sans doute aux variations provinciales.

Définitions

1. **Demandeurs** : les personnes âgées dont au moins une demande a été acceptée par les régimes publics d'assurance-médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour l'application d'une franchise^{iv}.
2. **Utilisateurs d'IPP** : les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement pour un IPP pendant une année donnée.
3. **Utilisateurs d'anti-H2** : les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement pour un anti-H2 pendant une année donnée.
4. **Utilisateurs chroniques d'IPP** : les personnes âgées ayant présenté au moins trois demandes de remboursement pour un IPP pendant une année donnée et pour au moins 180 jours d'utilisation.
5. **Utilisateurs chroniques d'AINS** : les personnes âgées ayant présenté au moins trois demandes de remboursement pour un AINS pendant une année donnée et pour au moins 180 jours d'utilisation.

Limites

Puisque le SNIUMP ne contient pas de données sur les diagnostics ou sur les affections pour lesquelles un médicament est prescrit, l'indication quant au traitement ne peut être confirmée.

Les données pancanadiennes sur les demandes de remboursement dans le cas des patients de moins de 65 ans n'étaient pas disponibles aux fins de la présente étude. Par contre, à l'aide des données du SNIUMP provenant de la Saskatchewan et du Manitoba, on a pu déterminer que le taux d'utilisation d'IPP chez les patients de moins de 65 ans était de 4,8 %, c'est-à-dire moins du tiers de celui des personnes âgées dans ces deux provinces (16,4 %).

Profil des personnes âgées qui soumettent des demandes de remboursement

En 2007-2008, il y avait 367 033 personnes âgées (65 ans ou plus) en Alberta, 150 589 en Saskatchewan, 164 506 au Manitoba, 111 474 au Nouveau-Brunswick, 141 815 en Nouvelle-Écosse et 20 715 à l'Île-du-Prince-Édouard¹⁶.

La proportion de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été approuvées par les régimes publics d'assurance-médicaments de ces provinces variait de 57,0 % au Nouveau-Brunswick à 89,5 % au Manitoba (voir l'annexe). Les pourcentages moins élevés au Nouveau-Brunswick (57,0 %) et en Nouvelle-Écosse (67,9 %) sont

iv. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les demandes de remboursement acceptées dans le cas des personnes âgées qui sont admissibles à un régime provincial d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas soumis une demande de couverture et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise déterminée.

probablement attribuables à la structure du régime d'assurance-médicaments. Les personnes âgées non couvertes par le régime public d'assurance-médicaments peuvent soit être couvertes par un régime privé, soit payer elles-mêmes les coûts des médicaments. Il est à noter que les chiffres sur la population totale comprennent les personnes âgées qui n'étaient pas admissibles à l'assurance-médicaments provinciale, comme celles couvertes par un régime fédéral d'assurance-médicaments. Il importe également de souligner que les chiffres sur la population totale présentent la population à un moment précis, tandis que les chiffres sur la population de demandeurs représentent le nombre de personnes ayant soumis une demande de remboursement tout au long d'une année donnée.

La répartition selon l'âge dans la population de demandeurs âgés varie dans les six provinces. La Saskatchewan enregistre la proportion la plus élevée de demandeurs de plus de 85 ans (16,3 %), tandis que l'Alberta enregistre la plus faible (12,6 %) (voir l'annexe).

Analyse

Aperçu des tendances quant aux demandes de remboursement pour l'utilisation d'IPP

L'analyse examine les tendances en matière d'utilisation d'IPP chez les personnes âgées (65 ans ou plus) couvertes par des régimes publics d'assurance-médicaments en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard de 2001-2002 à 2007-2008. Elle compare l'utilisation et les dépenses associées aux IPP par rapport aux anti-H2, et ventile l'utilisation des IPP selon l'âge et le sexe. L'analyse examine également l'influence que peuvent avoir les doses et la durée des traitements à l'aide d'IPP sur la tendance générale en matière d'utilisation des IPP.

Dépenses liées aux IPP

Les dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments liées aux IPP, selon les demandes réglées dans cinq provinces^v, ont augmenté à un taux annuel moyen de 8,9 % au cours de la période d'étude, passant de 41,8 millions de dollars en 2001-2002 à 69,8 millions de dollars en 2007-2008. Ces dépenses représentaient 7,6 % des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments en 2001-2002 et 7,3 % en 2007-2008 (tableau 1).

Le pantoprazole représentait la part la plus importante des dépenses des régimes d'assurance-médicaments liées aux IPP en 2007-2008 (34,9 %), suivi de l'oméprazole (27,9 %), du lansoprazole (20,8 %), du rabéprazole (15,4 %) et de l'ésoméprazole (1,1 %).

v. Ces chiffres ne comprennent pas les données de l'Île-du-Prince-Édouard, puisqu'elles n'étaient pas disponibles avant 2004-2005.

Tableau 1 Dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments liées aux IPP utilisés par les personnes âgées*, par produit chimique, 2007-2008

Produit chimique	Dépenses des régimes d'assurance-médicaments (en millions de dollars)	Pourcentage des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments	Pourcentage des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments liées aux IPP
Pantoprazole	24,3	2,6	34,9
Oméprazole	19,5	2,0	27,9
Lansoprazole	14,5	1,5	20,8
Rabéprazole	10,7	1,1	15,4
Ésoméprazole	0,8	0,1	1,1
Total	69,8	7,3	100,0

Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Pendant la période d'étude, les dépenses annuelles moyennes liées aux IPP par demandeur âgé ont diminué de 7,6 %, passant de 462 \$ en 2001-2002 à 427 \$ en 2007-2008. En 2007-2008, le lansoprazole est l'IPP qui entraînait les dépenses les plus élevées par demandeur (536 \$), suivi du pantoprazole (508 \$), de l'oméprazole (333 \$), de l'ésooméprazole (301 \$) et du rabéprazole (275 \$).

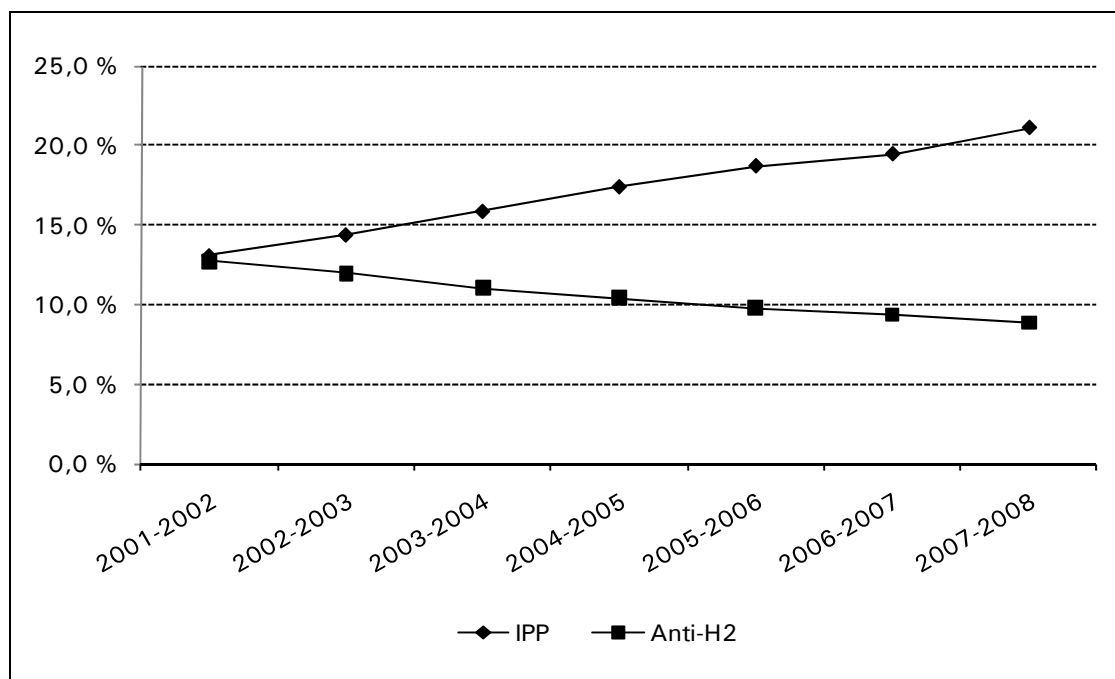
La baisse des dépenses pour des IPP par demandeur semble attribuable, du moins en partie, à l'arrivée sur le marché d'une version générique de l'oméprazole en 2004. De fait, l'oméprazole est le seul produit chimique pour lequel les dépenses par demandeur ont diminué pendant la période d'étude. Plusieurs facteurs ont pu contribuer aux différences de coûts par demandeur selon les différents IPP, notamment les tendances en matière de prescription (par exemple, la posologie et la durée du traitement), les différences de prix, la disponibilité d'équivalents génériques et les différences d'inscription au formulaire.

Utilisation des IPP

Le taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP dans les cinq provinces a augmenté, passant de 13,1 % en 2001-2002 à 21,1 % en 2007-2008, pour un taux d'accroissement annuel moyen de 8,2 % pendant la période d'étude (figure 1). L'augmentation de l'utilisation d'IPP coïncide avec une diminution du taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'anti-H2, une classe de médicament adoptée avant les IPP et utilisée pour traiter sensiblement les mêmes affections. L'utilisation d'anti-H2 a chuté de 12,7 % en 2001-2002 à 8,8 % en 2007-2008^{vi}.

vi. Il importe de souligner que deux des anti-H2, la ranitidine et la famotidine, étaient également offerts sans ordonnance au Canada pendant la période d'étude. (Pour plus de détails, consulter la section Médicaments visés dans la présente Analyse en bref.)

Figure 1 Taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP et d'anti-H2 chez les demandeurs âgés adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, selon la classe de médicament, 2001-2002 à 2007-2008



Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

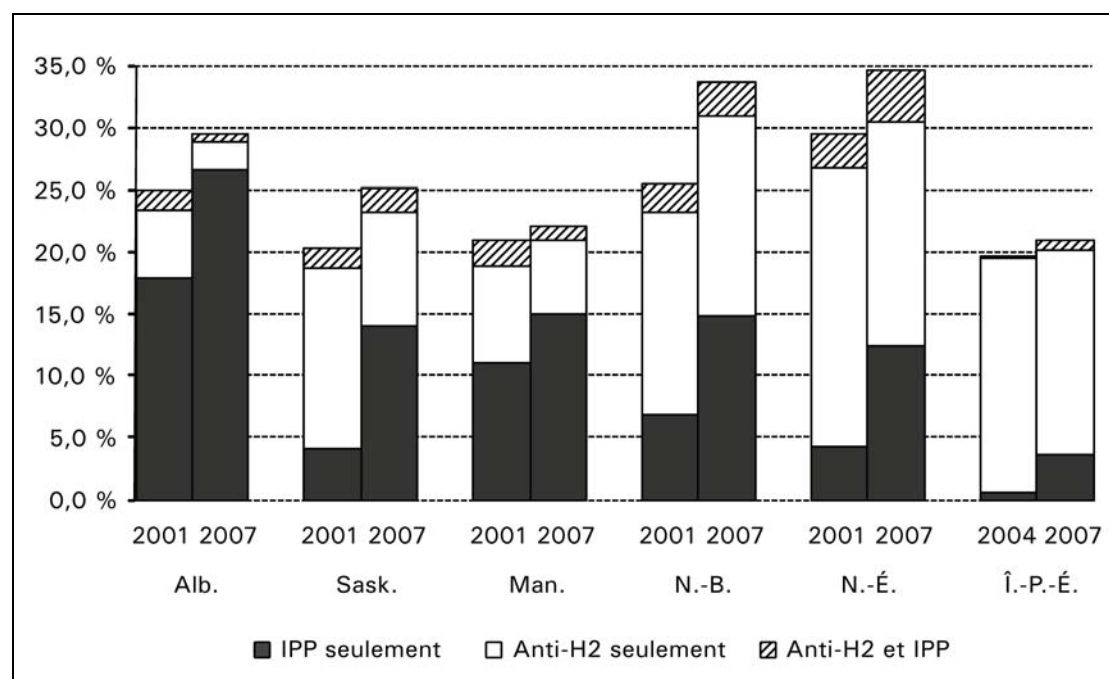
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les changements de taux d'utilisation d'IPP et d'anti-H2 semblent en partie attribuables aux patients, qui délaissent les anti-H2 au profit des IPP. Parmi les utilisateurs d'anti-H2 en 2002-2003 qui utilisaient toujours un médicament sur ordonnance pour des troubles d'acidité en 2007-2008, 51,8 % sont passés aux IPP, tandis que parmi les utilisateurs d'IPP en 2002-2003 qui prenaient toujours un médicament sur ordonnance pour des troubles d'acidité en 2007-2008, seulement 8,3 % sont passés à un anti-H2.

Les changements dans le type de médicament utilisé ont été déterminés en comparant l'utilisation durant la première année et durant la dernière année de la période d'étude. Cette méthode ne tient donc pas compte des changements temporaires ou de courte durée qui ont pu survenir pendant la période d'étude. Le pourcentage de personnes âgées ayant présenté des demandes de remboursement pour des IPP et des anti-H2 au cours de la même année (figure 2) donne une indication de la fréquence des changements de courte durée.

La figure 2 présente le taux normalisé selon l'âge et le sexe de demandeurs âgés qui utilisent un IPP, un anti-H2 ou les deux, par province. Elle montre les taux d'utilisation en 2001-2002 et en 2007-2008 dans toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard qui affiche les taux de 2004-2005 et 2007-2008. Dans l'ensemble des six provinces, le taux d'utilisation des IPP a augmenté pendant la période indiquée, tandis que le taux d'utilisation des anti-H2 a diminué. La proportion de demandeurs âgés qui utilisent les deux classes de médicament au cours d'une même année demeure relativement stable dans les six provinces. Bien qu'on observe une certaine variation entre les provinces dans la proportion de demandeurs âgés qui prennent indifféremment un IPP ou un anti-H2, cette variation est très inférieure à celle observée dans les taux d'utilisation distincte de l'une ou l'autre de ces classes de médicament. Les différences entre les taux d'utilisation d'IPP et les taux d'utilisation d'anti-H2 entre les provinces pourraient être partiellement attribuables aux différences de couverture des formulaires.

Figure 2 Taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP et d'anti-H2 chez les demandeurs âgés adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, par province, 2001-2002 et 2007-2008



Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

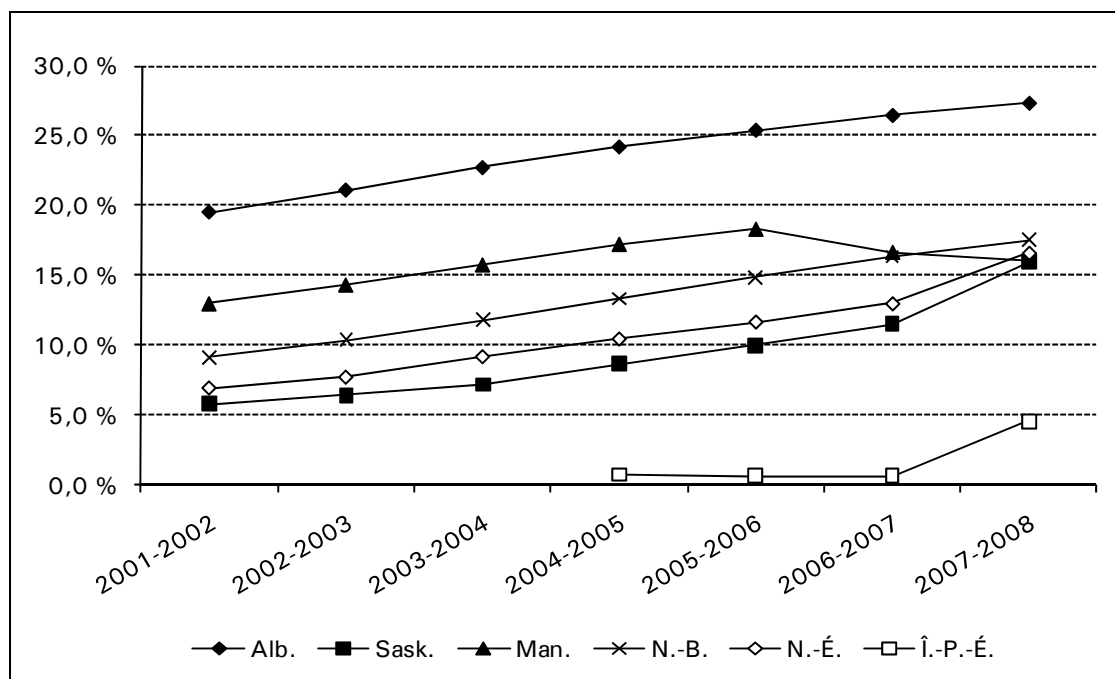
Le taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP a augmenté dans chacune des cinq provinces pour lesquelles les données de 2001-2002 et 2007-2008 étaient disponibles (figure 3). Le taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP à l'Île-du-Prince-Édouard a également augmenté entre 2004-2005 et 2007-2008. En 2001-2002, le taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP chez les personnes âgées variait de 5,8 % en Saskatchewan à 19,5 % en Alberta. En 2007-2008, ce taux variait de 4,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 27,4 % en Alberta.

Dans l'ensemble des provinces, le taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP chez les demandeurs âgés a augmenté chaque année au cours de la période d'étude, sauf au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard. En effet, au Manitoba, l'utilisation d'IPP a diminué au cours des deux dernières années de la période d'étude, à la suite d'un changement apporté aux inscriptions aux formulaires touchant les IPP en 2006^{vii}. À l'Île-du-Prince-Édouard, le taux d'utilisation d'IPP est demeuré relativement stable entre 2004-2005 et 2006-2007, avant de connaître une hausse importante en 2007-2008. Cette hausse est survenue à la suite d'un changement au formulaire touchant la couverture intégrale de certaines doses d'oméprazole et de rabéprazole.

Pour le reste de l'analyse, les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont exclues de toutes les analyses globales (c'est-à-dire qui n'ont pas été effectuées à l'échelle provinciale) incluant les années antérieures à 2004-2005, puisqu'elles n'étaient pas disponibles pour ces années.

vii. Pour plus de détails, consulter la section Comparaison des formulaires dans la présente Analyse en bref.

Figure 3 Taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'un IPP chez les personnes âgées adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, par province, 2001-2002 à 2007-2008



Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009.

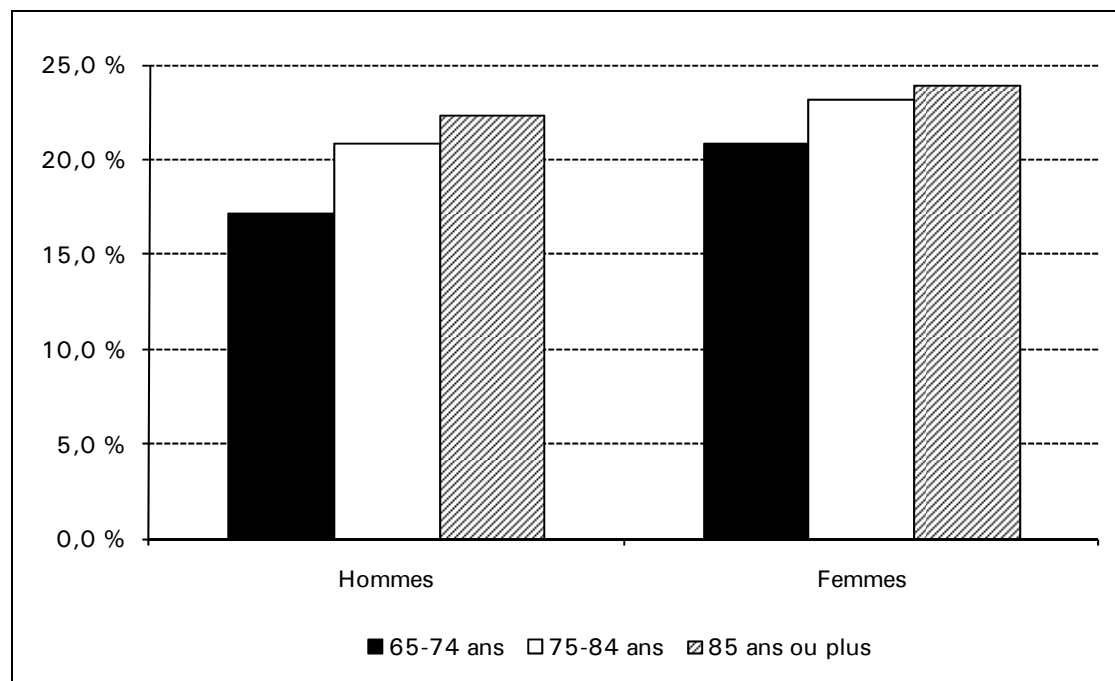
Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tendances des demandes de remboursement d'IPP — âge et sexe

Les femmes et les personnes très âgées présentaient les taux d'utilisation d'IPP les plus élevés (figure 4). En 2007-2008, le taux d'utilisation d'IPP chez les femmes âgées était de 22,2 %, comparativement à 19,0 % chez les hommes ayant soumis une demande de remboursement. Parmi les hommes et les femmes âgés, le taux d'utilisation d'IPP le plus faible a été enregistré chez les personnes de 65 à 74 ans (17,2 % pour les hommes et 20,9 % pour les femmes), alors que le taux le plus élevé a été enregistré chez celles de 85 ans ou plus (22,3 % pour les hommes et 23,9 % pour les femmes).

Figure 4 Taux d'utilisation d'IPP chez les demandeurs âgés adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, par groupe d'âge et par sexe, 2007-2008



Remarque

* Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

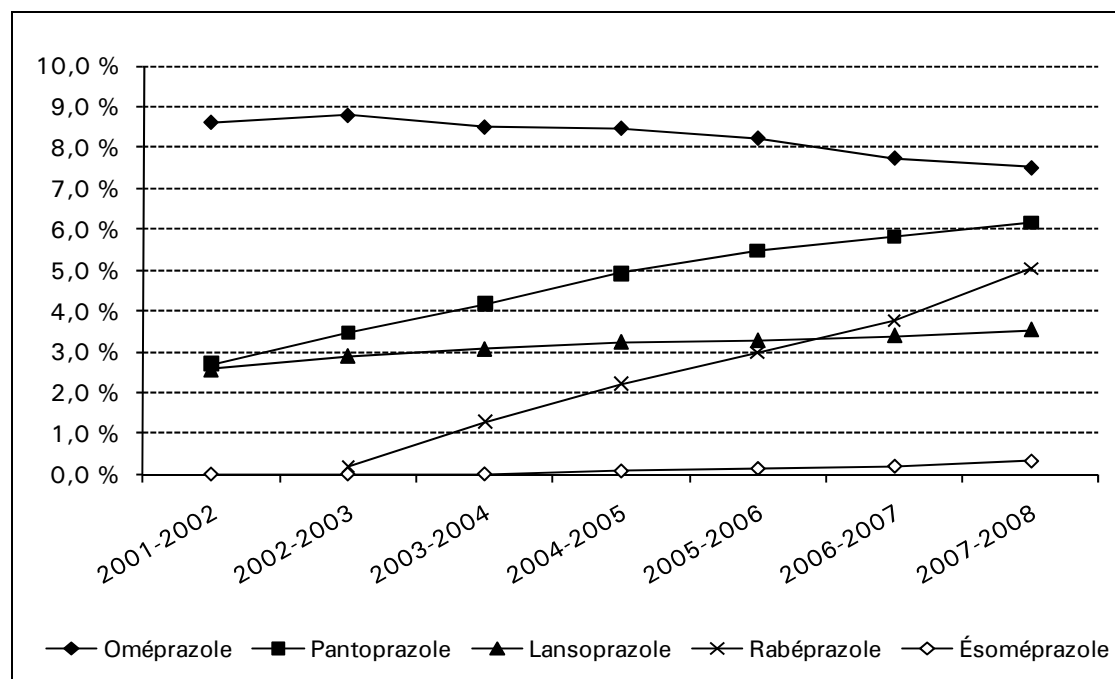
Tendances des demandes de remboursement d'IPP — produit chimique

L'oméprazole présentait le taux d'utilisation le plus élevé parmi les cinq IPP au cours de chaque année entre 2001-2002 et 2007-2008 (figure 5). En 2007-2008, l'oméprazole présentait un taux d'utilisation de 7,6 %, suivi du pantoprazole, avec 6,2 %. C'est l'ésooméprazole qui présentait le taux d'utilisation le moins élevé, à moins de 0,3 % pendant chacune des années de la période d'étude.

Les taux d'utilisation de l'ensemble des IPP, sauf celui de l'oméprazole, ont augmenté pendant la période d'étude. Le taux d'utilisation de l'oméprazole a en effet diminué au cours des cinq dernières années de la période d'étude, pour un taux annuel moyen de 3,1 %. C'est le rabéprazole qui affichait le taux annuel moyen de croissance d'utilisation le plus élevé (92,6 %), suivi du pantoprazole (12,2 %) ^{viii}.

viii. Ces données ne tiennent pas compte de l'ésooméprazole qui, comme nous l'avons mentionné précédemment, affichait un taux d'utilisation inférieur à 0,3 % pour chaque année de la période d'étude.

Figure 5 Taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'un IPP chez les demandeurs âgés adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, par produit chimique, 2001-2002† à 2007-2008



Remarques

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

† Le rabéprazole n'était pas offert au Canada avant 2002-2003.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Tendances des demandes de remboursement d'IPP — dose quotidienne moyenne

Les posologies standard les plus couramment utilisées pour les IPP correspondent aux DTQ déterminées par l'Organisation mondiale de la Santé dans son système de classification anatomique thérapeutique chimique (tableau 2). La DTQ est considérée comme la dose moyenne quotidienne conformément à l'indication principale d'un médicament chez l'adulte. Pour ce qui est du traitement d'entretien à l'aide d'un IPP en prévention primaire ou secondaire de la maladie, on recommande généralement de prescrire la moitié de la posologie standard. Le traitement à l'aide d'une double dose d'IPP est généralement recommandé pour les patients qui présentent des symptômes graves de la maladie malgré un traitement quotidien standard à l'aide d'un IPP³.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, certains effets indésirables possiblement associés aux traitements à l'aide de doses élevées d'IPP commencent à soulever certaines préoccupations. Des études ont également indiqué que le traitement à l'aide d'une double dose d'IPP est couramment utilisé dans la prise en charge initiale d'affections comme le RGO et l'ulcère gastroduodéal¹⁷. Un rapport récent a par ailleurs conclu qu'un traitement initial à l'aide d'une double dose d'IPP ne réduisait pas les recours aux ressources en gastroentérologie¹⁷.

L'examen des tendances concernant la dose quotidienne moyenne permet de mieux comprendre l'utilisation des IPP dans les six provinces. Les doses quotidiennes moyennes d'oméprazole, de pantoprazole, de lansoprazole et de rabéprazole utilisées par les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments sont demeurées relativement stables pendant la période d'étude (tableau 2). La dose quotidienne moyenne n'a pu être calculée pour 2007-2008 en raison de la méthode utilisée. Pour de plus amples renseignements sur le calcul de la dose quotidienne moyenne, consulter la section Méthodes de la présente analyse.

Tableau 2 Dose quotidienne moyenne d'IPP utilisée par les demandeurs âgés adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, par produit chimique, 2001-2002 à 2006-2007

Produit chimique	Dose thérapeutique quotidienne (mg)	2001-2002 [†]	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Oméprazole	20 mg	19,1	19,5	20,0	20,3	20,6	20,9
Pantoprazole	40 mg	35,7	36,6	37,6	38,4	39,2	39,9
Lansoprazole	30 mg	25,5	26,2	27,0	27,5	28,0	28,5
Rabéprazole	20 mg	s.o.	12,8	13,5	14,5	15,1	15,7

Remarques

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

† Le rabéprazole n'était pas offert au Canada avant 2002-2003.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Soulignons que plusieurs facteurs peuvent influencer sur la dose quotidienne moyenne d'IPP. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'un de ces facteurs pourrait bien être les variations dans les tendances en matière de prescription. L'observance par le patient du traitement à l'aide d'un IPP peut également influencer la dose quotidienne moyenne, puisque le patient peut interrompre la prise du médicament ou en réduire la dose en l'absence de symptômes. Sans information additionnelle sur ces facteurs, il est impossible de mesurer l'incidence qu'ils auraient pu avoir sur les tendances en matière de dose quotidienne moyenne.

Pour mieux comprendre les tendances concernant la posologie des IPP, les doses quotidiennes moyennes des patients ont été subdivisées en trois classes : dose quotidienne faible, dose quotidienne intermédiaire et dose quotidienne élevée. Comme nous l'avons vu précédemment, la dose quotidienne faible correspond à une dose quotidienne moyenne inférieure ou égale à 0,5 fois la DTQ^{ix}, la dose quotidienne intermédiaire correspond à une dose quotidienne moyenne supérieure à 0,5 fois et inférieure à 1,5 fois la DTQ, et la dose quotidienne élevée correspond à une dose quotidienne moyenne supérieure ou égale à 1,5 fois la DTQ.

Les personnes âgées qui prennent des doses quotidiennes élevées sont susceptibles d'utiliser des doubles doses pendant au moins une partie du traitement à l'aide d'un IPP, tandis que celles qui prennent des doses quotidiennes faibles sont susceptibles d'utiliser des demi-doses pendant au moins une partie du traitement. Les personnes âgées qui prennent des doses quotidiennes intermédiaires sont susceptibles d'utiliser la dose standard pendant la plupart du temps.

Les proportions de personnes âgées qui prennent des doses quotidiennes faibles, intermédiaires et élevées sont demeurées relativement stables entre 2001-2002 et 2006-2007. La majorité des personnes âgées prenaient une dose quotidienne intermédiaire; leur proportion a augmenté légèrement pendant cette période, passant de 76,7 % à 78,9 %. La proportion de demandeurs âgés qui prenaient une dose quotidienne faible a légèrement diminué pendant la période d'étude, passant de 13,6 % en 2001-2002 à 10,3 % en 2006-2007. Enfin, la proportion de personnes âgées qui utilisaient une dose quotidienne élevée a connu une légère hausse, passant de 9,7 % à 10,8 %.

Tableau 3 Taux d'utilisateurs âgés d'IPP adhérent à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées* qui prenaient des doses quotidiennes faibles, intermédiaires et élevées d'un IPP, 2001-2002 à 2006-2007

Dose quotidienne	2001-2002 [†]	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Dose faible	13,6	12,3	11,8	11,4	11,0	10,3
Dose intermédiaire	76,7	77,7	78,2	78,4	78,5	78,9
Dose élevée	9,7	10,1	10,0	10,2	10,4	10,8

Remarques

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

† Le rabéprazole n'était pas offert au Canada avant 2002-2003.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

ix. Les DTQ des IPP sont de 20 mg pour l'oméprazole, 40 mg pour le pantoprazole, 30 mg pour le lansoprazole, 20 mg pour le rabéprazole et 30 mg pour l'ésoméprazole.

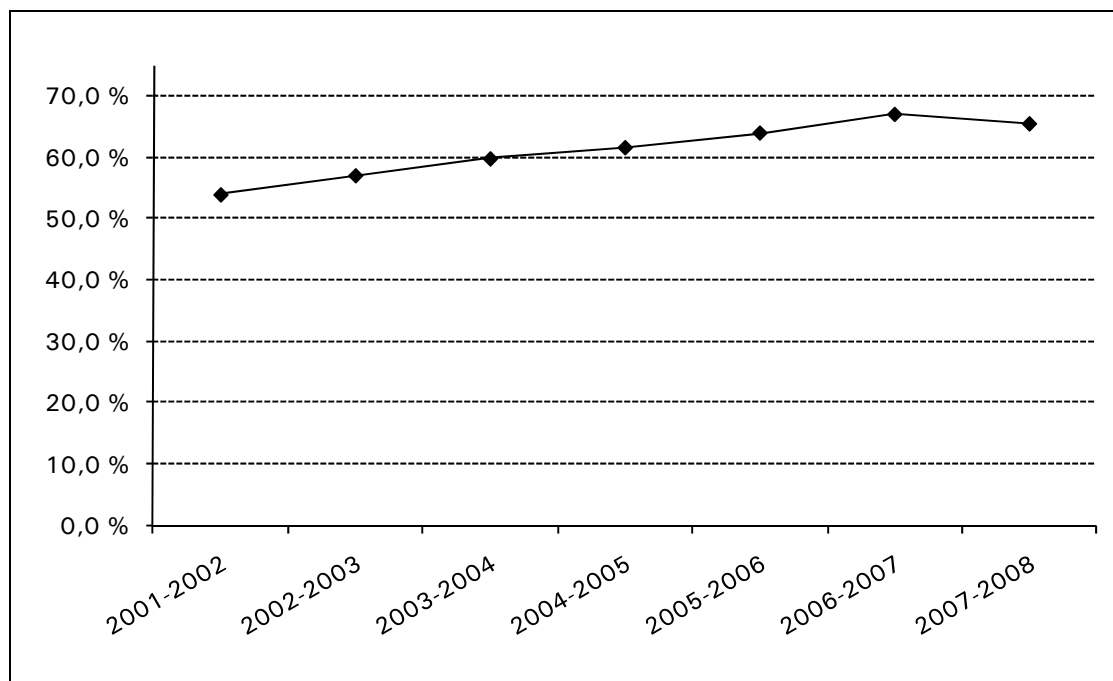
Tendances des demandes de remboursement d'IPP : utilisation chronique d'un IPP

La durée d'un traitement à l'aide d'un IPP dépend en grande partie de l'affection qui est traitée et de la réaction du patient au traitement. Le traitement initial d'affections comme le RGO et l'ulcère gastroduodéal dure généralement entre 8 et 12 semaines. Le traitement sera plus long dans certains cas, afin de prévenir ou réduire la récurrence des symptômes d'une affection donnée. Le traitement de longue durée à l'aide d'un IPP est également utilisé pour des affections telles que l'œsophagite de Barrett, l'œsophagite érosive et le syndrome de Zollinger-Ellison. Cependant, l'effet de l'utilisation à long terme des IPP commence à soulever certaines préoccupations^{10, 11}. L'examen de l'utilisation chronique des IPP chez les personnes âgées donne un aperçu des incidences que peut avoir l'utilisation à long terme sur les tendances de l'utilisation générale des IPP.

Dans la présente analyse, l'utilisation chronique d'un IPP chez les personnes âgées se définit par la présentation d'au moins trois demandes de remboursement pour un IPP, correspondant à une distribution totale d'au moins 180 comprimés ou capsules pendant une année donnée. La figure 6 indique le taux d'utilisateurs âgés d'IPP qui étaient considérés comme des utilisateurs chroniques entre 2001-2002 et 2007-2008. Ce taux a augmenté de façon régulière entre 2001-2002 (53,9 %) et 2006-2007 (66,9 %), avant de connaître une légère baisse en 2007-2008 (65,4 %).

Afin d'étudier de plus près l'ampleur de l'utilisation chronique d'IPP au sein de la population âgée, nous nous sommes penchés sur les personnes âgées qui en ont fait une utilisation chronique pendant trois années et cinq années consécutives, ainsi que pendant toute la période d'étude. Sur l'ensemble des utilisateurs d'IPP âgés qui ont présenté une demande de remboursement pour un IPP au moins trois ans avant la fin de la période d'étude, 36,1 % étaient des utilisateurs chroniques pendant au moins trois années consécutives entre 2001-2002 et 2007-2008. Le taux est moins élevé chez les personnes âgées qui ont présenté une demande de remboursement pour un IPP au moins cinq ans avant la fin de la période d'étude, 25,1 % d'entre elles ayant utilisé un IPP de façon chronique pendant au moins cinq années consécutives. Parmi les personnes âgées qui utilisaient un IPP en 2001-2002, 19,8 % étaient des utilisateurs chroniques d'IPP pendant toute la période d'étude.

Figure 6 Taux d'utilisation chronique d'un IPP chez les utilisateurs âgés d'IPP adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, 2001-2002 à 2007-2008



Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

L'utilisation d'IPP et d'anti-H2 chez les utilisateurs chroniques d'AINS

Les AINS sont couramment prescrits pour le traitement de diverses affections chez les personnes âgées, notamment l'arthrite et la douleur chronique. Des études ont montré un lien entre les AINS et une incidence accrue d'effets gastro-intestinaux (GI) indésirables tels que la dyspepsie, les ulcères gastriques et duodénaux et les hémorragies gastro-intestinales^{18, 19}. Les IPP et les anti-H2 se sont révélés efficaces pour prévenir et traiter ces effets indésirables^{2, 19-21}. Cependant, un examen récent d'études comparatives a permis de conclure que les IPP sont plus efficaces que les anti-H2 pour réduire le risque d'ulcères gastriques et duodénaux chez les patients qui prennent des AINS²¹.

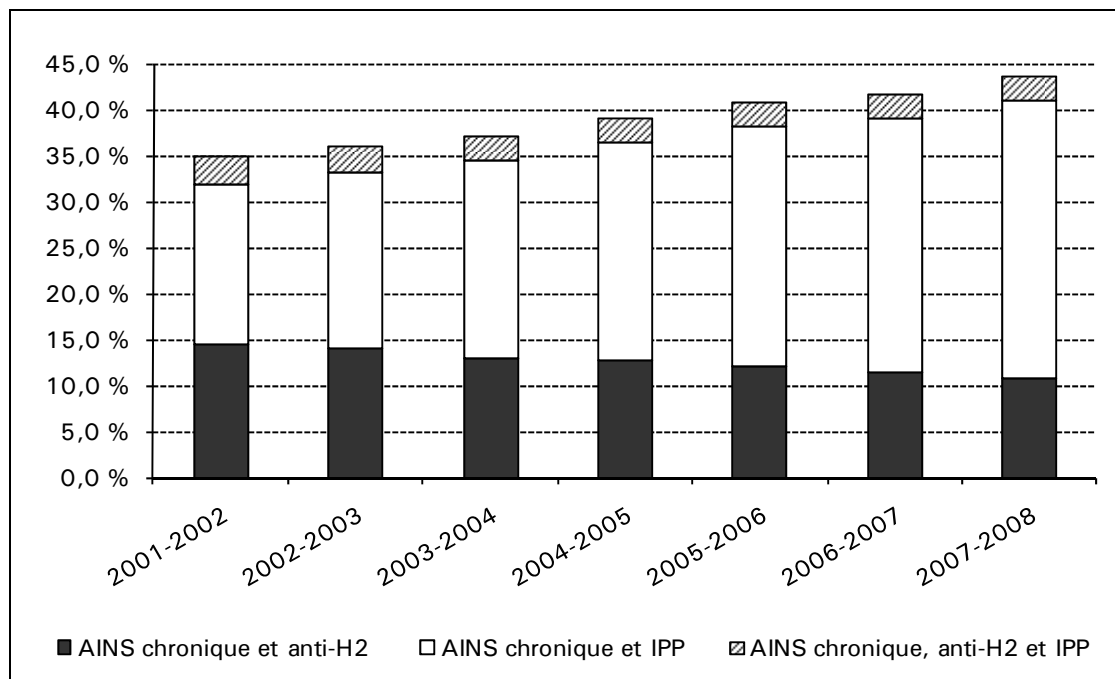
La figure 7 montre le taux d'utilisation d'IPP et d'anti-H2 chez les personnes âgées qui sont des utilisateurs chroniques d'AINS, entre 2001-2002 et 2007-2008. Dans la présente analyse, les utilisateurs chroniques d'AINS sont définis comme les personnes

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

âgées qui ont présenté au moins trois demandes de remboursement pour un AINS au cours d'une année et pour au moins 180 jours d'utilisation. Dans l'ensemble, l'utilisation de médicaments pour des affections gastro-intestinales (qu'il s'agisse d'IPP ou d'anti-H2) chez les utilisateurs chroniques d'AINS a augmenté, passant de 34,8 % en 2001-2002 à 43,7 % en 2007-2008. Pendant cette période, l'utilisation concomitante d'AINS et d'IPP chez les utilisateurs chroniques d'AINS est passée de 17,4 % à 30,2 %, tandis que l'utilisation concomitante d'AINS et d'anti-H2 a diminué pour passer de 14,5 % à 10,8 %. Une petite proportion des utilisateurs chroniques d'AINS (moins de 3,0 %) ont présenté chaque année des demandes de remboursement pour des IPP et pour des anti-H2.

Figure 7 Taux d'utilisation d'IPP et d'anti-H2 chez les personnes âgées qui sont des utilisateurs chroniques d'un AINS et qui adhèrent à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, 2001-2002 à 2007-2008



Remarque

* Cinq provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009 : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Conclusion

Les affections liées à l'acidité dans le système gastro-intestinal touchent environ 29 % des adultes canadiens¹. Les IPP sont couramment utilisés pour le traitement de troubles d'acidité tels que le reflux gastro-œsophagien, l'œsophagite par reflux (peptique) et l'ulcère gastroduodéal.

En 2007, les Canadiens ont dépensé environ 1,4 milliards de dollars pour des médicaments antiacides sur ordonnance; environ la moitié de cette somme est attribuable aux personnes âgées¹². Une fois ajustées pour tenir compte de l'inflation, les dépenses globales pour cette classe de médicament ont presque doublé entre 1998 et 2007¹². On estime qu'environ 90 % des dépenses pour des médicaments antiacides sur ordonnance sont attribuables aux IPP. Bien que les IPP soient généralement considérés comme une classe de médicament sécuritaire, l'effet sur la santé d'une utilisation à long terme et à dose élevée d'un IPP commence à soulever certaines préoccupations⁷⁻¹¹.

La présente analyse des données du SNIUMP provenant de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard examine les tendances dans l'utilisation d'IPP chez les personnes âgées, de 2001-2002 à 2007-2008.

Le taux normalisé selon l'âge et le sexe d'utilisation d'IPP chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments a augmenté de 13,1 % en 2001-2002 à 21,1 % en 2007-2008. Durant la même période, les dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments pour des IPP ont augmenté, passant de 41,8 millions de dollars à 69,8 millions de dollars, soit 7,3 % des dépenses totales des régimes d'assurance-médicaments.

Les doses quotidiennes moyennes d'IPP utilisées par les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments sont demeurées relativement stables pendant la période d'étude. En 2006-2007, 78,9 % des demandeurs âgés utilisaient une dose quotidienne moyenne correspondant à la fourchette du dosage standard, tandis que 10,8 % utilisaient une dose supérieure à 1,5 fois la dose thérapeutique quotidienne.

L'utilisation chronique d'IPP a augmenté, passant de 53,9 % chez les personnes âgées ayant présenté une demande de remboursement pour un IPP en 2001-2002 à 65,4 % chez les personnes âgées ayant présenté une demande de remboursement pour un IPP en 2007-2008.

L'utilisation d'IPP chez les utilisateurs chroniques d'AINS a connu une hausse pour passer de 17,4 % en 2001-2002 à 30,2 % en 2007-2008.

Une analyse plus approfondie est nécessaire pour comprendre la cause des tendances observées dans l'utilisation d'IPP chez les personnes âgées, y compris les écarts d'utilisation entre les provinces. L'inclusion de données sur les diagnostics et sur les résultats pourrait étayer les études ultérieures sur l'utilisation d'IPP dans la population âgée et sur son incidence sur les résultats pour les patients.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les groupes suivants pour leur contribution à l'Analyse en bref *Utilisation de l'inhibiteur de la pompe à protons par les personnes âgées : une analyse des demandes de remboursement de médicaments, 2001 à 2008* :

- Alberta Pharmaceuticals and Life Sciences Branch, Ministry of Health and Wellness
- Groupe des politiques sur la gestion des médicaments du Manitoba, ministère de la Santé
- Saskatchewan Drug Plan and Extended Benefits Branch, ministère de la Santé
- Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé
- Pharmaceutical Services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
- Prince Edward Island Drug Programs, Department of Social Services and Seniors

L'ICIS adresse également ses remerciements aux experts cliniques suivants pour leurs judicieux conseils tout au long de l'élaboration de cette Analyse en bref :

- William Bartle, D. Pharm., coordonnateur clinicien, département de pharmacie, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario), Canada
- Pamela G. Jarrett, M.D., FRCPC, chef du service clinique, gériatrie; professeure agrégée, Dalhousie and Memorial University; Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique, Hôpital St. Joseph; Saint John (Nouveau-Brunswick), Canada
- Laura E. Targownik, M.D., MSHS, FRCPC, division de gastroentérologie, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Veillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

La réalisation de cette analyse est rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada ni des gouvernements provinciaux ou territoriaux.

Annexe : Répartition de la population âgée^x et des demandeurs âgés adhérant à un des régimes publics d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées^{xi}, selon le groupe d'âge, 2007-2008

Alberta

Groupe	Population âgée (n = 367 033)	Demandeurs âgés (n = 328 280)
Hommes	44,9 %	44,4 %
Femmes	55,1 %	55,6 %
65 à 74 ans	53,3 %	52,7 %
75 à 84 ans	34,1 %	35,3 %
85 ans ou plus	12,6 %	12,0 %

Saskatchewan

Groupe	Population âgée (n = 150 589)	Demandeurs âgés (n = 135 111)
Hommes	43,7 %	42,1 %
Femmes	56,3 %	57,9 %
65 à 74 ans	47,4 %	45,4 %
75 à 84 ans	36,2 %	37,0 %
85 ans ou plus	16,3 %	17,6 %

Manitoba

Groupe	Population âgée (n = 164 506)	Demandeurs âgés (n = 147 315)
Hommes	42,9 %	41,7 %
Femmes	57,1 %	58,3 %
65 à 74 ans	48,8 %	47,1 %
75 à 84 ans	35,7 %	36,5 %
85 ans ou plus	15,5 %	16,5 %

x. Les données démographiques sont tirées de Statistique Canada, Division de la démographie, tableaux spéciaux, juin 2009.

xi. Les six provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de mars 2009.

Nouveau-Brunswick

Groupe	Population âgée (n = 111 474)	Demandeurs âgés (n = 63 518)
Hommes	43,6 %	38,3 %
Femmes	56,4 %	61,7 %
65 à 74 ans	52,8 %	46,5 %
75 à 84 ans	33,5 %	36,3 %
85 ans ou plus	13,7 %	17,2 %

Nouvelle-Écosse

Groupe	Population âgée (n = 141 815)	Demandeurs âgés (n = 96 307)
Hommes	43,4 %	38,5 %
Femmes	56,6 %	61,5 %
65 à 74 ans	53,3 %	49,0 %
75 à 84 ans	32,9 %	34,8 %
85 ans ou plus	13,8 %	16,1 %

Île-du-Prince-Édouard

Groupe	Population âgée (n = 20 715)	Demandeurs âgés (n = 17 179)
Hommes	44,0 %	41,9 %
Femmes	56,0 %	58,1 %
65 à 74 ans	53,7 %	51,7 %
75 à 84 ans	32,6 %	34,5 %
85 ans ou plus	13,7 %	13,7 %

Canada : population type

Groupe	Population âgée (n = 4 472 086)	Demandeurs âgés (s.o.)
Hommes	43,9 %	s.o.
Femmes	56,1 %	s.o.
65 à 74 ans	52,6 %	s.o.
75 à 84 ans	34,7 %	s.o.
85 ans ou plus	12,7 %	s.o.

Références

1. G. Tougas et coll., « Prevalence and Impact of Upper Gastrointestinal Symptoms in the Canadian Population: Findings From the DIGEST Study », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 94, n° 10 (1999), p. 2845-2854.
2. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, « Evidence for PPI Use in Gastroesophageal Reflux Disease, Dyspepsia and Peptic Ulcer Disease: Scientific Report », *COMPUS*, vol. 1, n° 2, Ottawa (Ont.), mars 2007.
3. D. Armstrong et coll., « Canadian Consensus Conference on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Adults—Update 2004 », *Canadian Journal of Gastroenterology [Journal canadien de gastroentérologie]*, vol. 19, n° 1 (janvier 2005), p. 15-35.
4. P. Moayyedi et coll., « Medical Treatments for the Short Term Management of Reflux Oesophagitis », *Cochrane Database Systematic Reviews* (10 décembre 2006), CD003244.
5. C. Donnellan et coll., « Medical Treatments for the Maintenance of Reflux Oesophagitis and Endoscopic Negative Reflux Disease », *Cochrane Database Systematic Reviews* (3 août 2004), CD003245.
6. Agency for Healthcare Research and Quality, *Comparative Effectiveness of Management Strategies for Gastroesophageal Reflux Disease*, Rockville (Maryland), AHRQ, décembre 2005, publication n° 06-EHC003-1.
7. B. T. Vanderhoff et R. M. Tahboub, « Proton Pump Inhibitors: An Update », *American Family Physician*, vol. 66, n° 2 (15 juillet 2002), p. 273-280.
8. S. Shi et U. Klotz, « Proton Pump Inhibitors: An Update of Their Clinical Use and Pharmacokinetics », *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 64, n° 10 (octobre 2008), p. 935-951.
9. G. A. Côté et C. W. Howden, « Potential Adverse Effects of Proton Pump Inhibitors », *Current Gastroenterology Reports*, vol. 10, n° 3 (2008), p. 208-214.
10. A. S. Ragnunath et coll., « Review Article: The Long-Term Use of Proton Pump Inhibitors », *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, vol. 22, suppl. 1 (2005), p. 55-63.
11. L. E. Targownik et coll., « Use of Proton Pump Inhibitors and Risk of Osteoporosis-Related Fractures », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 179, n° 4 (12 août 2008), p. 319-326.
12. S. Morgan et coll., *The Canadian RX Atlas, 2nd Edition*, Vancouver (C.-B.), Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, décembre 2008.
13. I. Forgacs et A. Loganayagam, « Overprescribing Proton Pump Inhibitors », *British Medical Journal*, vol. 336, n° 2-3 (5 janvier 2008), p. 2-3.

14. C. Q. D. Pham et coll., « Prevalent Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Prudent or Pernicious? », *Journal of Pharmacy and Therapeutics*, vol. 31, n° 3 (mars 2006), p. 159-167.
15. M. Naunton et coll., « Overuse of Proton Pump Inhibitors », *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 25, n° 5 (2000), p. 333-340.
16. Statistique Canada, Division de la démographie, tableau spécial, juin 2009.
17. L. E. Targownik et coll., « Comparing Resource Utilization and Gastrointestinal Outcomes in Patients Treated With Either Standard-Dose or High-Dose Proton Pump Inhibitors: A Matched Cohort Study », *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 53, n° 6 (juin 2008), p. 1519-1526.
18. S. Hernandez-Diaz et L. A. G. Rodriguez, « Association Between Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Upper Gastrointestinal Tract Bleeding/Perforation », *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n° 14 (24 juillet 2000), p. 2093-2099.
19. R. Dube et coll., « Prevention of NSAID-Induced Gastroduodenal Ulcers (Review) », *Cochrane Database Systematic Reviews* (23 août 2004), CD002296.
20. L. E. Targownik et coll., « The Relative Efficacies of Gastroprotective Strategies in Chronic Users of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs », *Gastroenterology*, vol. 134, n° 4 (avril 2008), p. 937-944.
21. M. Lazzaroni et G. B. Porro, « Management of NSAID-Induced Gastrointestinal Toxicity: Focus on Proton Pump Inhibitors », *Drugs*, vol. 69, n° 1 (2009), p. 51-69.