



Septembre 2007

Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : Analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006

Sommaire

Il est important que les Canadiens aient accès à des pharmacothérapies sécuritaires, bien adaptées et efficaces ou, en d'autres mots, à des médicaments qui conviennent à leur état, en temps opportun. Il est vrai également que les médicaments peuvent entraîner des effets indésirables, même lorsqu'ils sont correctement utilisés. En plus d'augmenter les risques de morbidité et de mortalité, ces effets indésirables viennent alourdir le fardeau économique en raison du recours à d'autres médicaments, à des hospitalisations et à des visites à répétition chez le médecin¹.

La présente analyse porte sur les tendances dans les demandes de remboursement de médicaments soumises par des personnes âgées au régime public d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et du Nouveau-Brunswickⁱ, de 2000 à 2006, plus particulièrement sur les demandes visant des médicaments inscrits sur la « liste Beers » (du nom du Dr Mark H. Beers), une liste internationalement reconnue de médicaments potentiellement contre-indiqués pour les personnes âgées en raison d'un risque élevé d'effets indésirables¹. Les données sur les demandes de remboursement utilisées pour la présente analyse sont tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS.

Points saillants

- De 2000-2001 à 2005-2006, la proportion normalisée de personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments qui ont présenté au moins une demande de remboursement pour un médicament figurant sur la liste Beers a diminué dans les quatre provinces visées par l'analyse.

i. En date de juin 2007, ces quatre provinces étaient les seules à soumettre des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP. Consulter la section Méthodes pour connaître les définitions et les exclusions.

- En 2000-2001, le taux d'utilisation des médicaments de la liste Beers parmi la population à l'étude oscillait entre 30,6 % au Manitoba et 41,2 % au Nouveau-Brunswick. En 2005-2006, il variait entre 25,2 % au Manitoba et 31,3 % au Nouveau-Brunswick.
- Entre 2000-2001 et 2005-2006, le taux normalisé d'utilisation de médicaments présentant un risque élevé selon la liste Beers est demeuré relativement stable dans les quatre provinces, quoiqu'une légère hausse a été observée entre 2004-2005 et 2005-2006.
- En 2005-2006, le taux normalisé d'utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers au sein de la population à l'étude allait de 12,9 % en Alberta à 18,8 % au Nouveau-Brunswick.
- Dans les quatre provinces, le taux d'utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers était plus élevé chez les femmes et chez les personnes âgées de 85 ans et plus.
- En 2005-2006, 1,9 % des personnes âgées ayant présenté une demande de remboursement dans les quatre provinces se sont fait prescrire sur une base régulière plus d'un médicament inscrit sur la liste Beers.
- Entre 2000-2001 et 2005-2006, le taux d'utilisation chronique de médicaments présentant un risque élevé selon la liste Beers a diminué dans les quatre provinces.
- Les cinq principaux médicaments inscrits sur la liste Beers en termes de nombre d'utilisateurs chroniques sont très similaires dans les régimes publics d'assurance-médicaments des quatre provinces :
 - les œstrogènes conjugués par voie orale, utilisés comme hormonothérapie de remplacement;
 - l'amitriptyline, un antidépresseur;
 - la digoxine, utilisée pour le traitement de l'insuffisance cardiaque;
 - l'oxybutynine, utilisée dans le traitement des troubles d'hyperactivité de la vessie (incontinence);
 - le témazépam, une benzodiazépine utilisée dans le traitement des troubles du sommeil.
- Parmi le nombre de demandeurs des régimes publics d'assurance-médicaments des quatre provinces qui utilisent de façon chronique des médicaments inscrits sur la liste Beers, l'amitriptyline est un des médicaments qui a connu la croissance la plus marquée, tandis que les œstrogènes conjugués par voie orale, utilisés comme hormonothérapie de remplacement, sont de ceux qui ont connu une des plus fortes baisses.

Source de données sur les demandes de remboursement

Les données sur les demandes de remboursement utilisées dans la présente analyse sont tirées du SNIUMP à partir des renseignements soumis par les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et du Nouveau-Brunswickⁱⁱ. 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 et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Puisque les données sur les demandes de remboursement de médicaments contiennent peu de renseignements cliniques détaillés, l'analyse ne permet pas de conclure que l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste Beers est appropriée ou non. Il est notoire que des cas existent où il est nécessaire de prescrire ces médicaments à des personnes âgées.

ii. Les demandes de remboursement présentées par des membres des Premières nations et des Inuits de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick ne sont pas incluses, car ces personnes sont couvertes par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimerait remercier le personnel de la Pharmaceuticals and Life Sciences Branch du ministère de la Santé de l'Alberta, de la Drug Management Policy Unit du ministère de la Santé du Manitoba, de la Drug Plan and Extended Benefits Branch du ministère de la Santé de la Saskatchewan et du régime public d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick, ainsi que les membres du comité de direction du SNIUMP pour leur contribution à l'élaboration du rapport *Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : Analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006*.

L'ICIS adresse également ses remerciements aux membres du Comité consultatif d'experts pour leurs judicieux conseils tout au long de l'élaboration du rapport. Les membres sont :

- Lisa Clatney, chercheure, Health Quality Council, Saskatchewan;
- Steve Morgan, professeur adjoint, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Veillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Introduction

Il est important que les Canadiens aient accès à des pharmacothérapies sécuritaires, bien adaptées et efficaces ou, en d'autres mots, à des médicaments qui conviennent à leur état, en temps opportun. Il est vrai également que les médicaments peuvent entraîner des effets indésirables, même lorsqu'ils sont correctement utilisés. En plus d'augmenter les risques de morbidité et de mortalité, ces effets indésirables viennent alourdir le fardeau économique en raison du recours à d'autres médicaments, à des hospitalisations et à des visites à répétition chez le médecin¹.

Les études révèlent que les adultes de 65 ans et plus (appelés « personnes âgées » dans le présent document) sont plus susceptibles de souffrir d'effets indésirables causés par des pharmacothérapies complexes ou en raison des changements causés par l'âge qui influent sur l'absorption des médicaments par le corps humain². Une analyse documentaire effectuée en 2002 a montré que 28 % de toutes les visites aux services d'urgence sont d'origine médicamenteuse et que, de cette proportion, 24 % ont entraîné une hospitalisation³. L'étude a révélé par ailleurs que 70 % des visites d'origine médicamenteuse aux services d'urgence pourraient être évitées, et que les femmes et les personnes âgées semblent plus à risque³.

Bien que les renseignements sur les ordonnances ne soient pas facilement accessibles, les données sur les demandes de remboursement de médicaments fournissent de bons indicateurs des tendances dans la prescription de médicaments aux personnes âgées. En s'appuyant sur certaines des méthodes mises au point par le Conseil de la qualité de la santé, en Saskatchewan, pour l'élaboration du rapport produit en 2005 intitulé *Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors Living in the Community*^{4, 5}, la présente analyse examine les tendances dans les demandes de remboursement de médicaments chez les personnes âgées en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et au Nouveau-Brunswickⁱⁱⁱ de 2000 à 2006. Elle porte plus particulièrement sur les médicaments qu'il est, selon le docteur Mark H. Beers, « potentiellement contre-indiqué » de prescrire à des personnes âgées, car ils présentent un risque élevé d'effets indésirables¹. Ces médicaments figurent sur la « liste Beers », un outil reconnu internationalement. L'analyse vise les personnes âgées qui ont présenté au moins une demande de remboursement pour un médicament inscrit sur la liste Beers (les « utilisateurs Beers ») ainsi que celles qui ont présenté des demandes sur une base régulière pour un médicament inscrit sur la liste (les « utilisateurs Beers chroniques »).

iii. En date de juin 2007, ces quatre provinces étaient les seules à soumettre des données sur les réclamations de médicament au SNIUMP. Consulter la section Méthodes pour connaître les définitions et les exclusions.

Méthodes

Source de données sur les demandes de remboursement

Les données sur les demandes de remboursement de médicaments utilisées dans la présente analyse sont tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS à partir des renseignements soumis par les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick^{iv}. 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 en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Il ne contient pas de renseignements sur les ordonnances qui ont été délivrées, mais jamais exécutées, ni sur celles 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. Il ne contient pas non plus de renseignements sur le diagnostic ou l'état à l'origine de l'ordonnance. Les renseignements sur les ordonnances qui ont fait l'objet d'une demande de remboursement sont versés dans la base de données, que le patient ait ou n'ait pas utilisé le médicament.

Comparabilité des données

Taux ajustés selon l'âge et le sexe :

Les taux sont ajustés selon l'âge et le sexe selon une méthode de normalisation directe fondée sur l'ensemble des aînés canadiens au 1^{er} octobre 2006. La normalisation a été effectuée à partir des groupes d'âge mentionnés dans les figures 1 et 6.

Comparaison des formulaires :

Les différences dans les types de médicaments remboursés par les formulaires provinciaux peuvent entraîner des différences dans l'utilisation des médicaments et doivent donc être mises en évidence pour mettre en contexte les comparaisons interprovinciales. Dans le cas de la présente analyse, les médicaments de la liste Beers remboursés par les formulaires, de même que tous leurs substituts possibles, ont été pris en considération. En règle générale, le statut des médicaments de la liste Beers et celui de leurs substituts possibles étaient très similaires d'une province à l'autre, à quelques exceptions près. Les écarts notables avaient trait à des produits relativement

iv. Les demandes de remboursement présentées par des membres des Premières nations et des Inuits de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick ne sont pas incluses, car ces personnes sont couvertes par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada.

peu utilisés. Il a donc été déterminé que les différences entre les formulaires des quatre provinces visés par l'analyse avaient dans l'ensemble peu d'incidence sur l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste Beers.

Pensionnaires des centres d'accueil :

L'analyse comprend les réclamations des pensionnaires des centres d'accueil de toutes les provinces sauf l'Alberta. Le fait de supprimer ces réclamations diminuerait le taux brut d'utilisation en 2005-2006 des médicaments inscrits sur la liste Beers de 0,9 % au Manitoba et de 0,6 % au Nouveau-Brunswick. On ignore les incidences des réclamations par les pensionnaires des centres d'accueil sur l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste Beers en Saskatchewan, étant donné qu'on ne peut isoler ces réclamations dans la base de données du SNIUMP.

Médicaments visés

Élaborée pour la première fois en 1991 par le D^r Mark H. Beers⁶, la liste Beers recense les médicaments qui présentent des risques potentiels pour la santé des personnes âgées pour les raisons suivantes :

1. ils sont inefficaces ou présentent un risque élevé pour les personnes âgées, et il existe un substitut plus sûr¹;
2. ils ne doivent pas être administrés à des personnes âgées qui présentent des affections particulières¹.

Les médicaments figurant sur la liste Beers sont divisés en deux catégories¹ :

1. médicaments potentiellement contre-indiqués sans égard au diagnostic ou aux affections;
2. médicaments potentiellement contre-indiqués en présence de certains diagnostics ou de certaines affections.

La liste Beers recense les médicaments de diverses façons¹ :

1. nom d'un médicament en particulier (la digoxine, par exemple);
2. classe entière de médicaments (les antihistaminiques, par exemple);
3. médicaments dont l'utilisation est contre-indiquée :
 - a. au-delà de certaines doses (plus de 3 mg de lorazépam, par exemple);
 - b. pour certains modes d'administration (les œstrogènes par voie orale, par exemple);
 - c. pour une durée prolongée (utilisation à long terme du naproxen, par exemple).

La première version de la liste Beers visait plus particulièrement les pensionnaires de centres de soins infirmiers. Elle a été mise à jour en 1997 pour englober toutes les personnes âgées^{6, 7}. La plus récente version de la liste a été publiée en 2003¹ (voir l'annexe A).

Les médicaments visés par la présente analyse ont été sélectionnés à partir de la liste Beers de 2003 selon les critères suivants :

- Seuls les médicaments potentiellement contre-indiqués sans égard au diagnostic ont été inclus, car les motifs de l'ordonnance ne sont pas précisés dans le SNIUMP.
- La version 2003 de la liste Beers a été utilisée pour la présente analyse, puisqu'une comparaison des versions 1997 et 2003 (voir l'annexe B) n'a fait ressortir que peu de différences entre les médicaments potentiellement contre-indiqués sans égard au diagnostic.
- Un code de classification anatomique thérapeutique chimique⁸ (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a ensuite été attribué à chacun des médicaments (voir l'annexe C). Un médicament assorti d'un code ATC était considéré disponible au Canada si le numéro d'identification du médicament (DIN) associé à ce code ATC était listé sur le site de Santé Canada en date d'avril 2006 comme étant disponible sur le marché. Si un médicament assorti d'un code ATC était offert sur le marché, tous les DIN (actifs ou inactifs) associés à ce code ATC ont été inclus dans l'analyse.
- Sur la liste Beers, les benzodiazépines correspondent à une catégorie générale à laquelle est attachée une liste de médicaments qui ne devraient pas être prescrits à des personnes âgées. La présente analyse inclut donc toutes les benzodiazépines vendues au Canada, qu'elles figurent ou non sur la liste Beers.
- Au besoin, la dose quotidienne maximale recommandée d'une benzodiazépine ne figurant pas explicitement sur la liste Beers a été calculée en multipliant la dose thérapeutique quotidienne déterminée par l'OMS par un facteur de conversion de 1,2⁵. Ce facteur correspond au ratio de la dose quotidienne maximale recommandée du lorazépam selon la liste Beers et de sa dose thérapeutique quotidienne.

Définitions

1. Les « utilisateurs de médicaments inscrits sur la liste Beers » sont des personnes âgées qui ont présenté au moins une demande de remboursement visant un de ces médicaments pendant une année donnée. Les utilisateurs dont la dose quotidienne moyenne n'excédait pas la dose maximale recommandée selon la liste Beers ont été exclus, ainsi que les personnes qui n'ont fait qu'une seule demande pour un médicament à dose spécifique et que la dose moyenne n'a pu être calculée selon la méthode décrite ci-dessus^v (même si la dose quotidienne réelle pouvait en réalité être plus élevée que la dose maximale recommandée).
2. La « dose quotidienne moyenne » a été calculée pour chaque demandeur. Pour un exercice financier donné, les quantités figurant sur toutes les demandes de remboursement – à l'exception de la dernière – faites par une même personne pour un même médicament ont été additionnées, puis divisées par le nombre de jours s'étant écoulés entre la première et la dernière demande, de façon à obtenir une quantité quotidienne moyenne. Cette quantité quotidienne moyenne a ensuite été multipliée par la puissance du médicament afin d'obtenir la dose quotidienne moyenne. Le calcul repose sur l'hypothèse que la dernière demande a été faite en temps opportun et qu'il ne s'agissait pas d'un renouvellement anticipé.
3. Les « utilisateurs chroniques » sont des personnes âgées qui ont présenté sur une base régulière des demandes de remboursement pour un médicament inscrit sur la liste Beers, par opposition aux utilisateurs qui ont présenté des demandes isolées. La méthode de calcul utilisée repose sur la définition d'un utilisateur chronique établie dans une étude publiée en 2005 par le Conseil de la qualité de la santé, en Saskatchewan⁵. Pour être considéré chronique, un utilisateur doit avoir au moins trois ordonnances totalisant au moins 100 unités posologiques solides^{vi} pendant une même année pour un médicament inscrit sur la liste Beers, à l'exception de ceux figurant sur la liste des médicaments d'entretien du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Dans le cas des médicaments de la liste Beers figurant également sur la liste des médicaments d'entretien du ministère de la Santé de la Saskatchewan, le nombre minimal d'ordonnances a été réduit à deux. Bien que l'Alberta, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick ne soient dotés d'aucune liste comparable, il a été jugé peu probable que la réduction du nombre minimal d'ordonnances pour ces médicaments vienne modifier l'estimation de l'incidence de l'utilisation chronique dans ces provinces par rapport à la Saskatchewan.

v. En 2005-2006, les quatre provinces comptaient 22 152 utilisateurs chroniques. Si on les inclut dans l'analyse, le taux brut d'utilisation des médicaments inscrits sur la liste Beers pour 2005-2006 passe de 27,3 % à 30,7 %, tandis que l'augmentation par province varie de 2,9 % en Saskatchewan à 4,1 % au Nouveau-Brunswick.

vi. Chaque produit offert sous forme dosifiée non solide a été passé en revue afin de déterminer un facteur de conversion de la quantité prescrite en millilitres en une dose solide comparable (voir l'annexe D). La quantité rajustée a été obtenue en divisant la quantité prescrite par le facteur de conversion.

Analyse en bref

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

On a exclu les personnes âgées dont la dose quotidienne moyenne ne dépassait pas la dose quotidienne maximale recommandée (voir l'annexe A) définie par la liste Beers.

4. Les « demandes de remboursement de médicaments » sont une réclamation soumise aux fins de remboursement des coûts des médicaments ou d'application de franchise à un régime public d'assurance-médicaments, approuvée par celui-ci et versée dans le SNIUMP de l'ICIS.
5. Les « utilisateurs à risque élevé » sont des personnes âgées qui ont présenté une demande de remboursement pour un médicament de la liste Beers qui peut entraîner des effets indésirables graves (voir l'annexe A)¹.

Profil des demandeurs âgés

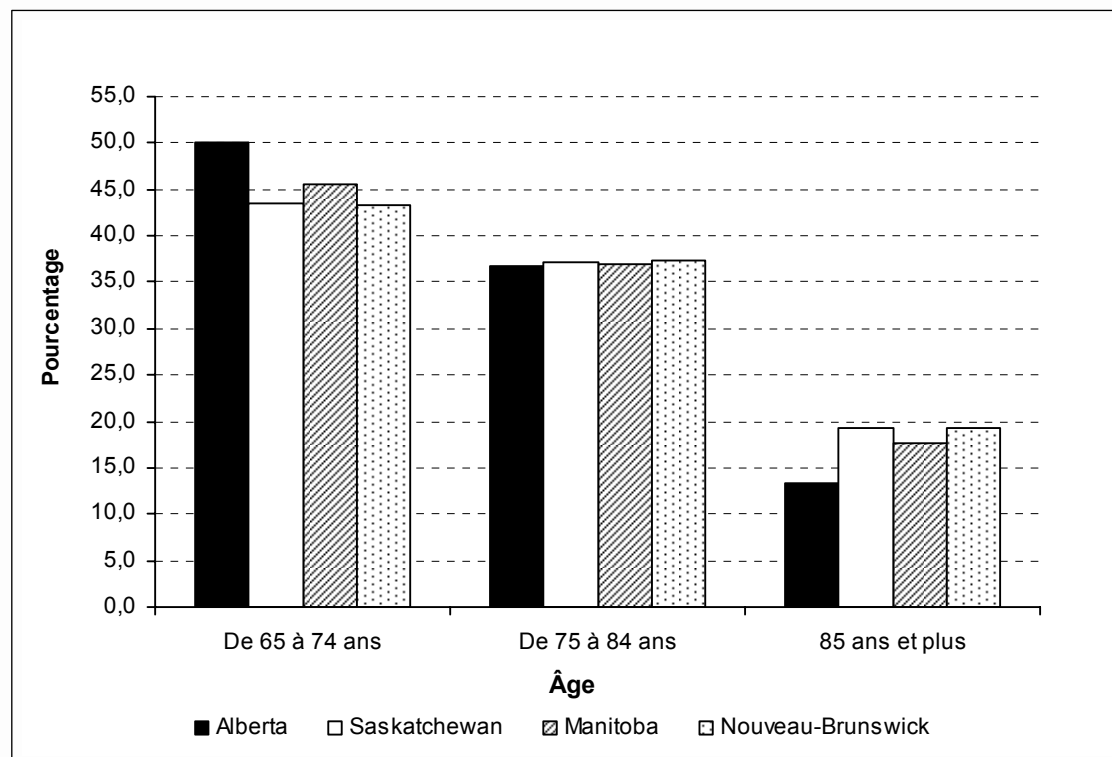
En 2005-2006, 343 682 personnes âgées vivaient en Alberta, 158 486, au Manitoba, 146 857, en Saskatchewan et 105 024 au Nouveau-Brunswick^{vii,9}. La proportion de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été approuvées par les régimes publics d'assurance-médicaments de ces provinces variait de 59,2 % au Nouveau-Brunswick à 95,4 % au Manitoba (voir l'annexe E). Le faible pourcentage du Nouveau-Brunswick est attribuable à la teneur de leur régime, les médicaments prescrits n'étant pas assujettis à une couverture universelle. 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.

Entre 2000-2001 et 2005-2006, le nombre de personnes âgées s'est accru en Alberta, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick à un taux annuel moyen de 2,7 %, 0,4 % et 1,5 %, respectivement. La population âgée du Manitoba a quant à elle reculé à un taux annuel moyen de 0,1 %. Pendant la même période, le nombre de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été approuvées par les régimes publics d'assurance-médicaments de ces quatre provinces a connu une croissance annuelle moyenne supérieure à celle de la population âgée en Alberta (3,2 %), en Saskatchewan (0,7 %) et au Manitoba (1,2 %). Le Nouveau-Brunswick échappe à cette tendance avec une croissance annuelle moyenne de 1,0 %. Ces données révèlent qu'à l'exception du Nouveau-Brunswick, la proportion de demandeurs âgés s'est accrue dans toutes les provinces pendant la période faisant l'objet de l'analyse.

La répartition selon l'âge et le sexe des demandeurs chez les personnes âgées varie dans les quatre provinces. En ce qui a trait à l'âge, la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick présentent les populations de demandeurs les plus âgées avec 19,4 % de personnes de plus de 85 ans (figure 1), tandis que l'Alberta compte la plus faible proportion de demandeurs de plus de 85 ans (13,3 %). La répartition selon le sexe des demandeurs est similaire au Manitoba et en Saskatchewan (58,5 % et 58,2 % de femmes, respectivement), tandis que l'Alberta compte une proportion plus élevée d'hommes, et le Nouveau-Brunswick, de femmes (voir l'annexe E).

vii. Les données démographiques proviennent de la Division de la démographie de Statistique Canada. Les estimations de la population pour 2000-2001 et 2001-2002 sont considérées définitives, tandis que des estimations provisoires ont été utilisées pour les années 2002-2003 à 2005-2006.

Figure 1. Répartition des personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, par groupe d'âge, 2005-2006



* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

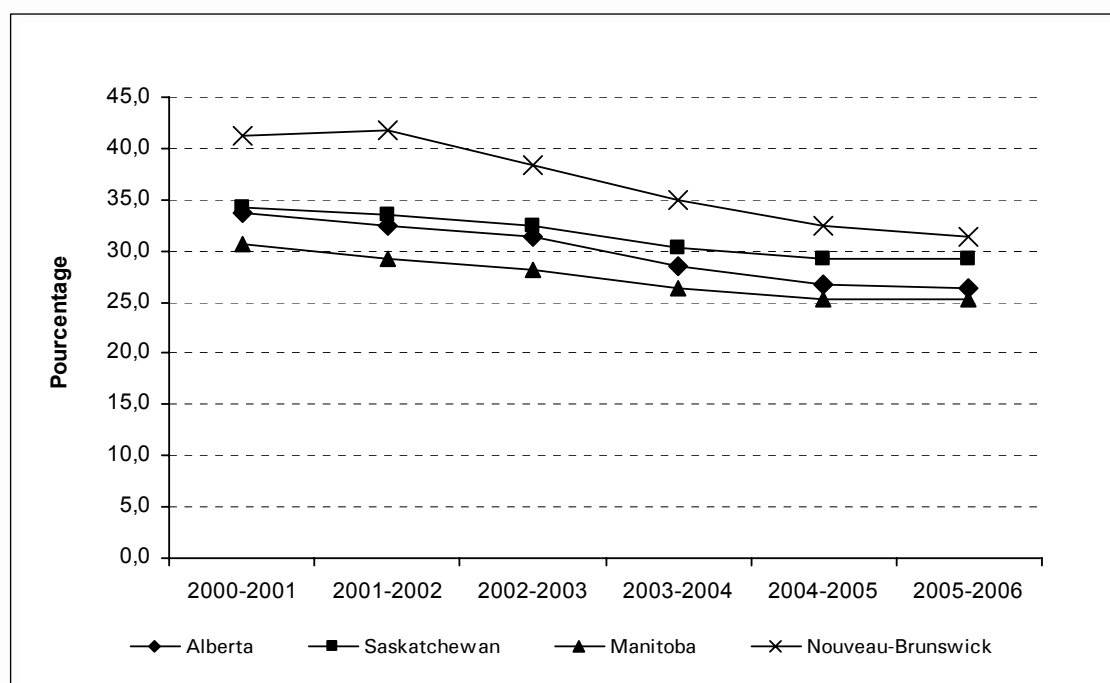
Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

Bien que les caractéristiques démographiques de la population âgée dans les quatre provinces visées par l'étude soient similaires à celles de la population de demandeurs âgés en 2005-2006 (voir l'annexe E), la proportion de femmes et celle de personnes de plus de 75 ans sont plus élevées parmi les demandeurs. Ces données témoignent des taux plus élevés d'utilisation de médicaments chez les femmes et les personnes très âgées. Ces proportions plus élevées de femmes et de personnes très âgées, en particulier celles de plus de 85 ans, sont encore plus marquées au Nouveau-Brunswick.

Aperçu de l'analyse : Demandes de remboursement de médicaments inscrits sur la liste Beers

Il ressort de l'analyse des demandes de remboursement faites par des personnes âgées en 2000-2001 pour des médicaments inscrits sur la liste Beers que les taux normalisés d'utilisation chez les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement varient de 30,6 % au Manitoba à 41,2 % au Nouveau-Brunswick (voir la figure 2). À l'exception d'une hausse entre 2000-2001 et 2001-2002 au Nouveau-Brunswick, l'incidence de l'utilisation de médicaments de la liste Beers par des personnes âgées a diminué tous les ans dans les quatre provinces. En 2005-2006, le taux d'utilisation de ces médicaments chez les personnes âgées oscillait entre 25,2 % au Manitoba et 31,3 % au Nouveau-Brunswick.

Figure 2. Taux normalisés d'utilisation de médicaments de la liste Beers chez les personnes âgées adhérant au régime public d'assurance-médicament des provinces sélectionnées*, 2000-2001 à 2005-2006*

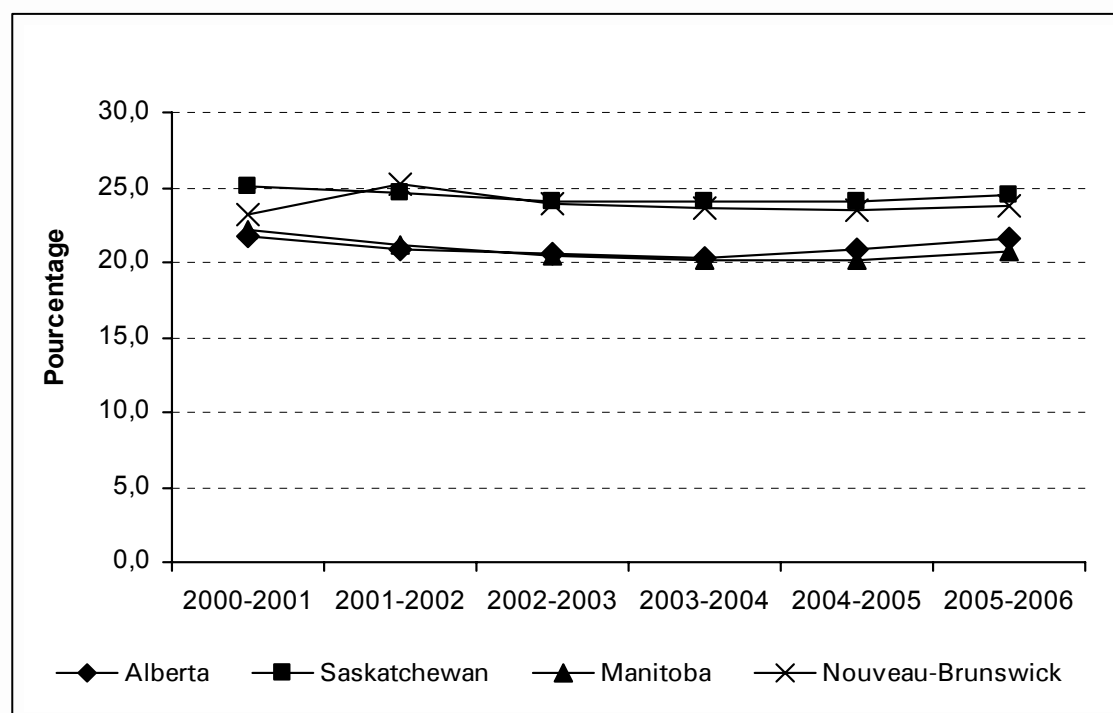


* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

Si l'on tient compte uniquement des médicaments à risque élevé de la liste Beers, les taux normalisés d'utilisation chez les personnes âgées ayant présenté au moins une demande de remboursement en 2000-2001 se situent entre 21,7 % en Alberta et 25,1 % en Saskatchewan. Ces taux sont demeurés relativement stables dans les quatre provinces entre 2000-2001 et 2005-2006 (figure 3). En 2005-2006, les taux d'utilisation des médicaments de la liste Beers présentant un risque élevé variaient de 20,7 % au Manitoba à 24,6 % en Saskatchewan. Ces taux d'utilisation des médicaments de la liste Beers chez les personnes âgées ont par ailleurs connu une légère augmentation dans les quatre provinces entre 2004-2005 et 2005-2006.

Figure 3. Taux normalisés d'utilisation de médicaments à risque élevé de la liste Beers chez les personnes âgées adhérant au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, 2000-2001 à 2005-2006



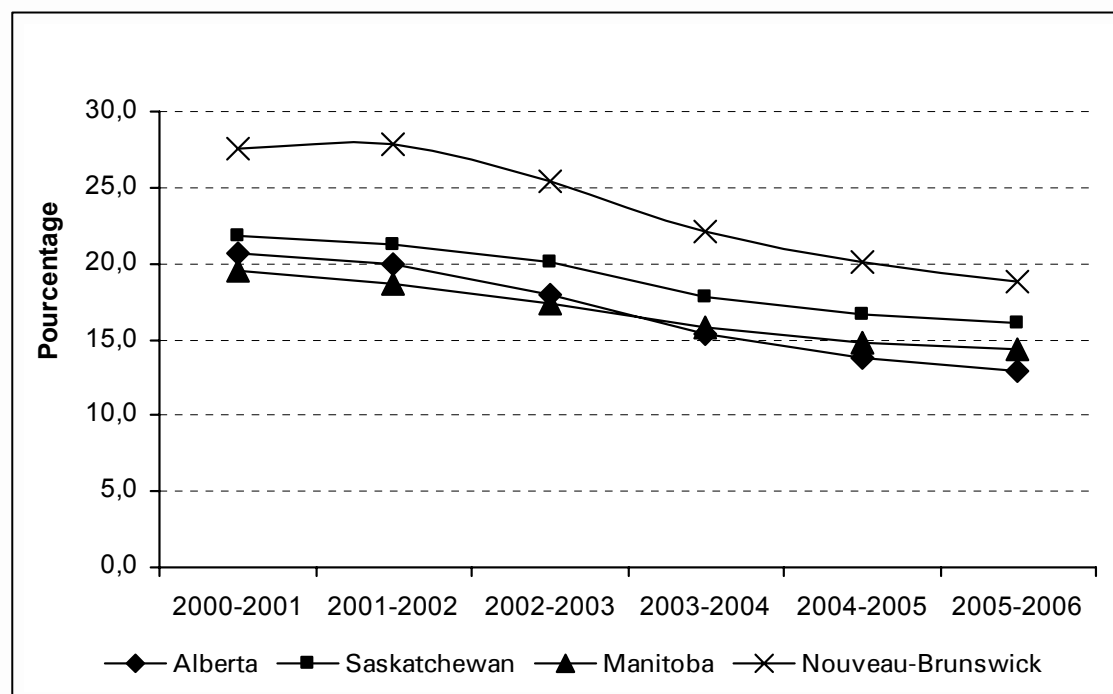
* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

Aperçu de l'analyse : Utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers

En 2000-2001, les taux d'utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers se situaient entre 19,5 % au Manitoba et 27,5 % au Nouveau-Brunswick (voir la figure 4). Entre 2000-2001 et 2005-2006, ils ont connu une baisse dans les quatre provinces. En 2005-2006, les demandeurs âgés en Alberta présentaient le taux le moins élevé d'utilisation chronique de médicaments de la liste Beers, soit 12,9 %, et ceux du Nouveau-Brunswick, le taux le plus élevé, soit 18,8 %.

Figure 4. Taux normalisés d'utilisation chronique de médicaments de la liste Beers chez les personnes âgées adhérant au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, 2000-2001 à 2005-2006

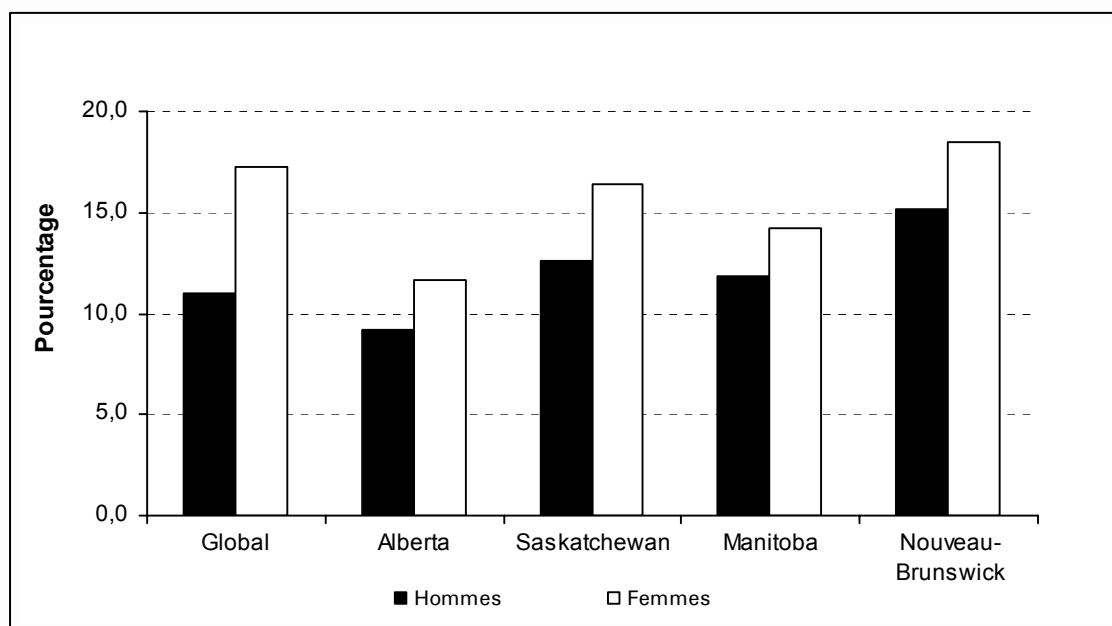


* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

Dans les quatre provinces, ce sont les femmes qui présentent les taux d'utilisation chronique les plus élevés (figure 5). En 2005-2006, parmi l'ensemble des personnes âgées qui ont fait des demandes de remboursement, le taux d'utilisation chronique s'élevait à 17,3 % chez les femmes^{viii}, comparativement à seulement 11,0 % chez les hommes.

Figure 5. Taux d'utilisation chronique des médicaments de la liste Beers chez les personnes âgées adhérant au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, selon le sexe, 2005-2006



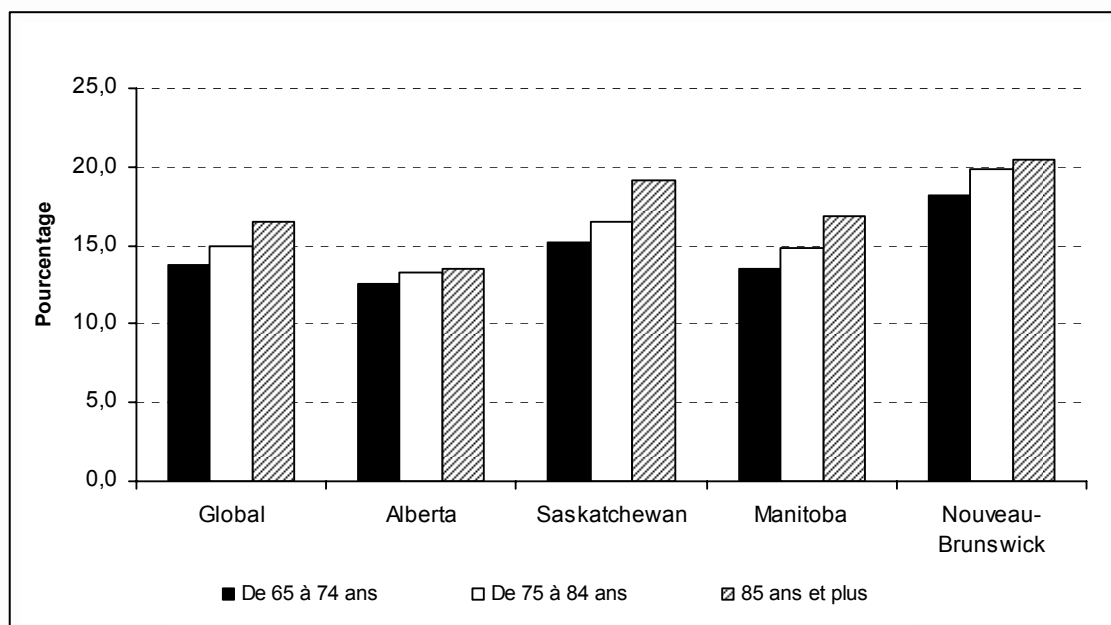
* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

L'incidence de l'utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers augmente avec l'âge dans chacune des quatre provinces (figure 6). Parmi tous les demandeurs âgés en 2005-2006, 13,7 % des 65 à 74 ans, 14,9 % des 75 à 84 ans et 16,5 % des 85 ans et plus se sont fait prescrire sur une base régulière au moins un médicament inscrit sur la liste Beers. Abstraction faite des disparités attribuables au sexe, les personnes de 85 ans et plus présentaient les taux les plus élevés d'utilisation chronique de médicaments de la liste Beers.

viii. En excluant de la présente analyse le taux d'utilisation de l'œstrogène, qui est en général prescrit uniquement aux femmes, le taux d'utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers chez les femmes âgées diminue de 3,4 %. Malgré cela, ce taux demeure plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Figure 6. Taux d'utilisation chronique des médicaments de la liste Beers chez les personnes âgées adhérant au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, selon l'âge, 2005-2006



* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

Dans les quatre provinces, la majorité des utilisateurs chroniques de médicaments de la liste Beers ne se sont fait prescrire qu'un seul médicament issu de la liste sur une base régulière pendant une année donnée. La proportion de ceux qui se sont fait prescrire plus d'un médicament inscrit sur la liste Beers au cours d'une année était similaire dans chaque province et variait de 1,5 % en Alberta à 2,9 % au Nouveau-Brunswick (tableau 1).

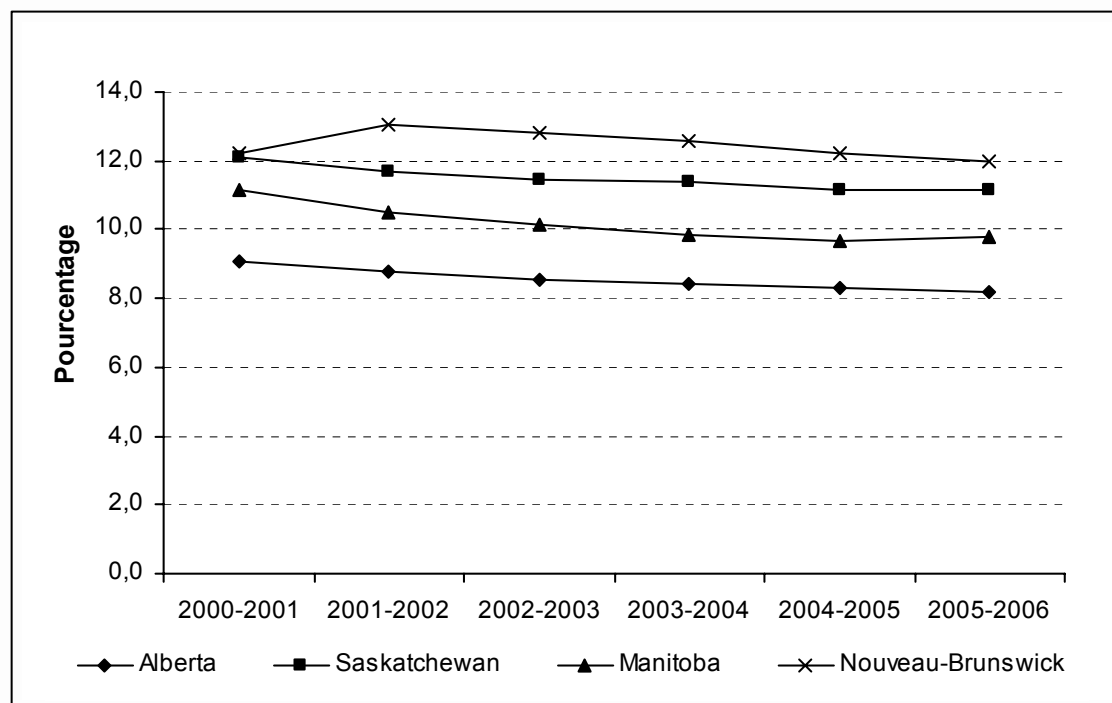
Tableau 1. Proportion normalisée de personnes âgées ayant présenté des demandes de remboursement au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées* pour des médicaments prescrits régulièrement qui figurent sur la liste Beers, 2005-2006

Nombre de médicaments	Pourcentage de demandeurs				
	Global (n = 670 154)	Alberta (n = 318 749)	Saskatchewan (n = 137 979)	Manitoba (n = 151 271)	Nouveau- Brunswick (n = 62 155)
1	12,6	11,4	13,9	12,5	15,8
2	1,6	1,4	1,9	1,6	2,5
3 et plus	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5

* Il s'agit des quatre provinces qui ont soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Si l'on tient compte uniquement des médicaments de la liste Beers qui présentent un risque élevé, les taux normalisés d'utilisation chronique chez les personnes âgées qui ont soumis au moins une demande de remboursement en 2000-2001 variaient de 9,1 % en Alberta à 12,2 % au Nouveau-Brunswick. Ces taux ont connu une baisse dans les quatre provinces entre 2000-2001 et 2005-2006 (figure 7). En 2005-2006, les taux d'utilisation chronique de médicaments de la liste Beers qui présentent un risque élevé se situaient entre 8,2 % en Alberta et 12,0 % au Nouveau-Brunswick.

Figure 7. Taux normalisés d'utilisation chronique de médicaments à risque élevé de la liste Beers chez les personnes âgées adhérant au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, 2000-2001 à 2005-2006



* Il s'agit des quatre provinces ayant soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Source : SNIUMP, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

Aperçu de l'analyse : Médicaments sélectionnés de la liste Beers

Les cinq principaux médicaments inscrits sur la liste Beers en termes de nombre d'utilisateurs chroniques sont très similaires dans les régimes publics d'assurance-médicaments des quatre provinces (tableau 2). Si l'on combine les utilisateurs chroniques dans les quatre provinces, ces cinq médicaments se trouveraient parmi les sept médicaments de la liste Beers les plus prescrits dans chacune des provinces. Les œstrogènes conjugués arrivent au premier rang en Alberta (2,6 % des demandeurs âgés s'en sont fait prescrire sur une base régulière), tandis que l'amitriptyline présentait le taux d'utilisation le plus élevé en Saskatchewan et au Manitoba. Bien qu'elle ne figure pas parmi les cinq médicaments les plus administrés aux utilisateurs chroniques dans les quatre provinces, la cimétidine, un antiacide, présentait le taux d'utilisation le plus élevé chez les demandeurs âgés du Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'une différence notable, puisque la cimétidine ne compte pas parmi les 15 médicaments les plus prescrits dans les trois autres provinces. Trois médicaments présentant un risque élevé, soit l'amitriptyline, l'oxybutynine et le témazépam (au-delà de la dose maximale), figuraient parmi les cinq médicaments les plus souvent administrés, toutes provinces confondues.

Tableau 2. Présentation des cinq premiers médicaments de la liste Beers en fonction du nombre d'utilisateurs chroniques qui ont présenté une demande au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées*, 2005-2006

Médicament***	Alberta (n = 318 749)		Saskatchewan (n = 137 979)		Manitoba (n = 151 271)		Nouveau-Brunswick (n = 62 155)	
	Pourcentage	Rang	Pourcentage	Rang	Pourcentage	Rang	Pourcentage	Rang
Œstrogènes conjugués	2,6	1	1,8	3	1,5	3	2,4	3
Amitriptyline	1,9	2	3,2	1	2,8	1	2,5	2
Digoxine	1,9	3	2,7	2	2,6	2	1,7	4
Oxybutynine	1,0	4	1,8	4	0,9	5	1,1	5
Témazépam	1,0	5	1,2	5	1,0	4	1,0	7

* Il s'agit des quatre provinces qui ont soumis des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

** La cimétidine, un antiacide présentant le taux d'utilisation le plus élevé au Nouveau-Brunswick, ne comptait pas parmi les 15 médicaments les plus prescrits dans les trois autres provinces.

*** Consulter l'annexe A pour obtenir des données sur les médicaments.

Des similitudes ressortent lorsque l'on compare les hausses et les baisses de l'utilisation de chaque médicament d'une province à l'autre (tableau 3). En ce qui a trait aux médicaments utilisés par plus de 1 % des demandeurs âgés, l'amitriptyline est l'un des deux médicaments dont l'utilisation connaît la croissance la plus marquée (dans les régimes publics d'assurance-médicaments des quatre provinces), bien que le taux de croissance annuel moyen varie de façon importante.

Les œstrogènes conjugués par voie orale représentent l'un des deux médicaments ayant connu la baisse d'utilisation la plus marquée. Ce déclin pourrait être en partie attribuable à la publication d'une étude sur les risques et les avantages de l'utilisation d'œstrogènes chez les femmes dans le numéro de juillet 2002 du *Journal of the American Medical Association*¹⁰.

Tableau 3. Présentation des deux premiers médicaments de la liste Beers sur le plan de la croissance et du déclin de l'utilisation, selon la proportion d'utilisateurs chroniques parmi les personnes âgées ayant présenté une demande de remboursement au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées* (médicaments ayant fait l'objet d'une demande par au moins 1 % des adhérents âgés en 2005-2006)

Province	Médicament**	Taux de croissance annuel moyen de 2000-2001 à 2005-2006 (%) (Croissance de 2004-2005 à 2005-2006)	
Alberta	Oxybutynine	7,3	(7,5)
	Amitriptyline	4,8	(4,8)
	Digoxine	-7,2	(-8,3)
	Œstrogènes conjugués	-18,1	(-11,0)
Saskatchewan	Oxybutynine	3,9	(7,6)
	Amitriptyline	2,0	(1,3)
	Digoxine	-8,6	(-9,6)
	Œstrogènes conjugués	-18,2	(-14,4)
Manitoba	Amitriptyline	2,3	(5,1)
	Témazépam	0,6	(0,9)
	Digoxine	-7,0	(-9,9)
	Œstrogènes conjugués	-16,9	(-9,5)
Nouveau-Brunswick	Amitriptyline	18,0	(4,5)
	Sulfate ferreux	11,2	(5,8)
	Œstrogènes conjugués	-18,3	(-12,7)
	Cimétidine	-19,1	(-23,0)

* Il s'agit des quatre provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

** Consulter l'annexe A pour obtenir des données sur les médicaments.

Conclusion

Les personnes âgées courent un risque plus élevé que le reste de la population de subir des effets indésirables en raison d'une pharmacothérapie complexe ou de changements physiques liés à l'âge. À partir de données tirées du SNIUMP, la présente analyse donne un aperçu des grandes tendances dans les demandes de remboursement soumises par les personnes âgées aux régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick, en particulier des tendances observables pour les médicaments qui, selon la liste Beers, ne devraient pas être administrés à des personnes âgées dans la mesure du possible. Cependant, puisque les données sur les demandes de remboursement de médicaments contiennent peu de renseignements cliniques détaillés, l'analyse ne permet pas de conclure que chacune des réclamations touchant des médicaments inscrits sur la liste Beers est appropriée ou non dans le cas des personnes âgées. Il est notoire que des cas existent où il est nécessaire de prescrire ces médicaments à des personnes âgées. Celles-ci forment toutefois une population qui est particulièrement susceptible de subir des effets indésirables qui les obligeront à avoir davantage recours aux services de santé. L'analyse n'évalue pas non plus les incidences économiques sur le système de santé découlant, par exemple, d'activités telles que le traitement d'effets indésirables à la suite de l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste Beers.

L'analyse montre que dans les quatre provinces sélectionnées, soit l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick, le taux d'utilisation des médicaments inscrits sur la liste Beers chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments a connu une baisse entre 2000-2001 et 2005-2006. Pendant cette dernière année, le taux normalisé d'utilisation des médicaments de la liste Beers parmi les personnes âgées ayant présenté des demandes de remboursement se situait entre 25,2 % au Manitoba et 31,3 % au Nouveau-Brunswick. Toujours en 2005-2006, les taux normalisés d'utilisation chronique des médicaments inscrits sur la liste allaient de 12,9 % en Alberta à 18,8 % au Nouveau-Brunswick. Dans les quatre provinces, ce sont les femmes et les personnes de plus de 85 ans qui présentent les taux d'utilisation chronique les plus élevés parmi les personnes âgées qui ont soumis des demandes de remboursement.

L'étude *Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors Living in the Community*, qui a porté sur les demandes de remboursement de médicaments effectuées par des personnes âgées en Saskatchewan en 2003-2004, révèle que le taux d'utilisation des médicaments inscrits sur la liste Beers montre clairement qu'il y a largement place à l'amélioration en ce qui a trait à la réduction du taux de délivrance de ces médicaments en Saskatchewan⁴. La présente analyse indique que le taux de demandes de remboursement visant des médicaments inscrits sur la liste Beers par des personnes âgées a connu une baisse au cours des six dernières années. La croissance soutenue de la population âgée nécessitera cependant un suivi des tendances dans les demandes de remboursement pour ces médicaments.

Annexe A – Médicaments inclus dans l'analyse

L'analyse a porté sur les médicaments ci-dessous inscrits sur la version 2003 de la liste Beers¹ qui sont vendus au Canada et associés aux codes de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC). (L'article¹ publié en 2003 fait état des questions touchant les produits soulevées par le D^r Mark H. Beers).

Code ATC	Description	Notes	Risque
A02BA01	Cimétidine		Faible
A03AA07	Dicyclovéline		Élevé
A03AA57	Dicyclovéline en association		Élevé
A03AB05	Propanthéline		Élevé
A03BA03	Hyoscyamine		Élevé
A03BA04	Alcaloïdes totaux de la belladone		Élevé
A03CA02	Clinidium et psycholeptiques		Élevé
A06AA01	Vaseline liquide		Élevé
A06AB02	Bisacodyle	À long terme	Élevé
A06AB07	Cascara	À long terme	Élevé
A06AB52	Bisacodyle en association	À long terme	Élevé
A06AB57	Cascara en association	À long terme	Élevé
A08AA01	Phentermine		Élevé
A08AA03	Amfépramone		Élevé
A08AA10	Sibutramine		Élevé
A10BB02	Chlorpropamide		Élevé
B01AC05	Ticlopidine		Élevé
B01AC07	Dipyridamole	À courte durée d'action seulement	Faible
B03AA07	Sulfate ferreux	> 325 mg/jour	Faible
B03AD03	Sulfate ferreux	> 325 mg/jour	Faible
C01AA05	Digoxine	> 0,125 mg/jour	Faible
C01BA03	Disopyramide		Élevé
C01BD01	Amiodarone		Élevé
C02AB02	Methylodopa (racémique)		Élevé
C02AC01	Clonidine		Faible
C02CA04	Doxazosine		Faible
C02CC02	Guanéthidine		Élevé
C02LB01	Methylodopa (lévogyre) et diurétiques		Élevé
C03CC01	Étacrynique acide		Faible
C04AE01	Ergoloïde mésylates		Faible
C08CA05	Nifédipine	À courte durée d'action seulement	Élevé
D04AA04	Tripélenamine		Élevé
G03CA	Œstrogènes naturels et semisynthétiques, non associés	Par voie orale seulement	Faible
G03CA03	Œstadiol	Par voie orale seulement	Faible
G03CA57	Œstrogènes conjugués	Par voie orale seulement	Faible
G04BD04	Oxybutynine	À courte durée d'action seulement	Élevé
H03AA05	Préparations pour la glande thyroïde		Élevé
J01XE01	Nitrofurangtoïne		Élevé

Analyse en bref

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

Code ATC	Description	Notes	Risque
M01AB01	Indométacine		Élevé
M01AB15	Kétorolac		Élevé
M01AC01	Piroxicam	À long terme	Élevé
M01AE02	Naproxen	À long terme	Élevé
M01AE12	Oxaprozine	À long terme	Élevé
M03BA03	Méthocarbamol		Élevé
M03BA53	Méthocarbamol en association, sauf avec psycholeptiques		Élevé
M03BB53	Chlorzoxazone en association, sauf avec des psycholeptiques		Élevé
M03BC01	Orphénadrine (citrate)		Élevé
M03BC51	Orphénadrine en association		Élevé
M03BX08	Cyclobenzaprine		Élevé
N02AB02	Péthidine		Élevé
N02AC04	Dextropropoxyphène		Faible
N02AC54	Dextropropoxyphène en association, sauf avec des psycholeptiques		Faible
N02AD01	Pentazocine		Élevé
N02CX02	Clonidine		Faible
N03AE01	Clonazépam		Élevé
N05AB03	Perphénazine		Élevé
N05AC02	Thioridazine		Élevé
N05BA01	Diazépam		Élevé
N05BA02	Chlordiazépoxyde		Élevé
N05BA04	Oxazépam	> 60 mg/jour	Élevé
N05BA05	Clorazépate potassique		Élevé
N05BA06	Lorazépam	> 3 mg/jour	Élevé
N05BA08	Bromazépam		Élevé
N05BA12	Alprazolam	> 2 mg/jour	Élevé
N05BB01	Hydroxyzine		Élevé
N05CD01	Flurazépam		Élevé
N05CD02	Nitrazépam		Élevé
N05CD05	Triazolam	> 0,25 mg/jour	Élevé
N05CD07	Témazépam	> 15 mg/jour	Élevé
N05CD08	Midazolam		Élevé
N06AA09	Amitriptyline		Élevé
N06AA12	Doxépine		Élevé
N06AB03	Fluoxétine		Élevé
N06BA01	Amphétamine		Élevé
N06BA02	Dexamphétamine		Élevé
N06CA01	Amitriptyline et psycholeptiques		Élevé
R06AA02	Diphenhydramine		Élevé
R06AA52	Diphenhydramine en association		Élevé
R06AD02	Prométhazine		Élevé
R06AX02	Cyproheptadine		Élevé

Annexe B – Comparaison des versions 1997⁷ et 2003 de la liste Beers¹

Une comparaison des versions 1997 et 2003 de la liste Beers limitée aux médicaments potentiellement contre-indiqués sans égard au diagnostic ou à la pathologie a révélé qu'un médicament (la phénylbutazone [Butazolidin]) a été retiré de la liste, tandis que les 25 médicaments suivants y ont été ajoutés :

1. Amiodarone (Cordarone)
2. Amphétamines (à l'exception du méthylpénidate et des anorexigènes)
3. Cimétidine (Tagamet)
4. Clonidine (Catapres)
5. Cyclandélate (Cyclospasmol)
6. Fluoxétine quotidienne (Prozac)
7. Thyroïde desséchée
8. Doxazosine (Cardura)
9. Œstrogènes chez les femmes âgées
10. Acide éthacrynique (Edecrin)
11. Sulfate ferreux, en doses supérieures à 325 mg
12. Guanadrel (Hylorel)
13. Guanéthidine (Ismelin)
14. Isoxsuprine (Vasodilan)
15. Kétorolac throméthamine (Toradol)
16. Mésoridazine (Serentil)
17. Méthyltestostérone (Android, Virilon et Testrad)
18. Huile minérale
19. Nitrofurantoïne (Macrochantin)
20. AINS non sélectifs de la COX (naproxène [Naprosyn], oxaprozine et piroxicam)
21. Orphénadrine (Norflex)
22. Réserpine, en doses supérieures à 0,25 mg/jour
23. Nifédipine à courte durée d'action (Procardia et Adalat)
24. Laxatifs stimulants risquant d'exacerber les maladies intestinales (sauf en présence de douleurs chroniques nécessitant le recours à des analgésiques opiacés)
25. Thioridazine (Mellaril)

Par ailleurs, des modifications ont été apportées aux critères indiquant un risque potentiel pour la santé des personnes âgées dans le cas de quatre médicaments :

1. la réserpine (Serpasil et Hydropres), à des doses supérieures à 0,25 mg;
2. l'oxybutynine (Ditropan) — la restriction porte désormais uniquement sur la formule à libération immédiate, et non sur celle à libération prolongée;
3. les suppléments de fer, à des doses de sulfate ferreux supérieures à 325 mg;
4. la dipyridamole (Persantine) — la restriction porte désormais uniquement sur les versions à courte durée d'action, car la dipyridamole à longue durée d'action a des propriétés convenant mieux aux personnes âgées que celle à courte durée d'action (sauf chez les patients avec valvules artificielles).

Annexe C – Systèmes de classification des médicaments

Les médicaments peuvent être analysés à l'aide de nombreux systèmes de classification. Les systèmes suivants ont été utilisés aux fins de la présente analyse :

- Le numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada. À chaque DIN correspondent un fabricant, une marque de commerce, un ou des ingrédients actifs, la puissance de chaque ingrédient actif et une forme dosifiée. Dans la présente analyse, les références aux médicaments ne s'appliquent qu'à la concentration propre au DIN.
- Le système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé, tiré de la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada^{ix}.
 - Dans ce système de classification, les médicaments sont divisés en groupes selon l'organe ou l'appareil sur lequel ils agissent, ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
 - Il ne fait pas de distinction entre la puissance, la dose, la voie d'administration ou la forme du médicament, sauf lorsque le nom l'indique (p. ex., corticostéroïde par aérosol).
 - Les médicaments sont classés en groupes répartis sur cinq différents niveaux :
 - Ils sont divisés en 14 groupes principaux (premier niveau), assortis d'un sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique (deuxième niveau).
 - Les niveaux trois et quatre sont des sous-groupes chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
 - Les niveaux deux, trois et quatre sont souvent utilisés pour identifier les sous-groupes pharmacologiques lorsque ceux-ci sont plus appropriés que les sous-groupes thérapeutiques ou chimiques.
 - Le niveau cinq correspond à la substance chimique.

ix. Même si, en général, Santé Canada attribue un code ATC de niveau cinq aux médicaments, il peut en certains cas leur attribuer un code de niveau quatre, voire de niveau trois.

Annexe D – Facteurs de conversion des produits en formes dosifiées non solides

DIN	Description uniforme de l'ICIS	Facteur de conversion
00016314	Periactin 0,4 mg/ml sirop	10
00022918	Benadryl 2,5 mg/ml sol.	10
00024694	Atarax 2mg/ml sirop	10
00230197	Gravol 3 mg/ml sirop	10
00232971	Novo Furan 5mg/ml susp.	10
00583979	PMS prométhazine 2 mg/ml sirop	10
00587923	Naprosyn 25 mg/ml susp.	10
00741817	PMS Hydroxyzine 2 mg/ml sirop	10
00792705	PMS diphénhydramine 2,5 mg/ml sol.	10
00804193	Allernix 2,5 mg/ml sol.	10
02019698	Benadryl pour enfants 2,5 mg/ml sol.	10
02019736	Benadryl 2,5 mg/ml sol.	10
02162431	Naprosyn 25 mg/ml susp.	10
00017841	Fer-In-Sol 125 mg/ml sol.	5
00017884	Fer-In-Sol 6 mg/ml sirop	5
00018023	Bentylol 2 mg/ml sirop	5
00027375	Mellaril 2 mg/ml susp.	5
00167681	Huile minérale sol.	5
00179051	Huile minérale sol.	5
00238643	Extrait fluide de Cascara sol.	5
00242713	Lanoxin pédiatrique 0,05 mg/ml sol.	5
00286265	Dulcolax Micro 2 mg/ml susp.	5
00392731	Dimenhydrinate Inj. 10 mg/ml sol.	5
00481386	Huile minérale 100 % sol.	5
00485802	Huile minérale 100 % sol.	5
00704172	Huile minérale lourde USP 100 % sol.	5
00758469	Ferodan 30 mg/ml sirop	5
00762954	Fer-In-Sol 75 mg/ml sol.	5
00792675	PMS sulfate ferreux 30 mg/ml sol.	5
01916750	Tagamet 60 mg/ml sol.	5
01917021	Prozac 4 mg/ml sol.	5
01924753	Ditropan 1 mg/ml sirop	5
01970461	Cascara Sagrada Arom. liquide 83,2 mg/ml sol.	5
02102978	Bentylol 2 mg/ml sirop	5
02177595	PMS fluoxétine 4 mg/ml sol.	5
02222574	PMS sulfate ferreux pour nourrissons 15 mg/ml sol	5
02223376	PMS oxybutynine 1 mg/ml sirop	5
02229553	Novo Ridazine thioridazine orale 2 mg/ml susp.	5
02231089	Apo oxybutynine 1 mg/ml sirop	5
02231328	Apo fluoxétine Oral 4 mg/ml sol.	5

Analyse en bref

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

DIN	Description uniforme de l'ICIS	Facteur de conversion
02242320	Lanoxin Pediatric Digoxin C.S.D. 0,05 mg/ml sol.	5
02243085	Apo Cimétidine Oral 60 mg/ml sol.	5
02162644	Toradol Im 10 mg/ml sol.	1
00012874	Valium Inj. Roche 5 mg/ml sol.	1
00013579	Gravol Im. 50 mg/ml sol.	1
00023205	Benadryl Inj. 50 mg/ml sol.	1
00028002	Trilafon Inj. 5 mg/ml sol.	1
00033308	Demerol HCl 10 % 100 mg/ml sol.	1
00036242	Demerol HCl 5 % 50 mg/ml sol.	1
00307181	Cascara Aromatique 250 mg/ml sol.	1
00399728	Diazépam injection USP 5 mg/ml sol.	1
00497452	Mépéridine HCl injection 50 mg/ml sol.	1
00497479	Mépéridine HCl injection 100 mg/ml sol.	1
00557773	Ativan Inj. 4 mg/ml sol.	1
00567434	Prométhazine HCl Inj. USP 25 mg/ml sol.	1
00596612	Diphénhydramine hydrochloride injection USP 50 mg/ml sol.	1
00725749	Mépéridine hydrochloride injection USP 100 mg/ml sol.	1
00725765	Mépéridine hydrochloride injection USP 50 mg/ml sol.	1
00766011	Versed inj. 5 mg/ml sol.	1
00775320	PMS thioridazine 30 mg/ml sol.	1
00784516	Versed inj. 1 mg/ml sol.	1
01927566	Phénergan inj. 25 mg/ml sol.	1
01928368	Demerol inj. 50 mg/ml sol.	1
01928376	Demerol inj. 75 mg/ml sol.	1
01928384	Demerol inj. 100 mg/ml sol.	1
02041405	Ativan injection 4 mg/ml sol.	1
02048264	Digoxine injection C.S.D. 0,25 mg/ml sol.	1
02137992	Demerol Im Sc 50 mg/ml sol.	1
02139022	Demerol Im Iv Sc 50 mg/ml sol.	1
02139030	Demerol 10 % Im Iv Sc 100 mg/ml sol.	1
02139049	Demerol Im Iv Sc 75 mg/ml sol.	1
02139715	Demerol 10 % Im Sc 100 mg/ml sol.	1
02240286	Midazolam injection 5 mg/ml sol.	1
02242002	Demerol 50 mg/ml sol.	1
02242003	Demerol 50 mg/ml sol.	1
02242005	Demerol 100 mg/ml sol.	1
02242006	Demerol 100 mg/ml sol.	1
02243253	Apo midazolam inj. 1 mg/ml sol.	1
02243278	Lorazépam injection USP 4 mg/ml sol.	1
02243989	Apo ketorolac inj. 30 mg/ml sol.	0,333
02162652	Toradol Im 30 mg/ml sol.	0,333
02239944	Ketorolac trométhamine injection USP 30 mg/ml sol.	0,333

Annexe E – Répartition de la population âgée et des personnes âgées ayant présenté une demande de remboursement au régime public d'assurance-médicaments des provinces sélectionnées^x, selon l'âge et le sexe, 2005-2006

Alberta

Groupe	Population âgée (n = 343 682)	Demandeurs (n = 318 749)
Hommes	44,7 %	43,6 %
Femmes	55,3 %	56,4 %
De 65 à 74 ans	53,9 %	50,0 %
De 75 à 84 ans	34,4 %	36,7 %
85 ans et plus	11,7 %	13,3 %

Saskatchewan

Groupe	Population âgée (n = 146 857)	Demandeurs (n = 137 979)
Hommes	43,5 %	41,8 %
Femmes	56,5 %	58,2 %
De 65 à 74 ans	47,2 %	43,5 %
De 75 à 84 ans	36,7 %	37,1 %
85 ans et plus	16,1 %	19,4 %

Manitoba

Groupe	Population âgée (n = 158 486)	Demandeurs (n = 151 271)
Hommes	42,7 %	41,5 %
Femmes	57,3 %	58,5 %
De 65 à 74 ans	48,6 %	45,5 %
De 75 à 84 ans	36,9 %	37,0 %
85 ans et plus	14,5 %	17,6 %

x. Il s'agit des quatre provinces qui soumettaient des données sur les demandes de remboursement de médicaments au SNIUMP en date de juin 2007.

Analyse en bref

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

Nouveau-Brunswick

Groupe	Population âgée (n = 105 024)	Demandeurs (n = 62 155)
Hommes	42,9 %	37,2 %
Femmes	57,1 %	62,8 %
De 65 à 74 ans	52,1 %	43,3 %
De 75 à 84 ans	34,8 %	37,4 %
85 ans et plus	13,1 %	19,4 %

Références

1. D. M. Fick, J. W. Cooper, W. E. Wade, J. L. Waller, J. R. Maclean et M. H. Beers, « Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults », *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, n° 22 (8 décembre 2003), p. 2716-2724.
2. C. Rancourt, J. Moisan, L. Baillargeon, R. Verreault, D. Laurin et J. P. Grégoire, « Potentially Inappropriate Prescribing for Older Patients in Long-Term Care », *BMC Geriatrics 2004*, vol. 4, n° 9 (15 octobre 2004). Consulté le 28 août 2006. Internet : <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/9>>, tiré initialement de J. T. Hanlon, K. E. Shmader, C. M. Ruby et M. Weinberger, « Suboptimal Prescribing in Older Inpatients and Outpatients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 2 (février 2001), p. 200-209.
3. P. Patel et P. J. Zed, « Drug-Related Visits to the Emergency Department: How Big Is the Problem? », *Pharmacotherapy*, vol. 22, n° 7 (juillet 2002), p. 915-923.
4. L. Clatney, L. Gander, G. F. Teare, J. Xie et B. T. B. Chan, *Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors Living in the Community*, Saskatoon, Conseil de la qualité de la santé, 2005.
5. L. Clatney, L. Gander, G. F. Teare, J. Xie et B. T. B. Chan, *Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors Living in the Community (Technical Appendix)*, Saskatoon, Conseil de la qualité de la santé, 2005.
6. M. H. Beers, J. G. Ouslander, J. Rollingher, D. B. Reuben et J. C. Beck, « Explicit Criteria for Determining Inappropriate Drug Use in Nursing Home Residents », *Archives of Internal Medicine*, vol. 151, n° 9 (1^{er} septembre 1991), p. 1825-1832.
7. M. H. Beers, « Explicit Criteria for Determining Potentially Inappropriate Drug Use by the Elderly », *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, n° 14 (28 juillet 1997), p. 1531-1536.
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, *Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment*, 9^e ed., Oslo, Norwegian Institute of Public Health, décembre 2006, p. 12-14.
9. Statistique Canada, Division de la démographie, totalisation spéciale, juin 2006.
10. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, « Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women, Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 3 (2002), p. 321-333.
11. Association des pharmaciens du Canada, *Compendium of Pharmaceutical Specialities 2006*, Ottawa, 2006.