



Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-706-2 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *Drug Use Among Seniors in Canada, 2016*.

ISBN 978-1-77109-705 (PDF)

Table des matières

Remerciements	5
À propos de l'ICIS	7
Points saillants	8
Renseignements	10
Introduction	11
Nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées	13
Nombre de médicaments différents	13
Variations selon l'autorité compétente	16
Variations en fonction des facteurs sociodémographiques	17
Hospitalisations en raison d'une réaction indésirable aux médicaments	22
Catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites aux personnes âgées	24
Principales catégories de médicaments	24
Opioïdes	26
Variations en fonction des facteurs sociodémographiques	28
Prescription potentiellement inappropriée de médicaments aux personnes âgées	33
Nombre et types de médicaments prescrits	33
Variations entre autorités compétentes	36
Variations en fonction des facteurs sociodémographiques	38
Inhibiteurs de la pompe à protons	41
Benzodiazépines	43
Prescriptions aux personnes âgées en soins de longue durée	44
Nombre de médicaments prescrits	45
Prescription potentiellement inappropriée	49
Conclusion	52
Annexe A : Glossaire	54
Annexe B : Notes méthodologiques	57
Annexe C : Personnes âgées et demandeurs âgés au titre d'un régime public d'assurance médicaments	66
Annexe D : Pourcentage du nombre total de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées et payées au titre d'un régime public d'assurance médicaments	68

Annexe E : Facteurs de risque associés aux hospitalisations liées à des RIM.	69
Annexe F : Les 10 catégories de médicaments les plus fréquemment associées aux hospitalisations liées à des RIM chez les personnes âgées.	70
Annexe G : Les 10 médicaments de la liste Beers les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, Canada, 2016	71
Annexe H : Résidents d'établissements de soins de longue durée	72
Annexe I : Texte de remplacement pour les figures	73
Références	76

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remercie les groupes suivants pour leur contribution à l'élaboration du rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016* :

- Programme de médicaments sur ordonnance, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
- Régime provincial d'assurance médicaments, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard
- Services pharmaceutiques, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Direction des services pharmaceutiques, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Régime public d'assurance médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec
- Unité de la coordination des services pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Direction des programmes de médicaments, ministère de la Santé du Manitoba
- Direction du régime d'assurance médicaments et des prestations complémentaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Programmes d'assurance médicaments et de prestations complémentaires, ministère de la Santé de l'Alberta
- Programme d'assurance maladie et d'assurance médicaments, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Régimes d'assurance médicaments et d'assurance santé complémentaire, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Direction des services de santé non assurés, Santé Canada

L'ICIS remercie également les personnes suivantes pour leurs judicieux conseils concernant le rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016* :

- Sara J. T. Guilcher, physiothérapeute, Ph. D., professeure adjointe, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto; scientifique auxiliaire, Institut de recherche en services de santé; scientifique affiliée au Centre de solutions en santé urbaine, Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's
- D^{re} Paula A. Rochon, M.D., M.H.P., FRCPC, scientifique principale, Institut de recherche de l'Hôpital Women's College; vice-présidente, Recherche, Hôpital Women's College; professeure, Département de médecine, Université de Toronto, titulaire de la chaire de médecine gériatrique de Retired Teachers of Ontario (RTO)/Enseignants retraités de l'Ontario (ERO)

- D^{re} Cheryl A. Sadowski, pharmacienne, B. Sc. (pharm.), Pharm. D., FCSHP, professeure agrégée, Faculté de pharmacie et des sciences pharmaceutiques, Université de l'Alberta
- D^{re} Cara Tannenbaum, M.D., M. Sc., directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada; professeure, Faculté de médecine et Faculté de pharmacie, Université de Montréal; directrice, Réseau canadien pour la déprescription

Il est à 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) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens.

Nous fournissons des données et de l'information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Nos intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels notre vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur la santé, en parallèle avec nos rapports et analyses fondés sur des données probantes. Soucieux de protéger la vie privée des Canadiens, nous assurons la confidentialité et l'intégrité des renseignements sur la santé que nous fournissons.

La réalisation de la présente analyse est rendue possible grâce à l'apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans le présent rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ni des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Points saillants

Le rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016* brosse un portrait détaillé du nombre et des types de médicaments prescrits aux personnes âgées (65 ans et plus) de toutes les provinces canadiennes et du Yukon et à celles inscrites au régime d'assurance médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Des analyses ciblées y examinent aussi l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés, de même que l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées qui vivent dans un établissement de soins de longue durée. Dans la mesure du possible, les résultats ont été répartis en fonction du sexe, de l'âge, du revenu du quartier et de l'emplacement géographique (région urbaine, région rurale ou éloignée).

Voici quelques constatations clés tirées du rapport :

- **Le nombre et les types de médicaments prescrits aux personnes âgées ont très peu changé de 2011 à 2016.** En 2016, les personnes âgées se sont vu prescrire 6,9 catégories de médicaments différentes, en moyenne, contre 7,1 en 2011. Environ le quart d'entre elles se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments ou plus par année. En outre, les médicaments pour soigner les troubles cardiovasculaires représentaient 5 des 10 catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites chaque année.
- **Les personnes âgées des quartiers à faible revenu et des régions rurales ou éloignées ont utilisé plus de médicaments.** Dans les 6 provinces où le quartier a pu être déterminé, 21,4 % des personnes âgées des quartiers aux revenus les plus faibles se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments ou plus, comparativement à 14,3 % des personnes âgées des quartiers aux revenus les plus élevés. Par ailleurs, 20,4 % des personnes âgées vivant dans des régions rurales ou éloignées se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments ou plus, contre 16,8 % des personnes âgées vivant dans des régions urbaines.
- **Le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées était le principal facteur en cause dans les hospitalisations liées à des réactions indésirables aux médicaments (RIM).** Les personnes âgées qui se sont vu prescrire de 10 à 14 catégories de médicaments risquaient 5 fois plus d'être hospitalisées en raison d'une RIM que celles qui se sont vu prescrire de 1 à 4 catégories de médicaments (après ajustement en fonction d'autres facteurs). Ce risque était par ailleurs 8 fois plus élevé pour celles qui s'étaient vu prescrire 15 catégories de médicaments ou plus.

- **Les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée (SLD) se sont vu prescrire plus de médicaments que celles qui vivaient dans la collectivité, soit 9,9 catégories de médicaments différentes, en moyenne, contre 6,7.** L'utilisation d'opioïdes et d'antidépresseurs était par ailleurs plus marquée chez les personnes âgées qui résidaient dans un établissement de SLD. Ces dernières se sont vu prescrire des opioïdes 2 fois plus souvent (39,9 % contre 20,4 %) que les personnes âgées qui vivaient dans la collectivité, et des antidépresseurs plus de 3 fois plus souvent (60,3 % contre 19,1 %).
- **L'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés a baissé.** L'utilisation chronique de médicaments potentiellement inappropriés (selon les critères Beers de 2015) a diminué, passant de 33,9 % des personnes âgées en 2011 à 31,1 % en 2016. Le recours aux antipsychotiques et aux benzodiazépines a diminué, sans doute en partie grâce aux initiatives mises en œuvre pour en réduire l'utilisation. Le recours aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) — eux aussi ciblés par des initiatives semblables — a cependant augmenté au cours de la même période.

Renseignements

Le produit complémentaire ci-dessous est offert sur le site Web de l'ICIS au icis.ca/fr :

[Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données \(.xlsx\)](#)

Introduction

Bien que les personnes âgées (65 ans et plus) ne représentent que 17 % de la population canadienne, on estime qu'elles occasionnent environ 40 % des dépenses liées aux médicaments prescrits et 55 % des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments¹⁻³. La population des personnes âgées augmente plus vite que toute autre population au Canada — elle a affiché un taux de croissance moyen de 3,9 % par année de 2011 à 2016 (comparativement à un taux moyen de 0,6 % chez les personnes de moins de 65 ans)¹. Les personnes âgées utilisent en moyenne plus de médicaments que tout autre groupe d'âge, surtout en raison de leur prédisposition à un plus grand nombre d'affections chroniques⁴⁻⁸. Or la consommation de plusieurs médicaments est associée à un taux accru d'utilisation potentiellement inappropriée de médicaments et à un risque accru d'événement indésirable lié aux médicaments⁹⁻¹¹. Les personnes âgées sont exposées à un risque plus élevé d'événements indésirables, car elles subissent des changements physiologiques liés à l'âge et prennent souvent plus de médicaments que les moins de 65 ans. La consommation de plusieurs médicaments accroît en outre le taux de visites à l'urgence et d'hospitalisations¹²⁻¹⁴.

Le présent rapport est divisé en 4 grandes sections :

- Nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées
- Catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites aux personnes âgées
- Prescription potentiellement inappropriée de médicaments aux personnes âgées
- Prescriptions aux personnes âgées en soins de longue durée

S'il y a lieu, les résultats de l'analyse sont présentés en fonction du sexe, de l'âge, du revenu du quartier et de l'emplacement géographique.

Le présent rapport intègre des données sur toutes les provinces canadiennes et le Yukon et sur le régime fédéral d'assurance médicaments administré par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Le rapport utilise les données extraites des demandes de remboursement de médicaments du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) et repose sur 2 rapports antérieurs de l'ICIS qui examinaient eux aussi l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées (publiés en 2010 et en 2014). Contrairement aux 2 rapports antérieurs, le présent rapport inclut des données provenant de Terre-Neuve-et-Labrador, du Québec et du Yukon.

Les données sur les demandes de remboursement indiquent que les médicaments prescrits ont été délivrés, mais ne précisent pas s'ils ont été pris ou non. Par conséquent, elles ne reflètent pas toujours l'utilisation. Dans les faits, le patient peut prendre la totalité, une partie seulement ou aucun des médicaments délivrés. Les calculs ne tiennent pas compte

des personnes qui n'ont pas présenté de demandes de remboursement au titre d'un régime public d'assurance médicaments. Ces personnes ne représentent toutefois qu'un pourcentage relativement faible de la population âgée. Enfin, à moins d'indication contraire, l'analyse exclut les demandes de remboursement qui n'ont pas été acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments. Consultez l'annexe A pour en savoir plus sur les termes employés dans le présent rapport, et l'annexe B pour prendre connaissance des notes méthodologiques.

Nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées

Cette section du rapport porte sur le nombre de catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées au Canada. Le nombre de médicaments est réparti en fonction du sexe, de l'âge, du revenu du quartier et de l'emplacement géographique (région urbaine, région rurale ou éloignée), ce qui fait ressortir les différences dans les tendances d'utilisation. Une analyse complémentaire examine aussi la corrélation entre le nombre de médicaments prescrits et la probabilité d'être hospitalisé en raison d'une réaction indésirable aux médicaments. Les valeurs renvoient au nombre total de médicaments prescrits au cours de l'année et non pas nécessairement au nombre de médicaments pris à un moment déterminé. La présente section vise à répondre aux questions suivantes :

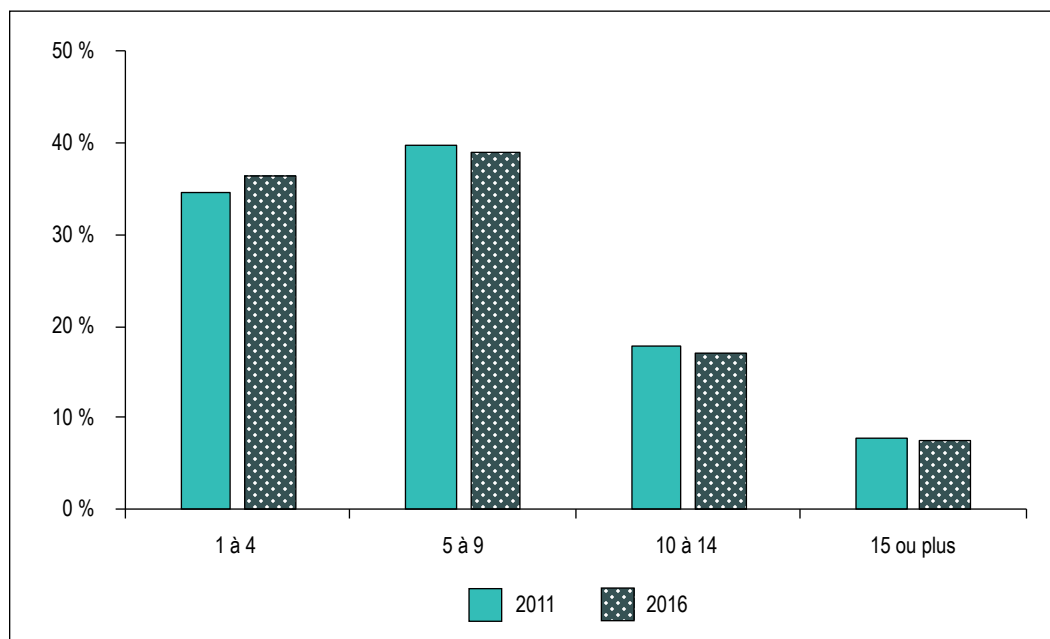
- Combien de médicaments différents sont prescrits aux personnes âgées?
- Comment le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées varie-t-il d'une autorité compétente à l'autre?
- Comment ce nombre varie-t-il en fonction des facteurs sociodémographiques?
- Les personnes âgées qui se voient prescrire un plus grand nombre de médicaments présentent-elles un risque accru d'hospitalisation en raison d'une réaction indésirable aux médicaments?

Nombre de médicaments différents

En 2016, près des 2 tiers (65,7 %) des personnes âgées se sont vu prescrire 5 catégories de médicaments différentes ou plus, plus du quart (26,5 %) ont reçu des ordonnances pour 10 catégories ou plus et 8,4 % pour 15 catégories ou plus. Le nombre moyen de médicaments prescrits aux personnes âgées a peu variéⁱ : de 7,1 en 2011, il se chiffrait à 6,9 en 2016 (figure 1).

i. Il y a sous-estimation du nombre total de médicaments prescrits aux personnes âgées quand seules les données provenant des régimes publics d'assurance médicaments sont prises en compte. Le Manitoba et la Colombie-Britannique ont soumis des données sur les régimes publics et privés d'assurance médicaments à l'ICIS. Dans ces provinces, le nombre moyen de catégories de médicaments passait de 5,4 (demandes de remboursement des régimes publics seulement) à 6,5 (demandes de remboursement des régimes publics et privés).

Figure 1 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments, Canada*, 2011 et 2016



Remarque

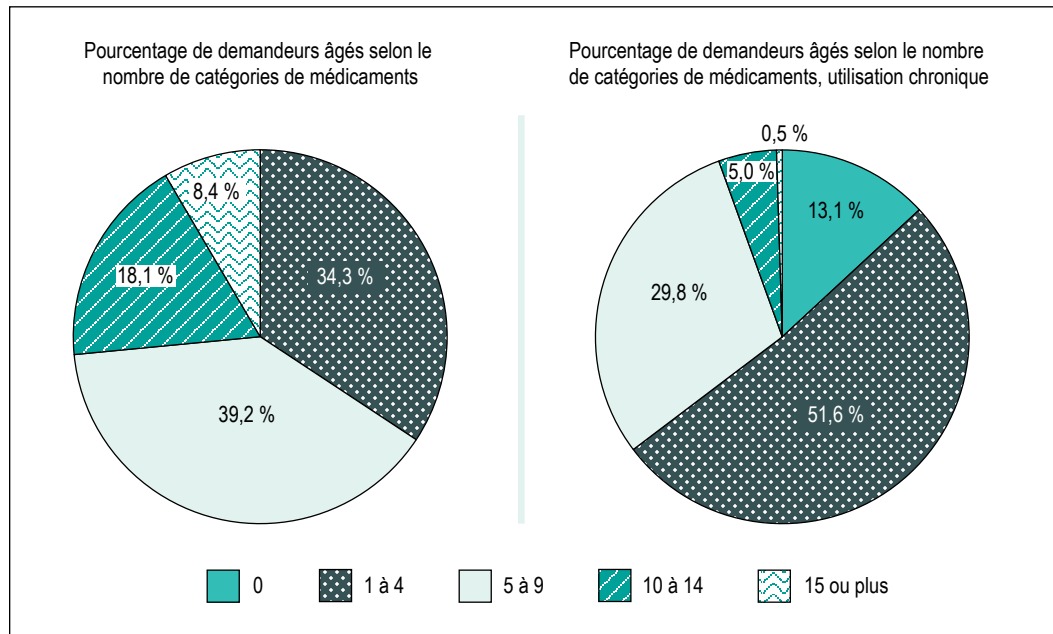
* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

Certains médicaments font l'objet d'une utilisation chronique (c.-à-d. qu'ils sont pris régulièrement sur une période de plusieurs mois, voire davantage), tandis que d'autres, par exemple les opioïdes et les anti-infectieux, sont habituellement utilisés dans le cadre d'un traitement de courte durée bien défini. Dans le présent rapport, l'utilisation chronique de médicaments désigne la situation d'une personne ayant présenté au moins 2 demandes de remboursement et reçu un approvisionnement d'au moins 180 jours pour une catégorie de médicaments donnée au cours de l'année. En 2016, environ le tiers (35,3 %) des personnes âgées faisaient un usage chronique de 5 catégories de médicaments ou plus, tandis qu'une personne âgée sur 18 (5,5 %) faisait un usage chronique de 10 catégories ou plus (figure 2). Même après ajustement en fonction du nombre total de médicaments pris, l'utilisation chronique d'un plus grand nombre de médicaments demeurait associée à un risque plus élevé d'hospitalisation, d'admission dans un établissement de soins de longue durée et de décès¹⁵. L'âge est un bon indicateur de l'utilisation chronique de médicaments, puisque la prévalence d'affections chroniques exigeant une pharmacothérapie est souvent plus élevée chez les personnes très âgées¹⁶.

Figure 2 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments et le nombre de catégories de médicaments utilisés de façon chronique, Canada*, 2016



Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

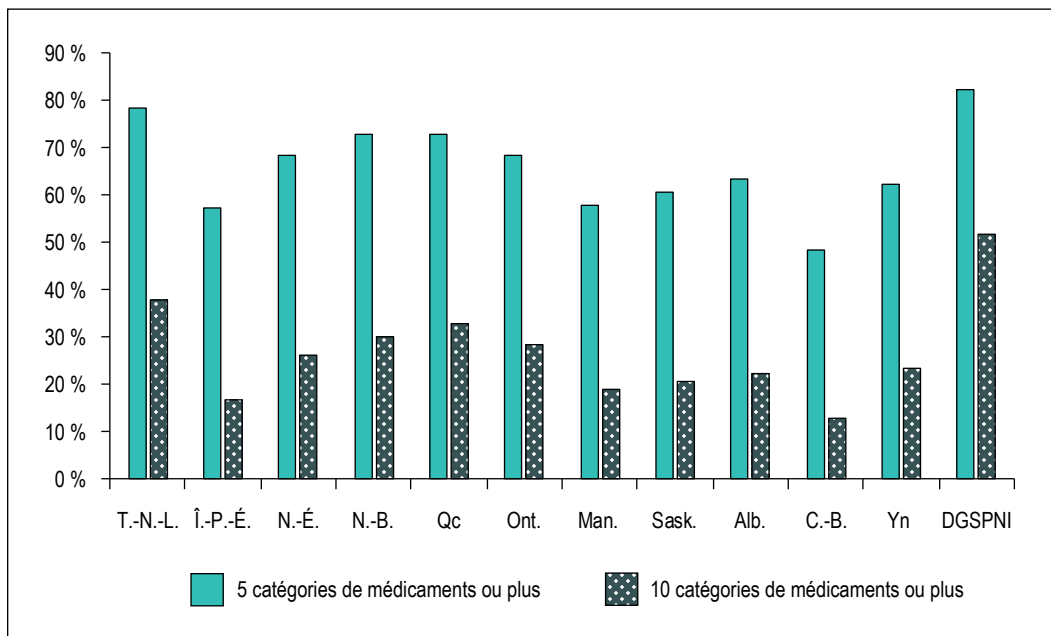
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Lorsque plusieurs médicaments font l'objet d'une utilisation chronique, le risque d'engendrer une « cascade de prescriptions » augmente, ce qui peut ensuite contribuer à faire augmenter le nombre de médicaments utilisés par les personnes âgées¹⁷. Une cascade de prescriptions débute lorsqu'un événement indésirable est interprété comme une nouvelle affection et qu'un changement de dose ou un nouveau médicament est prescrit pour traiter cet effet indésirable. Un médicament qui s'est montré efficace et inoffensif par le passé peut être à l'origine d'un événement indésirable en raison des changements physiologiques liés à l'âge qui touchent particulièrement les personnes âgées. L'hypertension qui découle de l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est un exemple courant d'événement indésirable pouvant déclencher une cascade de prescriptions lorsqu'elle mène à la prescription d'un antihypertenseur ou d'une dose plus forte d'antihypertenseur¹⁷. En 2016, 71,4 % des personnes âgées qui prenaient un AINS de façon chronique utilisaient également un antihypertenseur, contre 67,6 % des personnes âgées qui n'utilisaient pas d'AINS de façon chronique. Cette différence est statistiquement significative. Il n'est cependant pas possible de mesurer si ce sont les cascades de prescriptions ou d'autres facteurs qui en sont la cause.

Variations selon l'autorité compétente

L'utilisation de médicaments varie d'une autorité compétente à l'autre en raison de plusieurs facteurs, notamment des différences dans les caractéristiques démographiques (c.-à-d. le sexe et l'âge), la santé générale de la population et la structure du régime public d'assurance médicaments (figure 3). La proportion de personnes âgées qui se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments différentes ou plus allait de 51,5 % (personnes âgées inscrites au régime de la DGSPNI) et 37,6 % (Terre-Neuve-et-Labrador) à 16,6 % (Île-du-Prince-Édouard) et 12,9 % (Colombie-Britannique). (Pour en savoir plus sur le nombre de catégories de médicaments prescrites selon l'autorité compétente, consultez le document [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données.](#))

Figure 3 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments et l'autorité compétente, Canada*, 2016



Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Les régimes publics d'assurance médicaments offrent une couverture à une plus faible proportion de personnes âgées à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick que dans les autres autorités compétentes. Ainsi, il se peut que les taux ne soient pas représentatifs de l'ensemble de la population. Il faut donc faire preuve de prudence dans la comparaison des taux entre les autorités compétentes. (Pour en savoir plus sur les régimes publics d'assurance médicaments offerts aux personnes âgées, consultez le document [Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits : document d'information sur les régimes](#) de l'ICIS.)

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

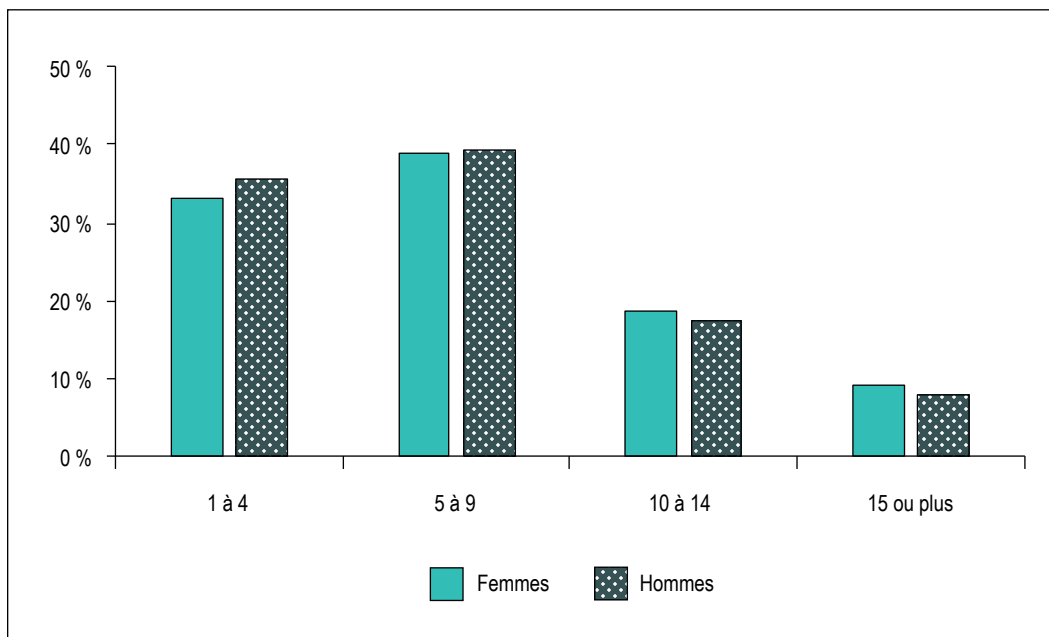
Les comparaisons relatives au nombre de médicaments remboursés doivent tenir compte de la structure du régime public d'assurance médicaments. Par exemple, le régime administré par la DGSPNI couvre plus de catégories de médicaments que la plupart des autres régimes. Par ailleurs, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, la couverture offerte par les régimes publics aux personnes âgées vise surtout celles à faible revenu et englobe une population dont les besoins sont plus marqués que les autres, ce qui fait augmenter le nombre moyen de catégories de médicaments. (Consultez les annexes C et D pour obtenir des précisions sur la population analysée dans le cadre du présent rapport.)

Variations en fonction des facteurs sociodémographiques

Sexe

En moyenne, les femmes âgées se sont vu prescrire légèrement plus de médicaments que les hommes âgés. En 2016, 66,7 % d'entre elles ont présenté des demandes de remboursement pour 5 catégories de médicaments ou plus, dont 27,7 % pour 10 catégories ou plus (figure 4). De leur côté, 64,5 % des hommes âgés ont présenté des demandes de remboursement pour 5 catégories de médicaments ou plus, dont 25,1 % pour 10 catégories ou plus. Des rapports antérieurs ont révélé que les femmes ont tendance à prendre plus de médicaments que les hommes, puisqu'elles ont tendance à présenter un plus grand nombre d'affections chroniques et à solliciter plus de soins préventifs qu'eux¹⁸⁻²⁰. Les femmes vivent également plus longtemps que les hommes, en moyenne¹, bien que leur plus grande utilisation de médicaments soit manifeste dans tous les groupes d'âge. (Pour en savoir plus sur le nombre de catégories de médicaments selon le sexe et le groupe d'âge, consultez le document [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données.](#))

Figure 4 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments et le sexe, Canada*, 2016



Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

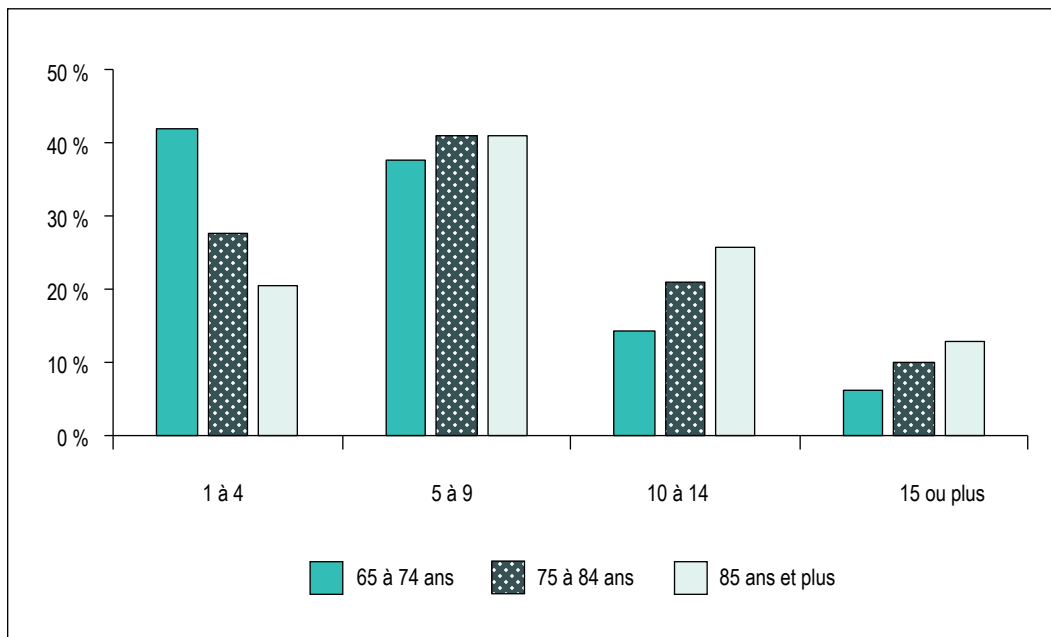
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Âge

Le nombre de catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées augmentait en fonction de l'âge (figure 5). En 2016, 58,2 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont présenté des demandes de remboursement pour 5 catégories de médicaments ou plus, 20,6 % pour 10 catégories ou plus, et 6,3 % pour 15 catégories ou plus. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, 79,6 % ont présenté des demandes visant au moins 5 catégories de médicaments, 38,4 % pour au moins 10 catégories, et 12,7 % pour 15 catégories ou plus. La même tendance a été observée chez les hommes et chez les femmes.

Figure 5 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments et le groupe d'âge, Canada*, 2016



Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

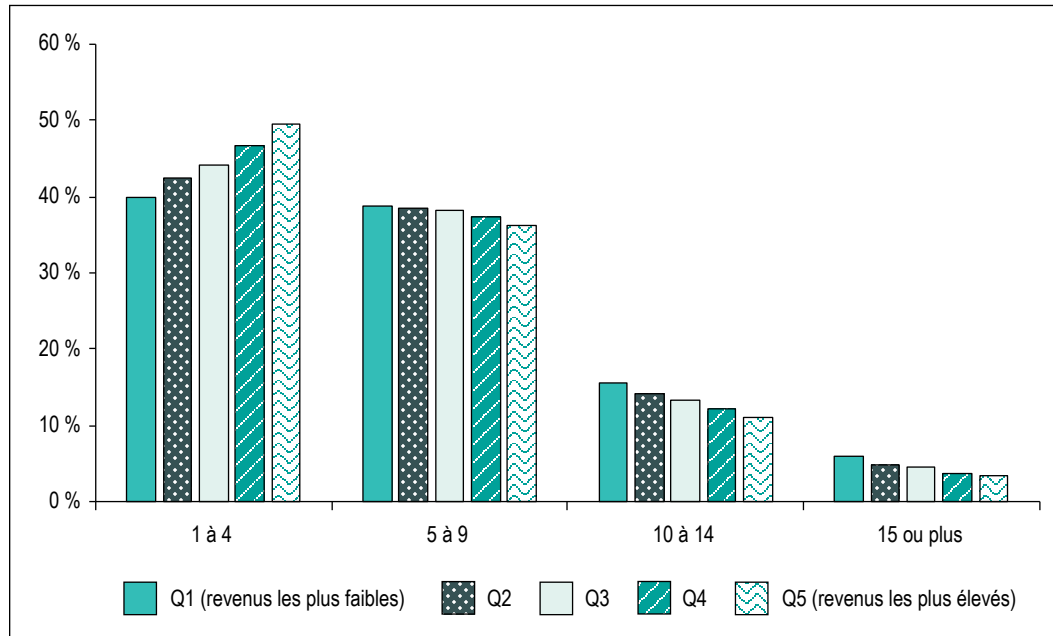
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Revenu du quartier

Les personnes âgées des quartiers aux revenus les plus faibles se sont vu prescrire un plus grand nombre de médicaments que celles des quartiers aux revenus les plus élevés (figure 6). En 2016, 21,4 % des personnes âgées vivant dans les quartiers aux revenus les plus faibles utilisaient 10 catégories de médicaments ou plus, comparativement à 14,3 % de celles vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés.

Figure 6 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments et le quintile de revenu du quartier, autorités compétentes sélectionnées*, 2016



Remarque

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

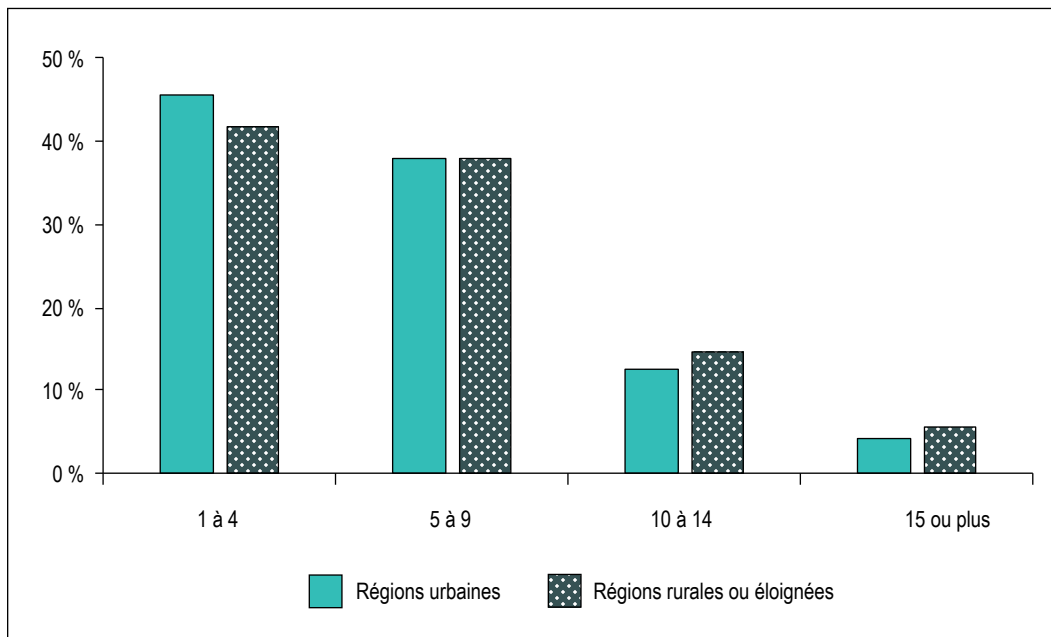
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), Statistique Canada.

Les écarts au chapitre de l'état de santé en fonction du revenu pourraient expliquer en partie cette utilisation plus marquée de médicaments chez les personnes âgées des quartiers aux revenus les plus faibles. En effet, les Canadiens aux revenus les plus faibles sont 2 fois plus susceptibles de faire état d'une maladie cardiovasculaire que ceux aux revenus les plus élevés²¹. Une étude menée en Ontario a en outre révélé que les personnes âgées à faible revenu utilisaient un nombre significativement plus élevé de médicaments que celles à revenu élevé, même après ajustement statistique en fonction des mesures de l'état de santé et du recours aux soins de santé²².

Emplacement géographique

Le taux d'utilisation de médicaments était plus élevé dans les régions rurales ou éloignées (figure 7). Au total, 20,4 % des personnes âgées vivant dans des régions rurales ou éloignées utilisaient 10 catégories de médicaments différentes ou plus, contre 16,8 % en région urbaine. Les tendances observées sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes, ainsi que dans tous les groupes d'âge. Ces tendances variaient toutefois d'une autorité compétente à l'autre. En effet, l'utilisation d'au moins 10 catégories de médicaments différentes était plus marquée dans les régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba et de l'Alberta, mais moins marquée dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, alors qu'aucune différence entre régions n'a été observée à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon. (Consultez le document [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données](#) pour en savoir plus.)

Figure 7 Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments et l'emplacement géographique, autorités compétentes sélectionnées*, 2016



Remarque

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

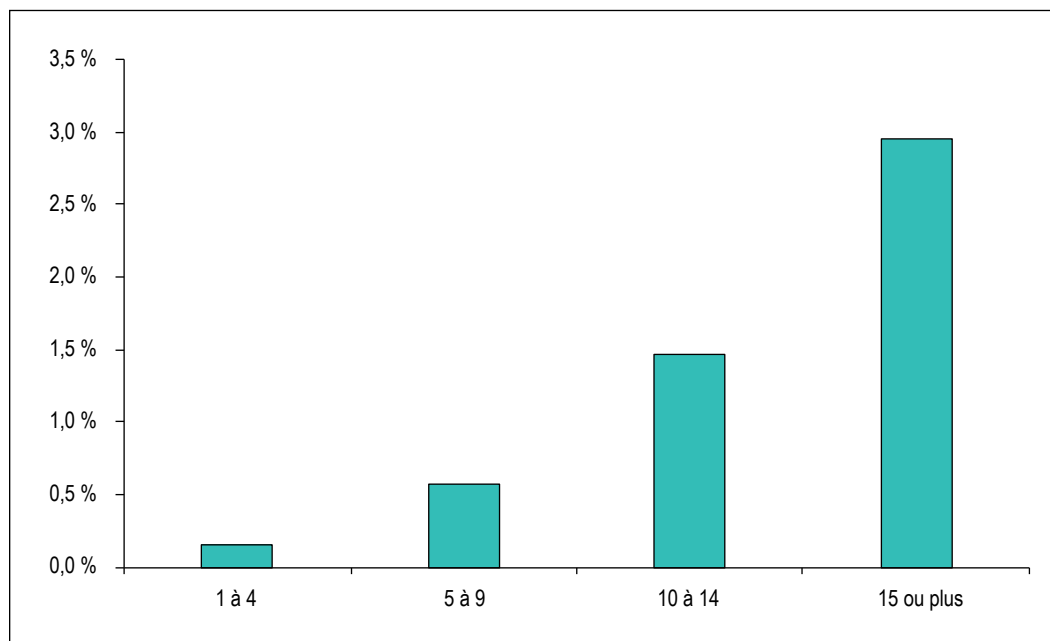
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), Statistique Canada.

Hospitalisations en raison d'une réaction indésirable aux médicaments

Les données de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) — qui contiennent des données démographiques, administratives et cliniques sur les sorties des établissements de soins de courte durée (congés, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts) — permettent de relever les hospitalisations attribuables à des réactions indésirables aux médicaments (RIM) chez les personnes âgées du Canada. Ces données ont été couplées à celles du SNIUMP aux fins d'examen de l'utilisation de médicaments avant l'hospitalisation en raison d'une RIM. Les données du SNIUMP provenant de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon ont pu être ainsi couplées.

Le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées est le principal facteur en cause dans les hospitalisations liées aux RIM (les autres facteurs analysés étant le sexe, l'âge, le nombre de prescripteurs, le nombre de pharmacies et d'autres hospitalisations dans l'année précédente)⁹. En 2016, 0,7 % des personnes âgées ont été hospitalisées en raison d'une RIM. Ce taux affichait une hausse spectaculaire chez les personnes âgées utilisant plus de médicaments (figure 8). Les personnes âgées qui prenaient 10 catégories de médicaments différentes ou plus représentaient 21,1 % de la population âgée; or, elles étaient liées à 58,6 % des hospitalisations en raison d'une RIM. (Consultez l'annexe B pour en savoir plus sur la définition des hospitalisations en raison d'une RIM.)

Figure 8 Pourcentage de personnes âgées hospitalisées en raison d'une RIM, selon le nombre de catégories de médicaments, autorités compétentes sélectionnées*, 2016



Remarque

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement pouvant être couplées : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2016, les personnes âgées qui se sont vu prescrire de 10 à 14 catégories de médicaments différentes risquaient 5 fois plus d'être hospitalisées en raison d'une RIM que celles s'étant fait prescrire de 1 à 4 catégories de médicaments (après ajustement en fonction d'autres facteurs). Ce risque était par ailleurs 8 fois plus élevé si elles s'étaient vu prescrire 15 catégories de médicaments différentes ou plus. (Détails à l'annexe E.)

Les anticoagulants — indiqués dans la prévention des AVC et des crises cardiaques — étaient à l'origine de près du quart (23,9 %) des hospitalisations en raison d'une RIM chez les personnes âgées. Ils étaient suivis des antinéoplasiques (12,5 %) — indiqués dans le traitement du cancer — et des opioïdes (8,1 %) — indiqués dans la gestion de la douleur. (Consultez l'annexe F pour en savoir plus sur les médicaments les plus fréquemment associés aux hospitalisations en raison d'une RIM.)

Les personnes âgées, en particulier celles atteintes de plusieurs affections chroniques, sont parfois obligées de prendre plusieurs médicaments pour maîtriser leurs problèmes de santé. L'utilisation d'un plus grand nombre de médicaments expose à un risque accru de RIM ou d'autres événements indésirables comme les interactions médicamenteuses²³⁻²⁵. L'examen périodique des médicaments du patient par son médecin ou son pharmacien peut contribuer à réduire ce risque²⁶. Le bilan comparatif des médicaments — processus où les médicaments font l'objet d'un examen systématique aux points de transition entre les milieux de soins (p. ex. lors d'une admission à l'hôpital) — peut lui aussi aider à atténuer le risque de RIM, puisqu'il suppose l'évaluation et la consignation des changements apportés à la pharmacothérapie lors de telles transitions²⁷.

Catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites aux personnes âgées

Cette section porte sur les médicaments les plus souvent prescrits aux personnes âgées au Canada. Elle répartit les catégories de médicaments les plus courantes selon le sexe, l'âge, le revenu moyen du quartier et l'emplacement géographique. Elle vise à répondre aux questions suivantes :

- Quels médicaments sont les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées?
- Comment ces médicaments varient-ils en fonction des facteurs sociodémographiques?

Principales catégories de médicaments

Les statines — indiquées dans le traitement de l'hypercholestérolémie — constituaient la catégorie de médicaments la plus fréquemment prescrite en 2016 : près de la moitié (48,4 %) des personnes âgées en prenaient (tableau 1). Les statines occupaient le premier rang dans l'ensemble des autorités compétentes, mais également à l'échelle des 2 sexes, de tous les groupes d'âge et de tous les quintiles de revenu du quartier et types de régions (urbaines; rurales ou éloignées).

Tableau 1 Les 10 principales catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, Canada*, 2016

Catégorie de médicaments	Usages courants	Taux d'utilisation	Taux d'utilisation chronique
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	48,4 %	43,5 %
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodénal	32,1 %	23,5 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	24,5 %	21,1 %
Bêtabloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur thoracique)	23,5 %	20,6 %
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines	Hypertension artérielle	21,9 %	18,8 %
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	19,1 %	17,9 %
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	15,7 %	13,8 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	Gestion de la douleur modérée à intense	15,1 %	2,5 %
Biguanides	Diabète	14,9 %	12,9 %
Dérivés des benzodiazépines	Agitation, anxiété, insomnie, convulsions	12,9 %	6,1 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'utilisation de statines était plus marquée chez les hommes, en raison d'une plus forte prévalence de troubles cardiovasculaires²¹, et chez les personnes âgées de 75 à 84 ans. En 2016, l'utilisation de statines diminuait en fonction de l'âge : de 53,1 % chez les 75 à 84 ans à 41,8 % chez les 85 ans et plus, une tendance observée chez les hommes comme chez les femmes. L'interruption des traitements par statines chez les personnes très âgées pourrait expliquer en partie ce résultat. Des études ont en effet révélé que les risques potentiels l'emportent sur les avantages chez les patients qui présentent une maladie à un stade avancé²⁸.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) — indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et des ulcères gastroduodénaux — utilisés par environ le tiers des personnes âgées (32,1 %), constituaient la deuxième catégorie de médicaments la plus fréquemment prescrite en 2016. Par ailleurs, 4 des 10 catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites visaient à traiter l'hypertension artérielle.

En 2016, 9 des 10 catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites étaient les mêmes qu'en 2011. L'exception : les diurétiques thiazidiques simples — indiqués dans le traitement de l'hypertension artérielle — dont le taux d'utilisation est passé de 16,8 % (septième rang) en 2011 à 11,6 % (douzième rang) en 2016. Cette diminution ne semble pas découler d'une utilisation plus marquée d'associations de diurétiques thiazidiques, puisque le recours aux versions simples et aux associations est passé de 26,9 % en 2011 à 20,5 % en 2016.

Enfin, les 5 catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites chez tous les Canadiens âgés se classaient parmi les 10 catégories de médicaments les plus prescrites dans chacune des 12 autorités compétentes. Les statines occupaient le premier rang dans chacune des autorités compétentes. Les IPP se classaient deuxième dans toutes les autorités compétentes sauf au Yukon et en Colombie-Britannique, où ils occupaient respectivement les quatrième et neuvième rangs. L'obligation de présenter une demande d'autorisation spéciale pour le remboursement des IPP au titre du régime public explique peut-être le moindre taux d'utilisation de cette catégorie en Colombie-Britannique. (Pour connaître les principales catégories de médicaments selon le taux d'utilisation dans chaque autorité compétente, consultez le document *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données.*)

Opioïdes

Le taux d'utilisation des opioïdes (y compris les alcaloïdes naturels de l'opium, qui se classaient au huitième rang des catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites aux personnes âgées) était de 19,3 % chez les personnes âgées en 2016. Leur taux d'utilisation, semblable chez les hommes et les femmes, augmentait cependant en fonction de l'âge, passant de 18,3 % chez les plus jeunes (de 65 à 74 ans) à 22,2 % chez les plus vieux (85 ans et plus). Le recours aux opioïdes était plus fréquent chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD (selon les données sur les SLD que 5 provinces ont déclarées au SNIUMP, à savoir l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique). En effet, 39,9 % des résidents d'établissements de SLD prenaient des opioïdes en 2016, contre 20,4 % des personnes âgées vivant dans la collectivité. L'utilisation était par ailleurs plus marquée chez les personnes très âgées des 2 milieux.

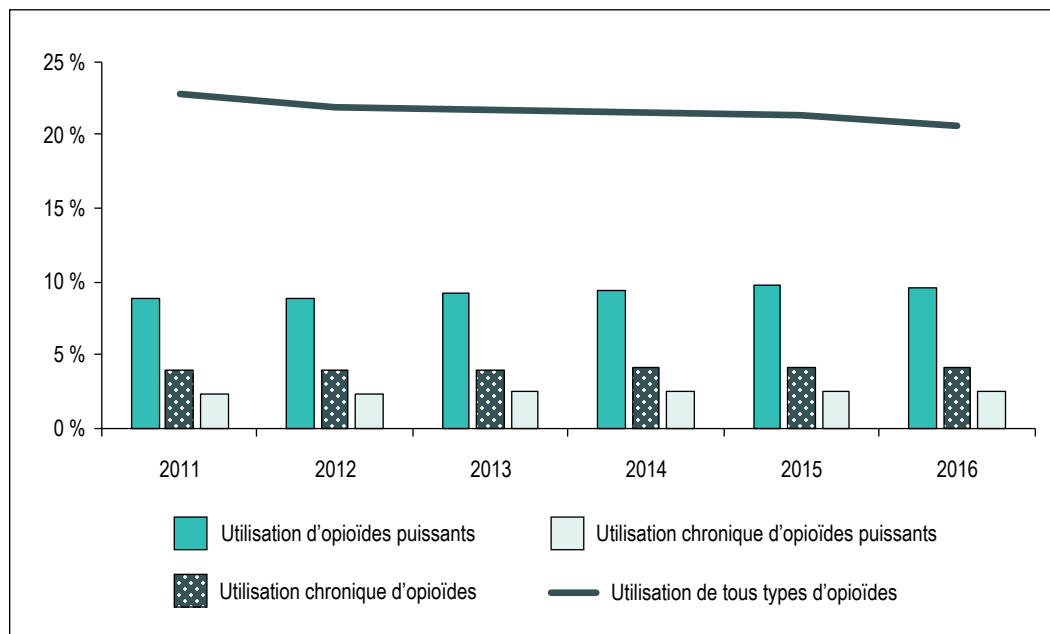
En dépit d'un taux élevé d'utilisation d'opioïdes, les personnes âgées affichaient un taux relativement faible d'utilisation chronique : seulement 3,5 % en 2016. Ce taux était plus élevé chez les femmes (3,9 %) que chez les hommes (2,9 %). L'utilisation chronique d'opioïdes augmentait également en fonction de l'âge, passant de 3,1 % chez les aînés plus jeunes à 5,0 % chez les personnes très âgées.

Les opioïdes occupaient le troisième rang des causes les plus fréquentes d'hospitalisations en raison d'une RIM chez les personnes âgées : ils étaient à l'origine de 8,1 % de ces hospitalisations en 2016. Les personnes atteintes de nombreuses comorbidités et celles prenant de nombreux médicaments sont associées à un risque accru d'effets secondaires liés aux opioïdes. Le risque

d'hospitalisation en raison d'une réaction indésirable aux opioïdes est donc particulièrement élevé chez les personnes âgées^{29, 30}. En moyenne, 19,2 personnes âgées par tranche de 100 000 ont été hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes, ce qui les classe au deuxième rang à ce chapitre, tout juste derrière le groupe des 45 à 64 ans (20,2 personnes par tranche de 100 000)³¹. Les personnes âgées affichent cependant la plus grande proportion d'intoxications aux opioïdes dans le cadre d'un usage thérapeutique, ce qui souligne l'importance de pratiques plus sécuritaires en matière de prescription d'opioïdes chez les personnes âgées³².

Enfin, l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées a diminué dans les dernières années. Le recours aux opioïdes puissants (oxycodone, hydromorphone, morphine et fentanyl) a toutefois légèrement augmenté dans la même période (figure 9). Un récent rapport de l'ICIS intitulé [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016](#) fait état de tendances semblables en matière d'utilisation d'opioïdes parmi tous les groupes d'âge. Des travaux de recherche antérieurs ont en outre révélé qu'une utilisation prolongée d'opioïdes puissants exposait à un risque accru d'événements indésirables, y compris de surdose accidentelle et de décès³³.

Figure 9 Taux d'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées, selon le type d'utilisation, Canada*, 2011 à 2016



Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

Variations en fonction des facteurs sociodémographiques

Sexe

Les catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites différaient légèrement entre les hommes et les femmes âgés (tableau 2). Ainsi, les hommes se sont vu prescrire un plus grand nombre de médicaments pour traiter les troubles cardiovasculaires, puisqu'ils sont plus sujets à ce type d'affections. En revanche, les femmes se sont vu prescrire un plus grand nombre d'hormones thyroïdiennes; ces dernières sont indiquées dans le traitement de l'hypothyroïdie, une affection qui touche plus souvent les femmes. En outre, l'utilisation d'IPP était plus fréquente chez les femmes (34,3 %) que chez les hommes (29,3 %). (Pour connaître les taux d'utilisation des principales catégories de médicaments en fonction du sexe, consultez le document [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données.](#))

Tableau 2 Les 10 principales catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées, taux d'utilisation selon le sexe, Canada*, 2016

Catégorie de médicaments	Usages courants	Taux d'utilisation	
		Femmes	Hommes
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	42,1 %	56,2 %
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	34,3 %	29,3 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	20,6 %	29,2 %
Bêtabloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur thoracique)	21,5 %	26,0 %
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines	Hypertension artérielle	22,0 %	21,8 %
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	25,7 %	10,9 %
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	16,8 %	14,5 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	Gestion de la douleur modérée à intense	15,3 %	14,9 %
Biguanides	Diabète	12,5 %	17,8 %
Dérivés des benzodiazépines	Agitation, anxiété, insomnie, convulsions	15,9 %	9,3 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Âge

Dans la plupart des cas, le recours aux 10 catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites augmente en fonction de l'âge (tableau 3). Il diminue cependant en ce qui a trait aux statines et aux biguanides — indiqués dans le traitement du diabète — étant donné que le diabète est plus fréquent chez les hommes et que la proportion d'hommes est moins élevée dans le groupe des 85 ans et plus^{1, 34}. (Pour connaître le taux d'utilisation des principales catégories de médicaments en fonction du groupe d'âge, consultez le document [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données.](#))

Tableau 3 Les 10 principales catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées, taux d'utilisation selon le groupe d'âge, Canada*, 2016

Catégorie de médicaments	Usages courants	Taux d'utilisation		
		65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	47,5 %	53,1 %	41,8 %
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodénal	28,3 %	35,5 %	39,0 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	22,5 %	26,7 %	27,2 %
Bêtabloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur thoracique)	18,7 %	27,9 %	32,5 %
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines	Hypertension artérielle	17,8 %	25,5 %	29,8 %
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	16,0 %	20,8 %	26,6 %
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	13,8 %	18,1 %	17,8 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	Gestion de la douleur modérée à intense	14,2 %	15,4 %	17,9 %
Biguanides	Diabète	15,3 %	16,0 %	10,9 %
Dérivés des benzodiazépines	Agitation, anxiété, insomnie, convulsions	11,1 %	14,4 %	16,9 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Enfin, 8 des 10 catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites chez tous les Canadiens âgés se classaient parmi les 10 principales catégories dans chacun des 3 groupes d'âge. L'utilisation de sulfamides diurétiques — indiqués dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque — est par ailleurs considérablement plus marquée chez les personnes âgées de 85 ans et plus, ce qui s'explique peut-être en partie par la plus grande prévalence des troubles cardiovasculaires, en particulier l'insuffisance cardiaque, dans ce groupe d'âge^{34, 35}.

Revenu du quartier

Comme il a été mentionné précédemment, les personnes âgées des quartiers à faible revenu se sont vu prescrire un plus grand nombre de médicaments, en moyenne, que celles des quartiers à revenu élevé. Elles se sont également vu prescrire une proportion légèrement plus élevée de médicaments des catégories les plus fréquemment prescrites (tableau 4). Les taux d'utilisation ne variaient toutefois pas beaucoup en fonction du revenu du quartier, sauf pour les IPP et les biguanides. En effet, le taux d'utilisation d'IPP observé chez les personnes âgées était plus élevé (24,4 %) dans les quartiers à faible revenu qu'à revenu élevé (19,5 %). Un lien a été établi entre un faible revenu, de même qu'un faible niveau de scolarité, et l'utilisation chronique d'IPP en raison de certains écarts au chapitre de l'état de santé et du recours aux soins de santé³⁶. Le taux d'utilisation de biguanides était aussi plus élevé (16,6 % contre 11,8 %) probablement en raison d'une plus forte prévalence de diabète chez les adultes canadiens à faible revenu que chez ceux à revenu élevé³⁴.

Tableau 4 Les 10 principales catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées, taux d'utilisation selon le quintile de revenu du quartier, autorités compétentes sélectionnées*, 2016

Catégorie de médicaments	1 : revenus les plus faibles	2	3	4	5 : revenus les plus élevés
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	41,7 %	41,8 %	41,3 %	40,7 %	39,2 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	27,7 %	26,7 %	26,0 %	25,3 %	23,9 %
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	24,4 %	23,1 %	22,4 %	20,9 %	19,5 %
Bêta-bloquants, sélectifs	23,5 %	22,7 %	22,0 %	21,1 %	19,5 %
Hormones thyroïdiennes	20,1 %	20,0 %	19,7 %	19,4 %	19,0 %
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines	21,1 %	20,5 %	19,5 %	18,4 %	16,8 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	17,5 %	16,4 %	15,6 %	15,2 %	14,7 %
Biguanides	16,6 %	15,7 %	14,8 %	13,6 %	11,8 %
Diurétiques thiazidiques, non associés	12,9 %	12,9 %	12,9 %	12,7 %	12,2 %
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, non associés	13,0 %	12,8 %	12,4 %	11,7 %	11,1 %

Remarque

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), Statistique Canada.

Emplacement géographique

Les personnes âgées des régions urbaines et celles des régions rurales ou éloignées ont utilisé les principales catégories de médicaments dans une proportion semblable, exception faite des IPP (tableau 5). En effet, 27,5 % des personnes âgées en régions rurales ou éloignées utilisaient des IPP, contre 20,6 % de celles en régions urbaines. Somme toute, il ne semble pas y avoir de corrélation expliquant les différences entre l'utilisation de ces médicaments et le type de région (urbaine; rurale ou éloignée) où vivent les personnes âgées.

Tableau 5 Les 10 principales catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées, taux d'utilisation selon l'emplacement géographique, autorités compétentes sélectionnées*, 2016

Catégorie de médicaments	Régions urbaines	Régions rurales ou éloignées
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	41,1 %	40,0 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	25,4 %	27,7 %
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	20,6 %	27,5 %
Bêtabloquants, sélectifs	21,1 %	23,9 %
Hormones thyroïdiennes	19,6 %	19,7 %
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines	19,3 %	18,7 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	16,1 %	14,9 %
Biguanides	14,4 %	14,8 %
Diurétiques thiazidiques, non associés	12,4 %	14,1 %
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, non associés	12,1 %	12,4 %

Remarque

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), Statistique Canada.

Prescription potentiellement inappropriée de médicaments aux personnes âgées

L'usage de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées soulève des préoccupations, puisqu'il est associé à un risque accru de résultats négatifs pour la santé, de chutes, de réactions indésirables aux médicaments, de recours plus marqué aux services hospitaliers et de dépenses de santé plus élevées^{4, 37, 38}. En outre, le coût des médicaments considérés comme potentiellement inappropriés pour les personnes âgées a été estimé à 419 millions de dollars (75 dollars par Canadien âgé) en 2013³⁹.

Cette section du rapport examine l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées à l'aide de la version 2015 de la liste Beers, un outil très répandu qui a été créé par le Dr Mark H. Beers en 1991. (Consultez l'annexe B pour en savoir plus sur les critères Beers.) Cette section du rapport vise à répondre aux questions suivantes :

- Combien de personnes âgées se sont vu prescrire des médicaments potentiellement inappropriés?
- Comment l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés par les personnes âgées varie-t-elle d'une autorité compétente à l'autre?
- Comment varie-t-elle en fonction des facteurs sociodémographiques?

Nombre et types de médicaments prescrits

Près de la moitié des personnes âgées (49,4 %) ont présenté au moins une demande de remboursement pour un médicament de la liste Beers en 2016. Des 18,0 % qui ont présenté des demandes pour plusieurs médicaments de cette liste, 8,1 % utilisaient 2 médicaments ou plus de façon chronique. Or l'utilisation concomitante de médicaments de la liste Beers accroît le risque d'effets secondaires^{4, 40}.

Dans l'ensemble, 23,6 % des personnes âgées ont pris des IPP de façon potentiellement inappropriée en 2016. On considère que l'utilisation d'IPP est potentiellement inappropriée si elle dure plus de 8 semaines — sauf en ce qui concerne les patients à risque élevé (c.-à-d. ceux qui prennent des corticostéroïdes par voie orale ou utilisent des AINS de façon chronique). Le pantoprazole (un IPP) figurait au premier rang des médicaments de la liste Beers les plus fréquemment utilisés : 10,3 % des personnes âgées en prenaient de façon chronique (tableau 6). Le rabéprazole et l'oméprazole (2 autres IPP) faisaient également partie des médicaments de la liste Beers les plus utilisés. (Consultez l'annexe G pour en savoir plus sur les médicaments de la liste Beers les plus fréquemment utilisés selon le sexe et le groupe d'âge.)

Tableau 6 Les 10 médicaments de la liste Beers* les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, Canada†, 2016

Substance chimique	Indications	Critères Beers — justification (préjudice potentiel)	Taux d'utilisation	Taux d'utilisation chronique
Pantoprazole (IPP) (plus de 8 semaines)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	Infection à <i>Clostridium difficile</i> , perte osseuse, fractures	13,2 %	10,3 %
Lorazépam	Anxiété, insomnie	Déficience cognitive, delirium, chutes, fractures	8,8 %	3,6 %
Nitrofurantoïne	Antibiotique utilisé dans le traitement des infections des voies urinaires	Toxicité pulmonaire, hépatotoxicité, neuropathie périphérique	5,0 %	0,1 %
Rabéprazole (IPP) (plus de 8 semaines)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	Infection à <i>Clostridium difficile</i> , perte osseuse, fractures	4,3 %	3,5 %
Amitriptyline	Dépression	Sédation, hypotension orthostatique	2,9 %	1,8 %
Quétiapine	Schizophrénie, trouble bipolaire	Déclin cognitif, AVC, décès	2,8 %	1,7 %
Oméprazole (IPP) (plus de 8 semaines)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	Infection à <i>Clostridium difficile</i> , perte osseuse, fractures	2,7 %	2,2 %
Zopiclone	Insomnie	Déficience cognitive, delirium, chutes, fractures	2,4 %	1,5 %
Oxazépam	Anxiété, insomnie	Déficience cognitive, delirium, chutes, fractures	2,4 %	1,4 %
Estradiol, par voie orale ou topique (timbre)	Ménopause	Potentiellement cancérigène (sein et endomètre)	2,1 %	1,2 %

Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (consultez l'annexe B).

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

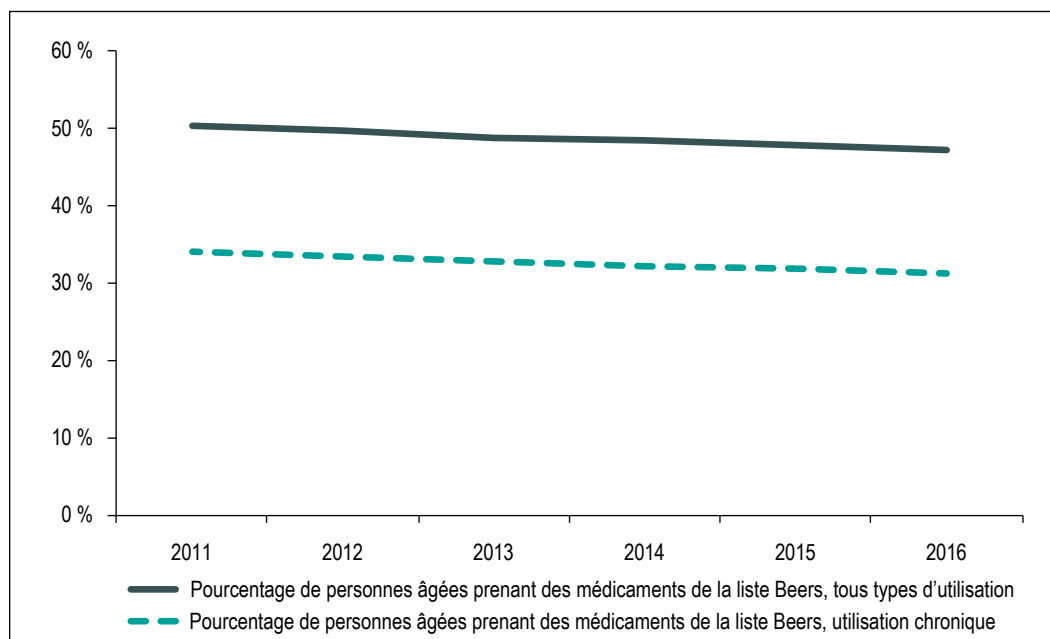
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Par ailleurs, chez les personnes âgées, il est recommandé de toujours éviter 4 des 10 médicaments de la liste Beers qui leur sont le plus fréquemment prescrits³⁷. En effet, les médicaments psychotropes, comme les benzodiazépines, certains antidépresseurs et les antipsychotiques, devraient dans la plupart des cas être évités comme traitements de première intention chez les personnes âgées puisqu'ils peuvent augmenter le risque de chutes, de fractures et de déficience cognitive. En dépit de cette recommandation, le lorazépam et l'oxazépam (benzodiazépines), la zopiclone (médicament apparenté aux benzodiazépines) et la quétiapine (antipsychotique) font partie des médicaments de la liste Beers les plus fréquemment utilisés par les personnes âgées.

De 2011 à 2016 (les critères Beers de 2015 ayant été appliqués aux 2 années), l'utilisation des médicaments de la liste Beers est passée de 50,2 % à 47,2 %, tandis que l'utilisation chronique de ces médicaments est passée de 33,9 % à 31,1 % (figure 10). Les mêmes tendances ont été observées chez les hommes et les femmes, ainsi que dans tous les groupes d'âge.

Figure 10 Taux d'utilisation de médicaments de la liste Beers* chez les personnes âgées, Canada†, 2011 à 2016



Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (consultez l'annexe B).

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

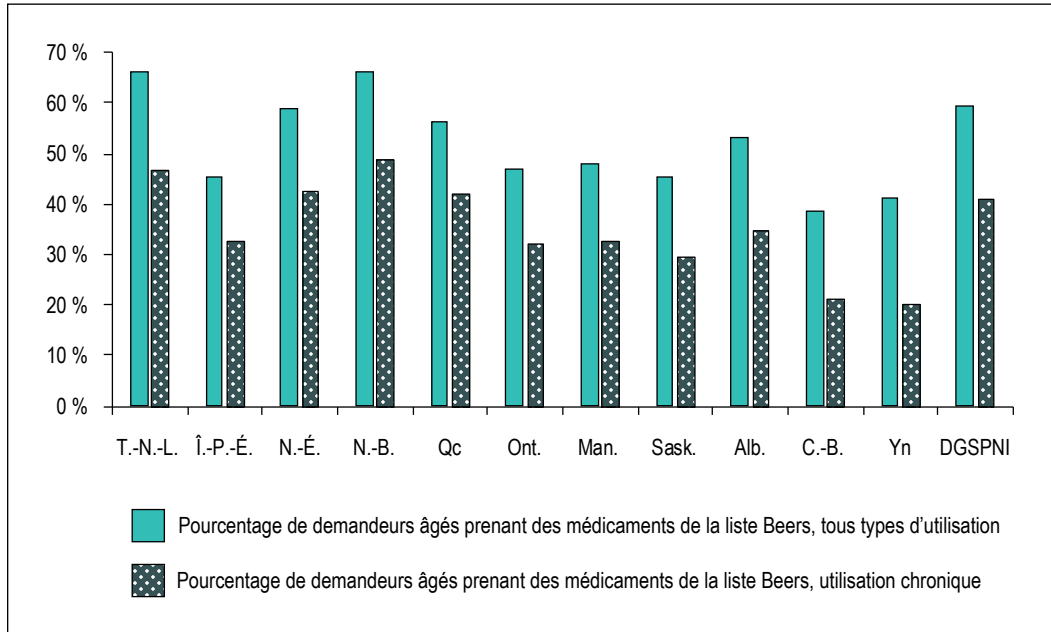
Plusieurs initiatives ont été mises en place pour réduire la prescription de médicaments inappropriés aux personnes âgées, notamment des activités de sensibilisation (à l'intention des prescripteurs et des patients) et l'examen des médicaments. Certaines d'entre elles, par exemple l'examen des médicaments par le pharmacien, ont renforcé les connaissances en matière de médicaments, favorisé l'observance de la médication et réduit les problèmes liés aux médicaments^{41, 42}. Toutefois, la plupart des mesures ont peu influé sur les résultats cliniques, notamment la mortalité, les hospitalisations, les visites à l'urgence ou l'état de santé⁴¹⁻⁴³. En outre, les résultats pour la santé attribuables à la déprescription variaient en fonction du médicament ciblé⁴⁴.

Variations entre autorités compétentes

La proportion des personnes âgées qui prenaient des médicaments de la liste Beers allait de 38,7 % en Colombie-Britanniqueⁱⁱ à 66,0 % à Terre-Neuve-et-Labrador et au Nouveau-Brunswick (figure 11). Comme mentionné précédemment, il faut user de prudence dans les comparaisons entre autorités compétentes, puisque les variations découlent en partie des différences au chapitre de la structure des régimes publics d'assurance médicaments. Les tendances variaient d'une autorité compétente à l'autre. Les taux d'utilisation diminuaient dans certaines, tandis qu'ils augmentaient dans d'autres. De 2011 à 2016, les hausses les plus marquées ont été observées à l'Île-du-Prince-Édouard (de 42,5 % à 45,4 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (de 62,7 % à 66,0 %) et au Nouveau-Brunswick (de 63,2 % à 66,0 %), tandis que les baisses les plus marquées ont été observées en Ontario (de 51,1 % à 46,9 %) et en Colombie-Britannique (de 43,0 % à 38,7 %). (Détails dans le document *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données*.)

ii. La proportion de personnes âgées utilisant au moins un médicament de la liste Beers passait à 44,2 % en Colombie-Britannique si on tenait compte des médicaments ayant fait l'objet d'une demande de remboursement au titre d'un régime privé.

Figure 11 Taux d'utilisation de médicaments de la liste Beers* chez les personnes âgées, selon l'autorité compétente, Canada†, 2016



Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Les régimes publics d'assurance médicaments offrent une couverture à une plus faible proportion de personnes âgées à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick que dans les autres autorités compétentes. Ainsi, il se peut que les taux ne soient pas représentatifs de l'ensemble de la population. Il faut donc faire preuve de prudence dans la comparaison des taux entre les autorités compétentes. Pour en savoir plus sur les régimes publics d'assurance médicaments offerts aux personnes âgées, consultez le document [Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits : document d'information sur les régimes](#) de l'ICIS.

Sources

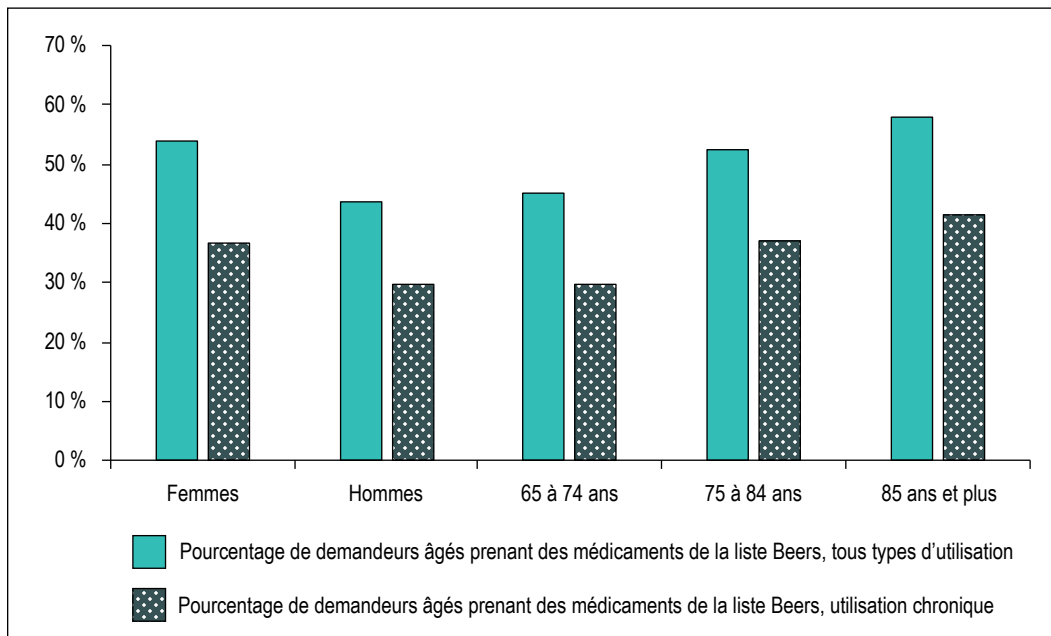
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Variations en fonction des facteurs sociodémographiques

Sexe et groupe d'âge

L'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés de la liste Beers était plus fréquente chez les femmes (figure 12). En 2016, 54,1 % des femmes ont présenté au moins une demande de remboursement pour un médicament de la liste Beers, comparativement à 43,6 % des hommes. Une tendance semblable a été observée pour l'utilisation chronique des médicaments de la liste Beers (36,8 % des femmes contre 29,8 % des hommes). Le fait que les femmes âgées affichent un taux d'utilisation plus marqué d'IPP — l'une des catégories de médicaments de la liste Beers les plus courantes — explique en partie cet écart. Selon des recherches antérieures, les femmes sont plus susceptibles de recevoir des médicaments inappropriés, même après ajustement statistique en fonction des différences relatives aux caractéristiques cliniques, socioéconomiques et personnelles^{38, 45}.

Figure 12 Taux d'utilisation de médicaments de la liste Beers* chez les personnes âgées, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada†, 2016



Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

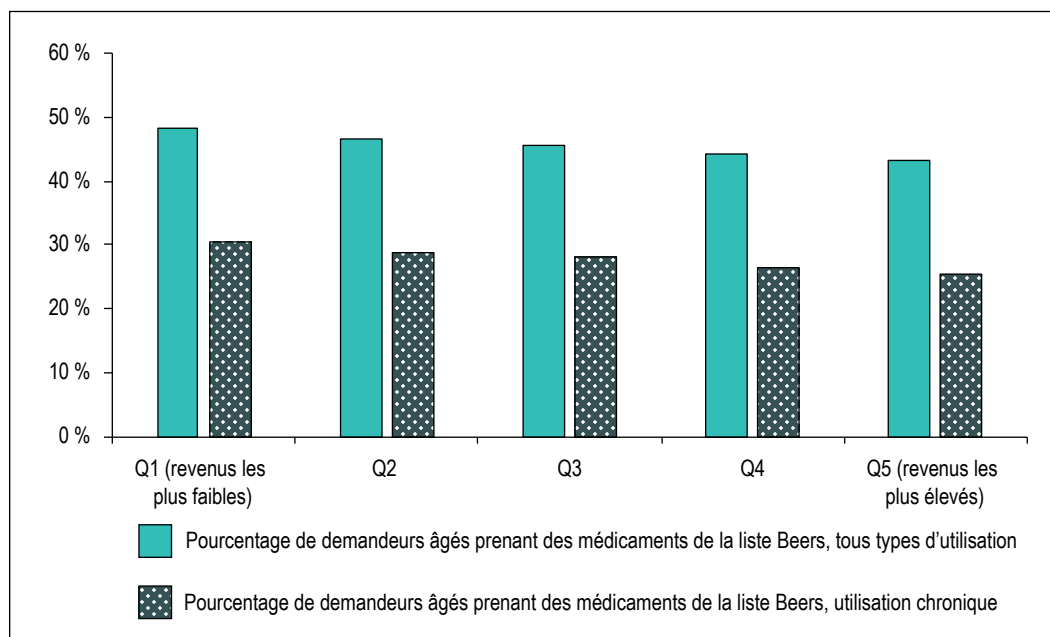
L'utilisation de médicaments de la liste Beers augmentait en fonction des groupes d'âge. Ainsi, 45,3 % des personnes de 65 à 74 ans ont présenté une demande visant au moins un des médicaments de la liste Beers, comparativement à 57,8 % des personnes de 85 ans et plus. De même, la proportion de personnes âgées utilisant un médicament de la liste Beers de façon chronique augmentait en fonction de l'âge, passant de 29,7 % chez les 65 à 74 ans à 41,3 % chez les 85 ans et plus.

Revenu du quartier

Les personnes âgées des quartiers à faible revenu se sont vu prescrire un plus grand nombre de médicaments potentiellement inappropriés que celles des quartiers à revenu élevé (figure 13).

L'utilisation globale et l'utilisation chronique de médicaments inscrits sur la liste Beers étaient toutes deux plus marquées dans les quartiers à faible revenu. L'utilisation globale allait de 43,2 % à 48,3 %, tandis que l'utilisation chronique allait de 25,4 % à 30,5 %, respectivement.

Figure 13 Taux d'utilisation de médicaments de la liste Beers* chez les personnes âgées, selon le quintile de revenu du quartier, autorités compétentes sélectionnées†, 2016



Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

† En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

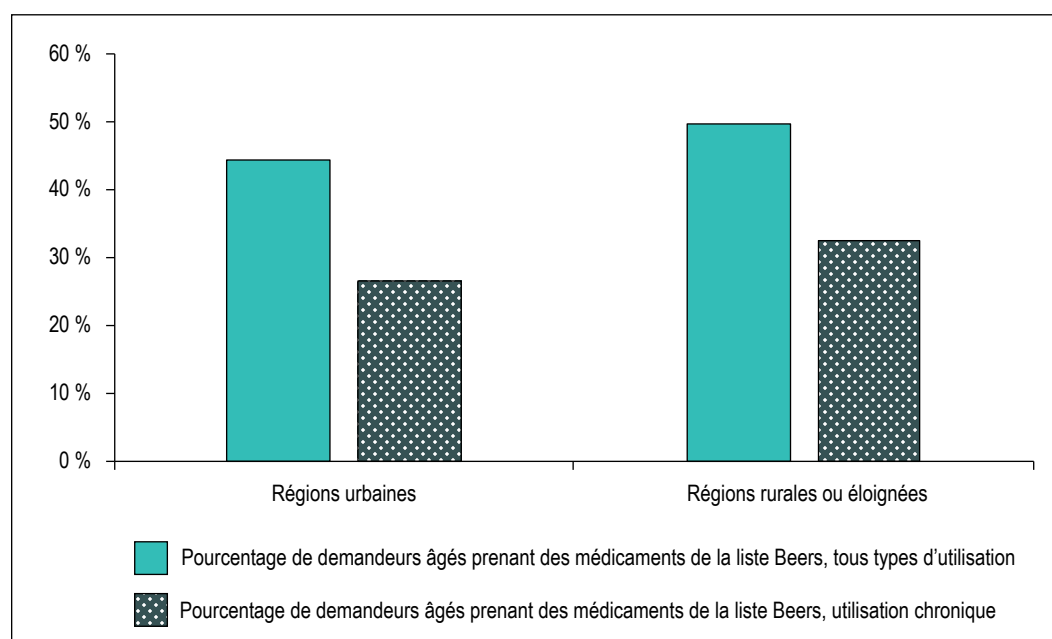
Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), Statistique Canada.

Emplacement géographique

Parmi les personnes âgées vivant dans des régions rurales ou éloignées, 49,7 % se sont vu prescrire au moins un médicament de la liste Beers et 32,5 % ont utilisé des médicaments de la liste Beers de façon chronique. Chez les personnes âgées vivant dans des régions urbaines, ces proportions atteignaient respectivement 44,4 % et 26,6 % (figure 14).

Figure 14 Taux d'utilisation de médicaments de la liste Beers* chez les personnes âgées, selon l'emplacement géographique, autorités compétentes sélectionnées†, 2016



Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

† En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient des données sur les demandes de remboursement au SNIUMP permettant de déterminer le code postal des patients : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), Statistique Canada.

Des études antérieures menées au Canada et à l'étranger ont démontré que les tendances en matière de prescription variaient en fonction du revenu et du statut socioéconomique des patients^{46, 47}. Les groupes défavorisés étaient plus susceptibles de se voir prescrire 5 médicaments ou plus et de se voir prescrire des médicaments potentiellement nocifs (p. ex. des sulfonylurées à action prolongée pour le traitement du diabète)^{46, 47}. Les résultats donnent à penser que le statut socioéconomique pourrait influencer sur le caractère approprié

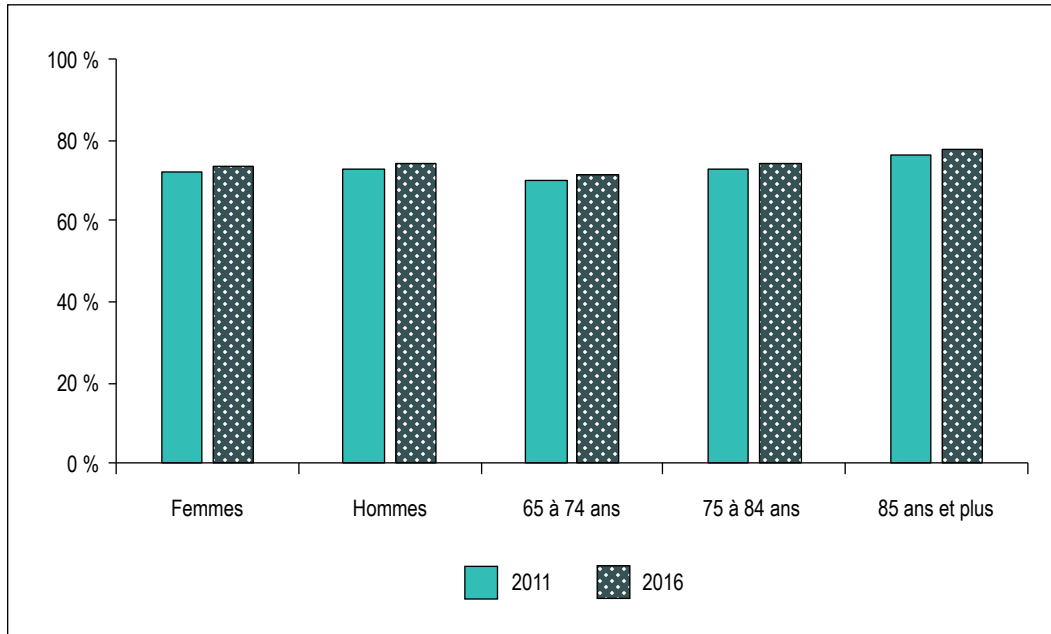
des médicaments prescrits⁴⁶. Le lieu de résidence peut lui aussi avoir une influence. En effet, une étude menée aux États-Unis a révélé que les personnes âgées qui vivaient dans des zones métropolitaines comptant moins de 250 000 habitants risquaient davantage de se voir prescrire des médicaments psychotropes potentiellement inappropriés. Cette variation découlait d'écart au chapitre de l'état de santé en raison de l'accès à des spécialistes en gériatrie et à des soins de santé mentale⁴⁸.

Inhibiteurs de la pompe à protons

Les IPP figurent au deuxième rang des catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites aux personnes âgées. De 26,7 % en 2011, leur taux d'utilisation est passé à 29,1 % en 2016. L'utilisation d'IPP, qui est plus fréquente chez les femmes, augmente en fonction de l'âge (tant chez les hommes que chez les femmes). L'utilisation prolongée d'IPP est associée à un risque accru d'infection à *Clostridium difficile*, de perte osseuse et de fractures³⁷.

L'utilisation prolongée d'IPP (c.-à-d. pendant plus de 8 semaines) est considérée comme potentiellement inappropriée chez les personnes âgées, sauf en ce qui concerne les patients à risque élevé (ceux qui prennent des corticostéroïdes par voie orale ou utilisent des AINS de façon chronique) ou les patients qui présentent une œsophagite érosive, une œsophagite de Barrett, un trouble d'hypersécrétion pathologique ou un besoin réel de traitement d'entretien (en raison d'une mauvaise réaction à l'arrêt du médicament ou aux antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine). En 2016, 73,5 % des utilisateurs d'IPP (à l'exception de ceux qui prenaient aussi des corticostéroïdes par voie orale ou utilisaient des AINS de façon chronique) ont pris leur médicament pendant au moins 8 semaines (figure 15). Les taux, semblables chez les hommes et les femmes, augmentaient en fonction de l'âge. Ainsi, le taux d'utilisation d'IPP sur une période de plus de 8 semaines se chiffrait à 71,8 % chez les aînés plus jeunes et à 77,7 % chez les plus âgés.

Figure 15 Proportion des utilisateurs d'IPP âgés* dont l'utilisation s'est prolongée sur plus de 8 semaines, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada[†], 2011 et 2016



Remarques

* À l'exception des personnes qui prenaient des corticostéroïdes par voie orale ou utilisaient des AINS de façon chronique.

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

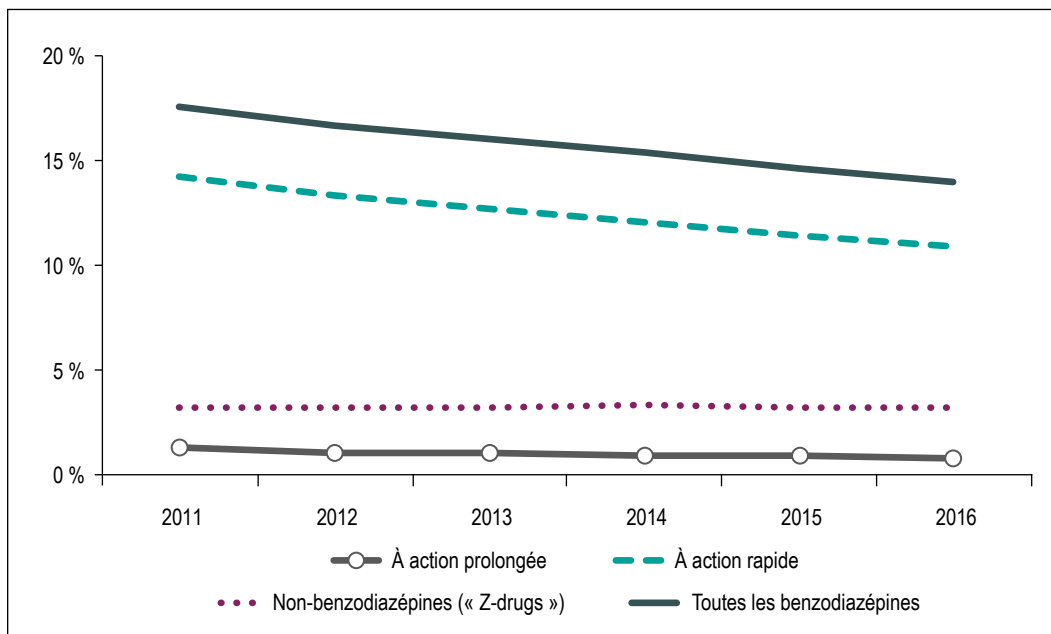
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

La déprescription est une des principales initiatives visant à réduire l'utilisation inappropriée des IPP. Elle désigne le processus qui consiste à réduire, interrompre, éliminer progressivement ou cesser complètement la prise de certains médicaments afin de gérer la polypharmacie et d'améliorer les résultats^{19, 20}. Le Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD) travaille à améliorer la santé des Canadiens en réduisant l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés et en renforçant l'accès à des approches non pharmacologiques¹⁹. Les membres du ReCaD ont élaboré des lignes directrices fondées sur des données probantes qui aident les cliniciens à déterminer quand et comment cesser la prise d'IPP en toute sécurité⁴⁹. Ces lignes directrices recommandent la déprescription des IPP après un traitement de 4 semaines chez les adultes dont les symptômes ont disparu. Elles décrivent aussi les exceptions, soit les patients traités pour certaines affections chroniques⁴⁹. Malgré ces recommandations, la proportion de personnes âgées qui utilisent les IPP de façon prolongée n'a pas diminué.

Benzodiazépines

L'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées est également préoccupante puisqu'elle est associée à un risque accru de déficience cognitive, de delirium, de chutes et de fractures. La proportion de personnes âgées qui prenaient des benzodiazépines a diminué, passant de 17,5 % en 2011 à 14,0 % en 2016 (figure 16). Cette tendance a été observée tant chez les hommes que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge.

Figure 16 Taux d'utilisation de benzodiazépines (et de médicaments à effets similaires) chez les personnes âgées, selon le type de produits, Canada*, 2011 à 2016



Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

En 2016, 77,4 % des utilisateurs de benzodiazépines ont pris des formes à action rapide (p. ex. le lorazépam, l'oxazépam), quoiqu'à un taux d'utilisation à la baisse chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge. L'utilisation d'agents à action prolongée (p. ex. le diazépam) et de médicaments apparentés aux benzodiazépines (p. ex. la zopiclone) n'a cependant pas changé. Les benzodiazépines à action rapide sont souvent privilégiées, puisque leurs effets sédatifs risquent moins de persister au cours de la journée⁵⁰. Les études n'ont pas établi de différences significatives dans les événements indésirables associés aux benzodiazépines ou à leurs médicaments apparentés^{50, 51}.

Dans un contexte de déprescription, les doses de benzodiazépines doivent être réduites progressivement pour éviter les symptômes de sevrage découlant d'un arrêt subit. Les membres du ReCaD ont élaboré un algorithme de déprescription et ont amorcé la rédaction de lignes directrices à cet égard⁵².

Prescriptions aux personnes âgées en soins de longue durée

Cette section du rapport examine les médicaments prescrits aux personnes âgées qui résident dans un établissement de SLD. Elle vise à répondre aux questions suivantes :

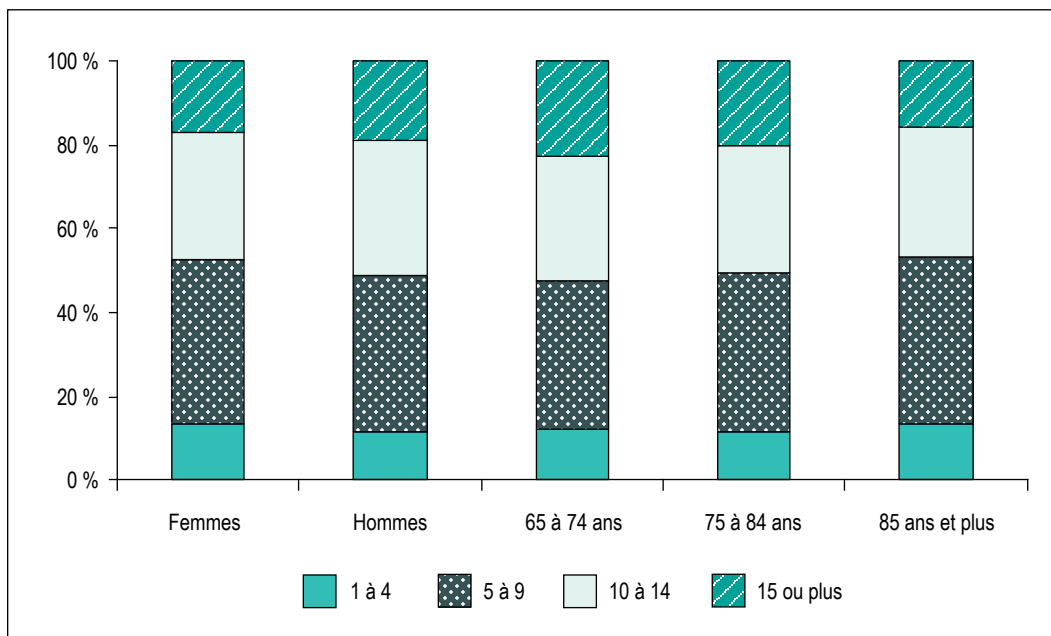
- Combien de médicaments sont prescrits aux personnes âgées vivant dans les établissements de SLD?
- Combien de médicaments potentiellement inappropriés sont prescrits aux personnes âgées vivant dans les établissements de SLD?

En 2016, le SNIUMP contenait des données sur les SLD provenant de 5 provinces : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique. (Consultez l'annexe H pour en savoir plus sur les résidents des établissements de SLD.) Dans ces provinces, les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD représentaient 4,5 % des personnes âgées visées par une demande de remboursement aux régimes publics d'assurance médicaments (0,9 % des personnes âgées de 65 à 74 ans, 4,1 % des personnes âgées de 75 à 84 ans et 18,3 % des personnes âgées de 85 ans et plus).

Nombre de médicaments prescrits

En 2016, les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD se sont vu prescrire 9,9 catégories de médicaments, en moyenne, contre 6,7 pour les personnes âgées vivant dans la collectivité. Dans les établissements de SLD, les hommes ont reçu plus de médicaments que les femmes : 51,0 % des hommes ont pris 10 médicaments ou plus, comparativement à 47,1 % des femmes (figure 17). Les aînés plus jeunes (65 à 74 ans) ont par ailleurs pris plus de médicaments que les plus vieux (85 ans et plus), le taux d'utilisation de 10 médicaments ou plus se chiffrant respectivement à 52,3 % et à 46,5 %. Ces tendances sont à l'inverse de ce qui a lieu dans la collectivité où, en moyenne, les femmes et les personnes très âgées se sont vu prescrire un plus grand nombre de médicaments.

Figure 17 Pourcentage des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon le nombre de catégories de médicaments, le sexe et le groupe d'âge, autorités compétentes sélectionnées*, 2016



Remarque

* En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

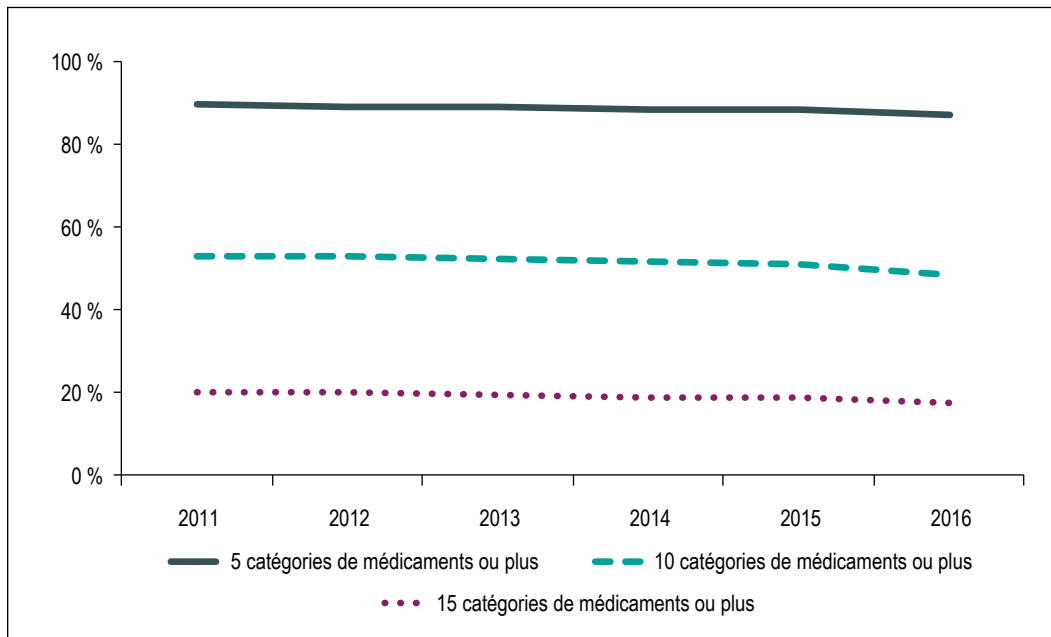
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les résidents des établissements de SLD, qui ont tendance à être plus âgés, fragiles et malades, utilisent un plus grand nombre de médicaments que les personnes vivant dans la collectivité^{6, 53, 54}. Cette utilisation est demeurée plus marquée, même après ajustement en fonction de caractéristiques cliniques⁵⁵.

Une étude menée en Ontario révélait que les résidents moins âgés prenaient plus de médicaments, en moyenne, que les résidents très âgés, et que le nombre de médicaments utilisés variait considérablement d'un établissement de SLD à l'autre⁵⁵. Elle indiquait aussi que les résidents étaient plus susceptibles d'utiliser un plus grand nombre de médicaments au cours des 90 premiers jours de leur séjour à l'établissement de SLD⁵⁵. Des travaux de recherche antérieurs ont cherché à réduire le nombre de médicaments utilisés dans les établissements de SLD, en particulier les IPP, les benzodiazépines et les antipsychotiques⁵⁶⁻⁵⁹. La [Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé](#) (FCASS) a pour sa part lancé plusieurs programmes de promotion de la santé des Canadiens. Bon nombre d'entre eux visent à favoriser une meilleure utilisation des médicaments chez les personnes âgées, en abordant des thèmes comme le vieillissement, les soins aux personnes âgées, les médicaments antipsychotiques, la démence et les soins de longue durée ou continus. Enfin, l'[Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada](#) (ISMP Canada) sensibilise les équipes de soins à la [déprescription des médicaments de la liste Beers](#) chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD et dans la collectivité. Une baisse de l'utilisation de ces médicaments courants pourrait contribuer à réduire le nombre moyen de médicaments pris par les résidents des établissements de SLD.

Le nombre moyen de catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées vivant dans un établissement de SLD a diminué : de 10,5 en 2011, il est passé à 9,9 en 2016 (figure 18). La proportion de personnes âgées qui se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments différentes ou plus a également diminué, passant de 53,4 % en 2011 à 48,4 % en 2016.

Figure 18 Pourcentage des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon le nombre de catégories de médicaments, autorités compétentes sélectionnées*, 2011 à 2016



Remarque

* En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

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

Les catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites variaient selon que les utilisateurs vivaient dans un établissement de SLD ou dans la collectivité (tableau 7). La catégorie Autres antidépresseurs arrivait en tête de liste dans les établissements de SLD, la prescription de ces médicaments y étant au-delà de 4 fois plus fréquente (39,2 %) que dans la collectivité (8,8 %). La proportion de résidents qui prenaient de la trazodone, la substance chimique la plus courante de cette catégorie, se chiffrait à 25,8 %. Par ailleurs, à l'échelle de toutes les classes d'antidépresseurs, le taux d'utilisation s'élevait à 60,3 % chez les personnes âgées en établissement de SLD, contre 19,1 % chez celles vivant dans la collectivité. Le recours aux alcaloïdes naturels de l'opium (certains opioïdes) était également plus marqué chez les personnes vivant dans un établissement de SLD (35,0 %) que chez celles vivant dans la collectivité (14,7 %). En outre, les statines, qui occupaient le premier rang chez les personnes âgées vivant dans la collectivité, ne se classaient qu'au sixième rang chez les personnes âgées en établissement de SLD.

Tableau 7 Les 10 principales catégories de médicaments prescrites aux personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, autorités compétentes sélectionnées*, 2016

Catégorie de médicaments	Usages courants	Taux d'utilisation	Taux d'utilisation chronique
Autres antidépresseurs	Dépression	39,2 %	25,3 %
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	38,3 %	23,6 %
Alcaloïdes naturels de l'opium	Gestion de la douleur modérée à intense	35,0 %	10,7 %
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)	Dépression	34,1 %	23,2 %
Sulfamides diurétiques	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	28,5 %	16,4 %
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines)	Hypercholestérolémie	28,0 %	16,9 %
Bêtabloquants, sélectifs	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, angine (douleur thoracique)	26,2 %	16,5 %
Hormones thyroïdiennes	Hypothyroïdie	25,3 %	18,4 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), non associés	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	24,0 %	15,2 %
Fluoroquinolones	Antibiotiques	23,6 %	0,1 %

Remarque

* En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

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

Prescription potentiellement inappropriée

La proportion des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD qui prenaient des médicaments potentiellement inappropriés a diminué de 2011 à 2016, passant de 76,5 % à 69,8 % (tableau 8). La proportion de celles qui prenaient au moins un médicament de la liste Beers de façon chronique a également diminué, passant de 48,1 % à 40,7 %. Les hommes et les femmes âgés affichaient un taux d'utilisation de médicaments de la liste Beers semblable en 2011, ainsi qu'en 2016.

Tableau 8 Pourcentage des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD qui se sont vu prescrire des médicaments de la liste Beers*, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, par sexe et groupe d'âge, autorités compétentes sélectionnées†, 2011 et 2016

Sexe et groupe d'âge	2011		2016	
	Pourcentage des résidents des établissements de SLD qui ont utilisé des médicaments de la liste Beers	Pourcentage des résidents des établissements de SLD qui ont utilisé des médicaments de la liste Beers de façon chronique	Pourcentage des résidents des établissements de SLD qui ont utilisé des médicaments de la liste Beers	Pourcentage des résidents des établissements de SLD qui ont utilisé des médicaments de la liste Beers de façon chronique
Femmes	76,3 %	48,8 %	69,4 %	40,9 %
Hommes	76,8 %	46,4 %	70,5 %	40,2 %
65 à 74 ans	81,5 %	55,8 %	76,0 %	50,7 %
75 à 84 ans	78,5 %	50,4 %	72,2 %	43,4 %
85 ans et plus	74,4 %	45,4 %	67,4 %	37,5 %
Total	76,5 %	48,1 %	69,8 %	40,7 %

Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

† En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

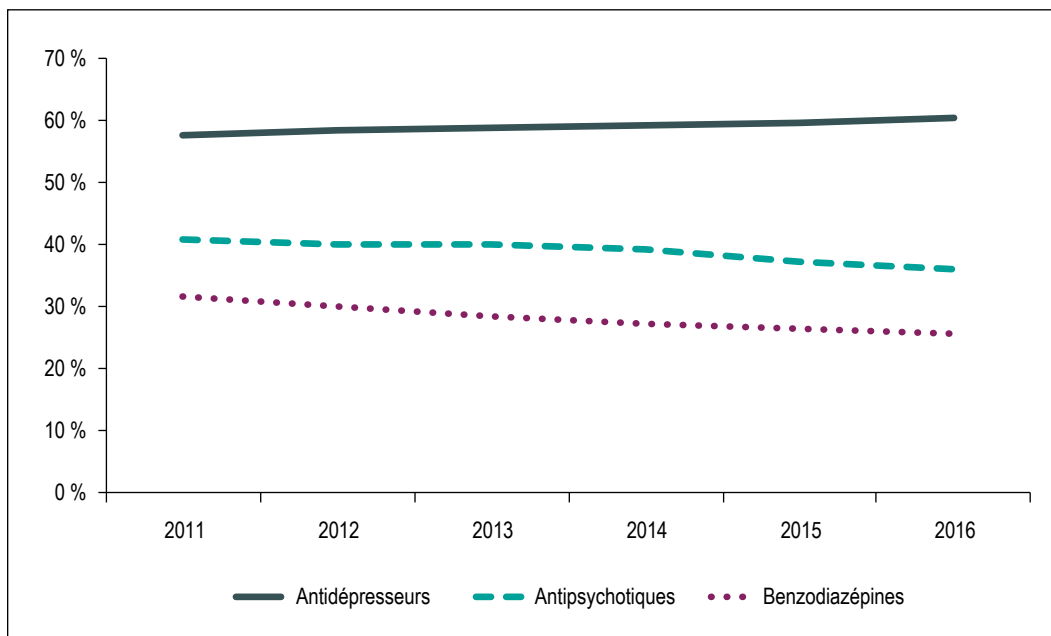
Source

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

Au départ, les travaux du ReCaD ciblaient 3 catégories de médicaments susceptibles de faire l'objet d'une déprescription, à savoir les benzodiazépines, les IPP et les sulfonyles⁵⁶. Ces 3 catégories figurent sur la liste Beers et leur utilisation est associée à des risques supplémentaires chez les personnes âgées^{37, 56}.

En moyenne, l'utilisation des antipsychotiques et des benzodiazépines a diminué dans les établissements de SLD depuis 2011, tandis que le recours aux antidépresseurs a augmenté (figure 19). Cette hausse touchant les antidépresseurs découle surtout d'une utilisation plus marquée de la trazodone, que l'on prescrit de plus en plus à titre de sédatif (usage non indiqué) au lieu de prescrire des benzodiazépines^{60, 61}. La diffusion périodique de l'indicateur Utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en soins de longue durée (prescription d'antipsychotiques sans diagnostic de psychose) contribue peut-être à la baisse constante du nombre de prescriptions inappropriées d'antipsychotiques dans les établissements de SLD. (Détails dans l'outil Web [Votre système de santé](#) de l'ICIS⁶².)

Figure 19 Pourcentage des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD qui se sont vu prescrire des médicaments psychotropes, selon le type de médicaments, autorités compétentes sélectionnées*, 2011 à 2016



Remarque

* En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

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

La baisse de l'utilisation d'antipsychotiques et de benzodiazépines a été observée chez les hommes et les femmes, dans tous les groupes d'âge. La hausse de l'utilisation d'antidépresseurs touchait également les hommes et les femmes dans tous les groupes d'âge.

Ces changements démontrent l'efficacité des programmes visant à réduire le recours à des médicaments potentiellement inappropriés dans certains groupes de patients. Or les benzodiazépines formaient l'une des 3 catégories de médicaments initialement ciblées par les membres du ReCaD à des fins de déprescription chez les personnes âgées.

Conclusion

En moyenne, le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées n'a pas changé de façon significative de 2011 à 2016. Environ le quart des personnes âgées se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments ou plus par année. Les statines ont figuré au premier rang des catégories de médicaments les plus fréquemment prescrites, tandis que les médicaments pour soigner les troubles cardiovasculaires constituaient 5 des 10 médicaments les plus souvent prescrits chaque année.

La proportion de personnes âgées qui se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments ou plus était plus marquée dans les quartiers aux revenus les plus faibles que dans ceux aux revenus les plus élevés (21,4 % contre 14,3 %). Cette proportion était également plus élevée dans les régions rurales ou éloignées que dans les régions urbaines (20,4 % contre 16,8 %). De même, les personnes âgées des quartiers à faible revenu et des régions rurales ou éloignées se sont vu prescrire plus de médicaments potentiellement inappropriés.

En 2016, 0,7 % des personnes âgées ont été hospitalisées en raison d'une réaction indésirable aux médicaments (RIM). Le nombre de médicaments était le facteur le plus souvent associé à ce type d'hospitalisation. Les personnes âgées qui se sont vu prescrire de 10 à 14 catégories de médicaments étaient exposées à un risque 5 fois plus élevé d'hospitalisation en raison d'une RIM que celles qui se sont vu prescrire de 1 à 4 catégories de médicaments (après ajustement en fonction d'autres facteurs). Ce risque était par ailleurs 8 fois plus élevé si elles s'étaient vu prescrire 15 catégories de médicaments différentes ou plus.

La nécessité de réduire le nombre de médicaments et de médicaments potentiellement inappropriés prescrits aux personnes âgées préoccupe de plus en plus les cliniciens, les chercheurs et les organismes à l'échelle du Canada, notamment le Réseau canadien pour la déprescription, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients et l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Des initiatives et des campagnes comme Choisir avec soin sont mises en œuvre aux 4 coins du pays. Leur objectif consiste à améliorer les pratiques en matière de prescription à l'aide de l'analyse des données⁶³. Plusieurs études soulignent en outre l'importance de réduire le nombre de médicaments prescrits aux personnes âgées, surtout en fin de vie^{28, 64}.

Ces initiatives ont peut-être commencé à porter leurs fruits. En effet, l'utilisation chronique de médicaments potentiellement inappropriés est passée de 33,9 % en 2011 à 31,1 % en 2016. Le recours à 2 catégories de médicaments ciblées par les initiatives a également diminué chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, passant de 40,7 %

à 35,9 % pour les antipsychotiques, et de 31,6 % à 25,7 % pour les benzodiazépines. Toutefois, l'utilisation chronique d'IPP, qui ont aussi été ciblés par des initiatives semblables, a augmenté, passant de 19,4 % en 2011 à 21,3 % en 2016.

Il pourrait être utile d'examiner en quoi les changements relatifs à la pharmacothérapie influent sur les résultats cliniques, et d'évaluer les retombées des initiatives visant à ce que les médicaments prescrits soient plus appropriés aux besoins des personnes âgées. Une attention particulière pourrait être portée aux effets des initiatives ciblant les sous-populations qui utilisent de nombreux médicaments et qui sont davantage exposées à une utilisation de médicaments potentiellement inappropriés, par exemple les femmes, les personnes très âgées, les personnes âgées vivant dans des quartiers à faible revenu et celles vivant dans des régions rurales ou éloignées.

Annexe A : Glossaire

Veillez prendre note que certains termes du présent glossaire peuvent avoir d'autres définitions. Les définitions présentées ici ont pour but d'expliquer comment ces termes sont utilisés dans le contexte du présent rapport et ne constituent pas nécessairement leur unique définition.

Autorité compétente : autorité fédérale, provinciale ou territoriale responsable de la liste des médicaments assurés par le régime d'assurance médicaments et du paiement du montant des demandes de remboursement acceptées.

Catégorie de médicaments : sous-groupe de substances chimiques que l'Organisation mondiale de la santé classe au niveau 4 du système de classification ATC, version 2017. À ce niveau, les sous-groupes sont théoriquement considérés comme des groupes de substances chimiques distinctes qui agissent de façon similaire dans le traitement d'affections semblables (p. ex. le sous-groupe des statines inclut des substances chimiques telles que l'atorvastatine, la rosuvastatine et la simvastatine).

Couverture privée des médicaments : assurance médicaments offerte aux personnes âgées par un assureur privé.

Couverture publique des médicaments : assurance médicaments offerte aux personnes âgées dans le cadre d'un régime provincial, territorial ou fédéral.

Demande de remboursement acceptée : demande de remboursement pour laquelle le régime d'assurance médicaments accepte au moins une partie du montant, que ce soit pour un remboursement ou pour déduction d'une franchise.

Demande de remboursement : une ou plusieurs transactions dont le résultat final indique qu'une ordonnance a été exécutée et qu'une quantité de médicaments a été délivrée contre paiement.

Demandeur : personne âgée visée par au moins une demande acceptée par un régime public d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour déduction d'une franchise. Au Manitoba et en Saskatchewan, le terme demandeur désigne aussi les personnes âgées admissibles visées par des demandes de remboursement acceptées et qui sont admissibles à un régime provincial d'assurance médicaments, mais qui n'ont pas soumis de formulaire d'adhésion et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

Dépenses directes : médicaments d'ordonnance que le patient paie directement, sans l'aide d'un régime privé ou public d'assurance médicaments.

Emplacement géographique : terme qui résume le genre de la Classification des secteurs statistiques (CSSgenre), comme défini dans le guide de référence du FCCP+. L'emplacement géographique est défini comme une région urbaine (CSSgenres 1, 2 et 3) ou comme une région rurale ou éloignée (CSSgenres 4, 5, 6, 7 et 8). Le code postal du patient est utilisé pour cette mesure.

Indication : raison qui motive le recours à un médicament donné (p. ex. les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien).

Liste des médicaments assurés : liste officielle des produits couverts admissibles à un remboursement au titre d'un régime d'assurance médicaments donné et des modalités de la couverture offerte. Dans le cas du SNIUMP, un produit couvert signifie un médicament, un produit, du matériel médical, de l'équipement ou un service couvert au titre d'un régime d'assurance médicaments.

Liste Beers : liste de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées. La version 2015 des critères Beers de l'American Geriatrics Society (AGS) est utilisée dans le présent rapport, avec de légères modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien. (Détails à l'annexe B.)

Personnes âgées : personnes âgées de 65 ans et plus.

Quintile de revenu du quartier : comme défini dans le guide de référence du FCCP+, le revenu du quartier par équivalent-personne est une mesure du revenu du ménage ajustée en fonction de la taille du ménage. Le code postal du patient est utilisé pour cette mesure.

Réaction indésirable à un médicament (RIM) : réaction préjudiciable et involontaire découlant de l'administration d'un médicament à une dose éprouvée ou normalement utilisée pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une affection ou pour modifier une fonction organique. (Détails à l'annexe B.)

Régime d'assurance médicaments : régime qui fournit une couverture pour les médicaments à une population donnée. Les régimes sont régis par des règles précises au sujet de l'admissibilité, du paiement, etc.

Substance chimique : sous-groupe que l'Organisation mondiale de la santé classe au niveau 5 du système de classification ATC, version 2017. Chaque code unique représente une entité chimique ou biologique distincte au sein de la catégorie de médicaments concernée.

Système de classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) : système de classification qui divise les médicaments en groupes différents selon l'organe ou le système corporel sur lequel ils agissent et selon leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques. La version 2017 du [système de classification ATC](#) est utilisée dans le présent rapport.

Utilisation chronique de médicaments : situation d'une personne visée par au moins 2 demandes de remboursement et ayant reçu un approvisionnement d'au moins 180 jours pour une catégorie de médicaments donnée.

Annexe B : Notes méthodologiques

Sources de données

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)

Les données sur les demandes de remboursement de médicaments et les listes des médicaments assurés utilisées dans la présente analyse sont tirées du SNIUMP. Elles ont été soumises par les régimes publics d'assurance médicaments provinciaux ou territoriaux de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon, ainsi que par le régime public d'assurance médicaments fédéral administré par la DGSPNI. Le SNIUMP renferme des données pancanadiennes liées aux listes de médicaments remboursés des régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Ces données permettent de réaliser, en temps voulu, 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.

Le SNIUMP inclut les demandes de remboursement acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour déduction d'une franchiseⁱⁱⁱ. Les demandes sont versées dans la base de données, que le patient ait utilisé ou non le médicament.

Le SNIUMP n'intègre pas de renseignements sur

- les ordonnances qui ont été rédigées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances exécutées, mais dont le coût n'a pas fait l'objet d'une demande de remboursement ou n'a pas été approuvé par le régime public;
- le diagnostic ou l'affection à l'origine de l'ordonnance.

Pour en savoir plus sur les régimes publics d'assurance médicaments offerts aux personnes âgées, consultez le document [Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits : document d'information sur les régimes](#) de l'ICIS.

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

Remarques relatives aux provinces

Île-du-Prince-Édouard

Les demandes de remboursement relatives au titre des programmes suivants sont incluses dans le SNIUMP : Children in Care, Financial Assistance, Seniors' Drug Cost Assistance, Diabetes, Family Health Benefit, High Cost Drug, Nursing Home, Quit Smoking et Sexually Transmitted Disease. Les demandes de remboursement relatives aux autres programmes ne sont pas soumises.

Nouvelle-Écosse

Les demandes de remboursement au titre du régime Pharmacare Benefits du ministère des Services communautaires ne sont pas soumises.

Saskatchewan

Les demandes de remboursement pour les numéros d'identification des médicaments (DIN) non publiés (c.-à-d. les DIN qui ne figurent pas sur la liste des médicaments assurés de la Saskatchewan) et celles réglées au titre de programmes spéciaux (p. ex. la Saskatchewan Cancer Agency) ne sont pas soumises au SNIUMP. Les demandes de remboursement au titre des régimes Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) et Supplementary Health ne sont incluses dans le SNIUMP que si les DIN figurent sur la liste des médicaments assurés de la Saskatchewan.

Alberta

Les demandes de remboursement au titre des programmes Income Support, Alberta Adult Health Benefit, Assured Income for the Severely Handicapped et Alberta Child Health Benefit ne sont pas soumises. Les demandes de remboursement des résidents d'établissements de SLD ne sont pas soumises au SNIUMP.

Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière

La BDCP et la BDMH contiennent des données démographiques, administratives et cliniques sur les sorties des établissements de soins de courte durée (y compris les congés, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts). Les établissements de chaque province et territoire, sauf ceux du Québec, sont obligés de déclarer des données à la BDCP. Les enregistrements de patients hospitalisés en soins de courte durée du Québec, qui sont soumis à l'ICIS dans le cadre d'un processus distinct, figurent dans la BDMH. La BDMH contient également un sous-ensemble de données de la BDCP provenant des

autres autorités compétentes. La présente analyse n'a pas tenu compte des données sur les sorties d'établissements autres que de soins de courte durée. Les données de la BDCP ont permis d'identifier les personnes âgées hospitalisées en raison de réactions indésirables aux médicaments.

Limites

Les données sur les demandes de remboursement indiquent que le médicament prescrit a été délivré, mais ne précisent pas s'il a été pris ou non. Par conséquent, elles ne reflètent pas toujours l'utilisation, le patient ayant pu prendre la totalité, une partie seulement ou aucun des médicaments délivrés.

Le SNIUMP contient des renseignements limités sur les demandes qui n'ont pas été acceptées par le régime public d'assurance médicaments (c.-à-d. celles payées par les assureurs privés ou par les patients). Le nombre de médicaments ou le taux d'utilisation pourraient donc être sous-estimés. Cependant, en ce qui concerne les personnes âgées, cette sous-estimation touche surtout les médicaments non couverts par les régimes publics d'assurance médicaments et ceux dont la couverture est restreinte.

Le SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ou les affections à l'origine des ordonnances. Il est donc impossible de faire ressortir avec certitude les affections qui contribuent aux dépenses des régimes d'assurance médicaments. Cependant, en signalant les indications les plus courantes des catégories de médicaments qui représentent la majeure partie des dépenses, on obtient un aperçu des principales affections qui contribuent aux dépenses en médicaments.

Comparaison des listes de médicaments assurés

Les différences dans le nombre et le type de médicaments inscrits sur les listes de médicaments assurés des autorités compétentes peuvent entraîner des variations dans l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments.

Cette section du rapport examine l'uniformité des listes de médicaments assurés par les régimes publics des 12 autorités compétentes au 31 décembre 2016 (c.-à-d. la mesure dans laquelle les listes de médicaments assurés des 10 provinces, du Yukon et du programme fédéral sont uniformes).

En 2016, les médicaments couverts par chacune des 12 autorités compétentes représentaient 93,8 % des demandes de remboursement et 75,9 % des dépenses des régimes d'assurance médicaments destinées aux personnes âgées. Pour les catégories de médicaments couvertes par au moins 10 des autorités compétentes, les proportions augmentent, atteignant 98,0 % des demandes de remboursement et 96,6 % des dépenses totales des régimes. Puisque

l'utilisation de médicaments vise dans une si grande mesure des catégories de médicaments assurés dans les 12 autorités compétentes, les différences entre les listes ne devraient pas avoir une grande incidence sur les variations en matière d'utilisation et de dépenses, d'une autorité compétente à l'autre, du moins lorsqu'on considère l'ensemble des médicaments. En revanche, dans le cas de médicaments ou de catégories de médicaments en particulier, les différences entre les listes peuvent influencer considérablement sur l'utilisation d'une autorité compétente à l'autre. Par exemple, le faible taux d'utilisation des IPP observé en Colombie-Britannique est en partie attribuable au fait que le remboursement des IPP se limite aux cas avérés de réponse insatisfaisante ou d'intolérance à un traitement intégrant des doses adéquates d'antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (p. ex. la ranitidine). Il importe donc de tenir compte des écarts dans les listes lorsqu'on compare les statistiques d'utilisation ou de dépenses liées à certains médicaments ou certaines catégories de médicaments d'une autorité compétente à l'autre.

Systèmes de classification des médicaments

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

- Le numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada. À chaque DIN correspond un fabricant, un nom de produit, un ou des ingrédients actifs, la teneur de chaque ingrédient actif et une forme galénique. Dans la présente analyse, les références aux médicaments ne s'appliquent qu'au niveau du DIN.
- Le pseudo-numéro d'identification du médicament (PDIN) attribué par un régime d'assurance médicaments dans les cas où Santé Canada n'a pas attribué de DIN à un produit couvert. Un PDIN peut être attribué lorsque le produit couvert n'est pas un médicament (p. ex. une bande réactive pour glycémie), lorsqu'il s'agit d'un composé intégrant plusieurs médicaments, chacun ayant son propre DIN, ou lorsqu'il s'agit d'un service de pharmacie (p. ex. un examen des médicaments).
- La version 2017 du système de classification ATC de l'Organisation mondiale de la santé, comme le décrit la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada^{iv}.
 - Dans ce système de classification, les médicaments sont répartis en divers groupes, selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et selon leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.
 - Ce système ne fait pas de distinction entre la teneur, la posologie, la voie d'administration ou la forme galénique, sauf lorsque le nom l'indique (p. ex. corticostéroïdes en inhalation).

iv. Même si, en général, Santé Canada attribue un code ATC de niveau 5 aux médicaments, il peut dans certains cas leur attribuer un code de niveau 4, voire de niveau 3.

- Les médicaments sont classés en groupes échelonnés sur 5 niveaux différents :
 - Ils sont divisés en 14 groupes principaux (niveau 1), assortis d'un sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique (niveau 2).
 - Les niveaux 3 et 4 comprennent des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques.
 - Les niveaux 2, 3 et 4 servent souvent à identifier les sous-groupes pharmacologiques lorsque ceux-ci conviennent mieux que les sous-groupes thérapeutiques ou chimiques.
 - Le niveau 5 correspond à la substance chimique.
- Les médicaments associés à un DIN, mais sans code ATC sont automatiquement classés dans le groupe ATC « non attribué ».
- Les produits couverts auxquels on a attribué un PDIN sont automatiquement classés dans le groupe ATC « sans objet ».
- Le cas échéant, l'ICIS peut attribuer un DIN ou un PDIN à d'autres codes ATC.

Méthodes de calcul

Réaction indésirable aux médicaments (RIM)

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, les RIM désignent les effets indésirables d'un médicament qui a été administré correctement dans une dose appropriée, à des fins thérapeutiques ou prophylactiques (c.-à-d. préventives)⁶⁵. Cette définition exclut les empoisonnements accidentels ou non, qui sont caractérisés par une surdose de substances délivrées sur ordonnance ou par l'administration ou la prise de la mauvaise substance.

Les RIM correspondent aux abrégés contenant

1. un code de diagnostic principal lié à un médicament ou dû à la prise d'un médicament, dans la mesure où l'abrégé n'indique pas que le diagnostic principal est survenu après l'admission; les cas de diagnostic principal survenant après l'admission ont été repérés lorsque le même diagnostic a été codifié à titre de diagnostic principal et de comorbidité après l'admission (ce qui a éliminé 2,0 % des RIM chez les personnes âgées identifiées à l'aide du code de diagnostic principal);
2. une comorbidité avant l'admission liée à un médicament ou causée par un médicament;
3. un code de cause externe lié à un médicament (codes de la CIM-10-CA Y40 à Y59), dans la mesure où le code externe n'est pas associé à une comorbidité après l'admission.

Enfin, les RIM survenant après l'admission ont également été exclues puisque rien ne permettait de démontrer que le patient aurait eu besoin de traitements en milieu hospitalier si ces réactions s'étaient produites à l'extérieur de l'hôpital.

Médicaments de la liste Beers

Les médicaments de la liste Beers sont des médicaments considérés comme potentiellement inappropriés pour les personnes âgées en raison de leur risque élevé d'effets indésirables ou de leur inefficacité ou parce qu'il existe des substituts plus sûrs³⁷. Une liste couramment utilisée de ces médicaments, connue sous le nom de liste Beers, a d'abord été élaborée en 1991 par le Dr Mark H. Beers pour les personnes âgées habitant dans un établissement de SLD; sa portée a ensuite été étendue à toutes les personnes âgées³⁷. La version 2015 de cette liste, mise à jour par l'American Geriatrics Society (AGS), a été utilisée pour le présent rapport.

La mise à jour de la liste Beers, en 2015, a donné lieu à plusieurs changements et ajouts (nouveaux médicaments), notamment l'inclusion de l'utilisation à long terme des IPP. En raison de cet ajout, 3 des 10 médicaments de la liste Beers les plus fréquemment utilisés sont désormais des IPP (le pantoprazole, le rabéprazole et l'oméprazole). Un autre changement important à noter est le retrait de la limite de 90 jours quant à l'utilisation de benzodiazépines hypnotiques (agonistes des récepteurs des benzodiazépines) et d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines. Dans les versions antérieures des critères Beers, le recours aux hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (p. ex. la zopiclone) était considéré comme inapproprié dans les cas d'une utilisation chronique sur une période de plus de 90 jours. Désormais, toute forme d'utilisation est considérée comme potentiellement inappropriée.

La liste Beers répartit les médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées en 3 groupes : les médicaments considérés comme potentiellement inappropriés, les médicaments inappropriés pour les personnes âgées en raison d'interactions médicament-maladie ou médicament-syndrome, et les médicaments à utiliser avec prudence. La présente analyse porte seulement sur les médicaments considérés comme potentiellement inappropriés selon la liste Beers.

Il est à noter que le caractère potentiellement inapproprié de certains médicaments inscrits sur la liste Beers utilisée dans le cadre du présent rapport ne vise qu'un usage précis ou une forme de prescription particulière. Dans ces cas, étant donné que le SNIUMP ne précise pas les motifs des ordonnances ni la façon dont les médicaments ont été prescrits, tous les médicaments ayant fait l'objet d'une demande de remboursement ont été considérés comme potentiellement inappropriés.

Les groupes de médicaments de la liste Beers mettent l'accent soit sur la classe thérapeutique (p. ex. les benzodiazépines), soit sur le médicament proprement dit (p. ex. la mépéridine). Les médicaments peuvent être considérés comme inappropriés seulement s'ils sont pris sous une forme particulière (p. ex. le dipyridamole ne devrait pas être pris sous forme de médicament oral à action rapide) ou dans une quantité excédant une dose précise (p. ex. la doxépine à des doses supérieures à 6 mg par jour).

La liste Beers a été élaborée aux États-Unis et tient compte des médicaments qui y sont disponibles. Afin que la présente analyse soit pertinente pour le marché canadien, au-delà des médicaments figurant sur la liste Beers, toutes les benzodiazépines et tous leurs produits apparentés ont été considérés comme potentiellement inappropriés. Seule exception, le clobazam, car contrairement aux autres benzodiazépines, il est principalement utilisé pour le traitement des crises épileptiques. Cette modification repose sur les travaux du Saskatchewan Health Quality Council⁶⁶.

La liste Beers contient également une désignation de la qualité des éléments probants qui servent à déterminer le caractère inapproprié des médicaments et la force des recommandations. Les éléments probants peuvent être de

- qualité élevée — résultats constants obtenus à l'aide d'études bien conçues et bien réalisées au sein de populations représentatives, et qui évaluent directement l'incidence des médicaments sur les résultats pour la santé;
- qualité moyenne — les éléments probants sont suffisants pour déterminer l'incidence des médicaments sur les résultats pour la santé, mais leur crédibilité est limitée par le nombre, la qualité, la taille ou l'uniformité des études;
- faible qualité — les éléments probants ne suffisent pas à évaluer l'incidence des médicaments sur les résultats pour la santé.

Les recommandations peuvent être

- fortes — les avantages l'emportent nettement sur les risques et le fardeau, ou vice versa;
- faibles — les avantages, les risques et le fardeau s'équivalent sensiblement;
- insuffisantes — les éléments probants ne suffisent pas à déterminer les avantages ou les risques.

Aucun médicament n'a été exclu de l'analyse à cause de la qualité des éléments probants ou de la force des recommandations. Toutefois, soulignons que très peu de médicaments de la liste Beers étaient associés à des éléments probants de faible qualité, et ceux qui l'étaient s'accompagnaient de fortes recommandations.

Nombre de catégories de médicaments

Pour calculer le nombre de catégories de médicaments qu'une personne âgée a utilisées au cours d'une année donnée, on compte le nombre de catégories de médicaments distinctes (niveau 4 du système de classification ATC) que cette personne a utilisées cette année-là. Ce nombre n'est pas nécessairement un indicateur du nombre de catégories de médicaments utilisées à un moment précis.

De plus, cette mesure n'indique pas si le patient a utilisé un médicament de chaque catégorie dès le début de l'année ou s'il a commencé à prendre un médicament au cours de l'année. Par ailleurs, en prenant en considération le nombre de catégories de médicaments (plutôt que le nombre de substances chimiques distinctes) pour tenir compte du changement de médicaments au sein d'une même catégorie, on peut sous-estimer le nombre de médicaments utilisés par une personne âgée si celle-ci utilise simultanément plus d'un médicament appartenant à une même catégorie. Globalement, l'incidence de ces facteurs sur les résultats de l'analyse ne semble toutefois pas considérable, puisque le nombre moyen de catégories de médicaments et de substances chimiques visées par les demandes étaient similaires pour tous les groupes d'âge. En 2016, les personnes âgées adhérant à des régimes publics d'assurance médicaments ont présenté des demandes de remboursement pour une moyenne de 7,2 catégories de médicaments et de 7,4 substances chimiques.

Résidents des établissements de soins de longue durée

Les résidents des établissements de SLD ont été ciblés de 2 façons, selon l'autorité compétente. À l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et en Colombie-Britannique, on a considéré comme des résidents d'établissements de SLD les personnes dont les demandes de remboursement ont été acceptées par les régimes conçus pour offrir une couverture aux résidents des établissements de SLD. En Ontario, les résidents des établissements de SLD sont signalés comme tels dans le SNIUMP.

Il faut noter qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, seules les personnes âgées dont les soins de longue durée sont subventionnés par le gouvernement sont classées comme des résidents d'établissements de SLD. Dans le SNIUMP, les résidents d'établissements de SLD qui paient leurs propres soins ou dont les soins sont payés par une assurance privée sont classés comme des personnes âgées ne vivant pas dans un établissement de SLD. On s'attend à ce que cette situation fasse augmenter le taux d'utilisation chez les personnes de cette province vivant dans la collectivité, mais il est difficile de déterminer son effet sur le taux d'utilisation chez les résidents d'établissements de SLD. La population de l'Île-du-Prince-Édouard étant relativement petite, l'effet sur les taux d'utilisation globaux dans les 5 provinces devrait être minime.

Pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement sont acceptées et réglées

On calcule le **pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement sont acceptées** en divisant le nombre de demandeurs âgés d'une année donnée par la population de personnes âgées de l'autorité compétente au 1^{er} juillet de la même année.

On calcule le **pourcentage de personnes âgées dont les demandes de remboursement sont réglées** en divisant le nombre de personnes âgées dont les demandes de remboursement sont réglées d'une année donnée par la population de personnes âgées de l'autorité compétente au 1^{er} juillet de la même année.

Il importe de noter que les dénominateurs utilisés dans les 2 calculs ci-dessus comprennent les personnes âgées qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance médicaments de la province ou du territoire parce qu'elles bénéficient d'une autre source d'assurance (p. ex. au titre d'un régime fédéral ou privé d'assurance médicaments) ou sont admissibles au régime public, mais n'ont présenté aucune demande de calcul de leur franchise. Les pourcentages de personnes dont les demandes de remboursement sont acceptées et réglées seraient plus élevés si seule la population admissible et inscrite était prise en considération. Il faut également souligner que le pourcentage pourrait dépasser 100 % parce que le numérateur correspond au nombre cumulatif de demandeurs pendant toute l'année et que le dénominateur est calculé à un moment précis.

Médicaments psychotropes

Les catégories de médicaments psychotropes incluses dans l'analyse ont été recensées au moyen des DIN attribués par Santé Canada et des codes du système de classification ATC suivants de l'Organisation mondiale de la santé : N05BA — benzodiazépines (sous la catégorie plus vaste des anxiolytiques), N05CD — benzodiazépines (sous la catégorie plus vaste des sédatifs et des hypnotiques), N05CF — médicaments apparentés aux benzodiazépines, N06A — antidépresseurs, et N05A — antipsychotiques. Toutes les formes galéniques et teneurs de ces substances chimiques offertes au Canada pendant la période d'étude ont été prises en compte, à l'exception du lithium (code ATC N05AN) et du clobazam (code ATC N05BA09). Le lithium a été exclu de l'analyse, car contrairement aux autres médicaments du même code ATC, il n'est pas utilisé pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes âgées. Le clobazam a également été exclu, car contrairement aux autres benzodiazépines, il est principalement utilisé pour le traitement des crises épileptiques.

Taux d'utilisation

Pour calculer ce taux, on divise le nombre total de personnes âgées ayant présenté des demandes de remboursement visant des médicaments du groupe (p. ex. catégorie de médicaments ou substance chimique) en question par le nombre total de personnes âgées ayant présenté des demandes de remboursement.

Annexe C : Personnes âgées et demandeurs âgés au titre d'un régime public d'assurance médicaments

Tableau C1 Personnes âgées et demandeurs âgés au titre d'un régime public d'assurance médicaments, selon l'autorité compétente, le sexe et le groupe d'âge, 2016

Autorité compétente	Nombre	Sexe		Groupe d'âge		
		Femmes	Hommes	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Terre-Neuve-et-Labrador						
Personnes âgées	101 212	53,4 %	46,6 %	62,4 %	28,1 %	9,5 %
Demandeurs âgés	51 080	58,2 %	41,8 %	50,7 %	34,6 %	14,7 %
Île-du-Prince-Édouard						
Personnes âgées	28 026	54,7 %	45,3 %	60,6 %	28,4 %	11,0 %
Demandeurs âgés	26 161	54,4 %	45,6 %	57,1 %	30,3 %	12,5 %
Nouvelle-Écosse						
Personnes âgées	183 415	54,7 %	45,3 %	59,2 %	28,8 %	12,0 %
Demandeurs âgés	121 154	57,5 %	42,5 %	53,3 %	31,8 %	15,0 %
Nouveau-Brunswick						
Personnes âgées	147 862	54,1 %	45,9 %	58,6 %	29,1 %	12,3 %
Demandeurs âgés	78 116	58,0 %	42,0 %	48,6 %	33,8 %	17,7 %
Québec						
Personnes âgées	1 502 903	54,9 %	45,1 %	57,3 %	29,8 %	12,9 %
Demandeurs âgés	1 296 015	56,1 %	43,9 %	54,6 %	31,4 %	13,9 %
Ontario						
Personnes âgées	2 291 002	55,0 %	45,0 %	56,2 %	30,4 %	13,4 %
Demandeurs âgés	2 154 273	55,1 %	44,9 %	54,2 %	31,1 %	14,7 %
Manitoba						
Personnes âgées	198 410	54,9 %	45,1 %	56,1 %	29,4 %	14,5 %
Demandeurs âgés	185 154	55,5 %	44,5 %	53,5 %	30,2 %	16,3 %

Autorité compétente	Nombre	Sexe		Groupe d'âge		
		Femmes	Hommes	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Saskatchewan						
Personnes âgées	170 343	54,5 %	45,5 %	53,6 %	30,9 %	15,5 %
Demandeurs âgés	160 203	54,8 %	45,2 %	50,8 %	31,2 %	18,1 %
Alberta						
Personnes âgées	507 723	54,0 %	46,0 %	58,6 %	28,9 %	12,5 %
Demandeurs âgés	465 722	54,0 %	46,0 %	56,1 %	30,6 %	13,3 %
Colombie-Britannique						
Personnes âgées	849 890	53,0 %	47,0 %	57,0 %	29,8 %	13,1 %
Demandeurs âgés	752 387	53,7 %	46,3 %	54,7 %	30,8 %	14,5 %
Yukon						
Personnes âgées	4 468	49,8 %	50,2 %	69,4 %	24,1 %	6,5 %
Demandeurs âgés	3 566	45,5 %	54,5 %	69,1 %	23,6 %	7,3 %
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)						
Personnes âgées*	59 366	58,9 %	41,1 %	n.d.	n.d.	n.d.
Demandeurs âgés	53 273	58,8 %	41,2 %	66,7 %	26,9 %	6,4 %
Canada						
Personnes âgées	5 989 898	54,5 %	45,5 %	57,0 %	29,9 %	13,1 %
Demandeurs âgés†	5 347 104	55,2 %	44,8 %	54,4 %	31,1 %	14,5 %

Remarques

* Clientèle de la DGSPNI pour 2014-2015.

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

n.d. : non disponible.

Sources

Statistique Canada; Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Annexe D : Pourcentage du nombre total de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées et payées au titre d'un régime public d'assurance médicaments

Tableau D1 Personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées et payées au titre d'un régime public d'assurance médicaments, selon l'autorité compétente sélectionnée, Canada*, 2011 et 2016

Autorité compétente	Pourcentage du nombre total de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été acceptées		Pourcentage du nombre total de personnes âgées dont les demandes de remboursement ont été payées	
	2011	2016	2011	2016
Terre-Neuve-et-Labrador	57,6 %	50,5 %	57,6 %	50,4 %
Île-du-Prince-Édouard	91,1 %	93,3 %	89,7 %	92,6 %
Nouvelle-Écosse	69,0 %	66,1 %	68,5 %	65,4 %
Nouveau-Brunswick	56,8 %	52,8 %	56,8 %	52,8 %
Québec [†]	n.d.	86,2 %	n.d.	84,5 %
Ontario	93,3 %	94,0 %	93,2 %	93,8 %
Manitoba	93,9 %	93,3 %	43,6 %	30,1 %
Saskatchewan	93,4 %	94,0 %	87,0 %	83,8 %
Alberta	92,1 %	91,7 %	92,1 %	91,7 %
Colombie-Britannique	89,8 %	88,5 %	54,1 %	38,8 %
Yukon	81,4 %	79,8 %	81,4 %	79,8 %
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) [‡]	73,0 %	89,7 %	73,0 %	89,7 %

Remarques

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

† Les données du Québec antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

‡ Clientèle de la DGSPNI : rapports annuels du Programme des services de santé non assurés de 2010-2011 (pour 2011) et de 2014-2015 (pour 2016). Le dernier rapport annuel publié pour le Programme des services de santé non assurés est celui de 2014-2015.

n.d. : non disponible.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Annexe E : Facteurs de risque associés aux hospitalisations liées à des RIM

Tableau E1 Facteurs de risque associés aux hospitalisations liées à des RIM, autorités compétentes sélectionnées*, Canada, 2016

Variable	Valeur	Rapport de cotes (intervalle de confiance)	Valeur de p	Pourcentage des personnes âgées
Sexe	Femmes [†]	1,000	—	54,3 %
	Hommes	1,058 (1,015 à 1,102)	0,0072	45,7 %
Groupe d'âge	65 à 74 ans [†]	1,000	—	52,1 %
	75 à 84 ans	1,381 (1,317 à 1,449)	0,0048	32,7 %
	85 ans et plus	1,693 (1,605 à 1,785)	< 0,0001	15,2 %
Nombre de catégories de médicaments	1 à 4 [†]	1,000	—	40,3 %
	5 à 9	2,683 (2,479 à 2,904)	< 0,0001	38,7 %
	10 à 14	5,124 (4,712 à 5,571)	< 0,0001	14,9 %
	15 ou plus	7,951 (7,274 à 8,691)	< 0,0001	6,2 %
Nombre de prescripteurs	1 [†]	1,000	—	23,4 %
	2 ou plus	1,390 (1,279 à 1,512)	< 0,0001	76,6 %
Nombre de pharmacies	1 [†]	1,000	—	66,4 %
	2 ou plus	1,066 (1,022 à 1,111)	0,0028	33,6 %
Hospitalisation antérieure non liée à une RIM	Non [†]	1,000	—	85,3 %
	Oui	3,420 (3,272 à 3,576)	< 0,0001	14,7 %
Utilisation de médicaments figurant sur la liste Beers [‡]	Non [†]	1,000	—	56,3 %
	Oui	1,107 (1,058 à 1,157)	< 0,0001	43,7 %

Remarques

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement pouvant être couplées : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

† Groupe de référence.

‡ Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

— Sans objet.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe F : Les 10 catégories de médicaments les plus fréquemment associées aux hospitalisations liées à des RIM chez les personnes âgées

Tableau F1 Les 10 catégories de médicaments les plus fréquemment associées aux hospitalisations liées à des RIM chez les personnes âgées, Canada, 2016

Catégorie de médicaments	Usages courants	Diagnostic le plus fréquemment associé à l'hospitalisation	Pourcentage de RIM
Anticoagulants	Prévention des AVC et des crises cardiaques	Anomalie de la coagulation, sans précision	23,9 %
Autres antinéoplasiques	Cancer	Neutropénie	12,5 %
Opioides et analgésiques apparentés	Gestion de la douleur	Constipation	8,1 %
Glucocorticoïdes et analogues synthétiques	Asthme	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi	4,9 %
Bêtabloquants, non classés ailleurs	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, angine (douleur thoracique)	Bradycardie, sans précision	3,5 %
AINS (sauf les salicylates)	Arthrite, gestion de la douleur	Insuffisance rénale aiguë, sans précision	3,3 %
Diurétiques de l'anse de Henle	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	Insuffisance rénale aiguë, sans précision	3,3 %
Dérivés de la benzothiadiazine	Hypertension artérielle	Hypo-osmolarité et hyponatrémie	3,1 %
Autres diurétiques	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	Insuffisance rénale aiguë, sans précision	2,5 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)	Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque	Insuffisance rénale aiguë, sans précision	2,2 %

Sources

Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe G : Les 10 médicaments de la liste Beers les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, Canada, 2016

Tableau G1 Les 10 médicaments de la liste Beers* les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées, selon les taux d'utilisation et d'utilisation chronique, Canada†, 2016

Substance chimique	Usages courants	Sexe		Groupe d'âge		
		Femmes	Hommes	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Pantoprazole (IPP) (plus de 8 semaines)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	13,8 %	12,5 %	11,2 %	14,7 %	17,7 %
Lorazépam	Anxiété, insomnie	10,9 %	6,2 %	7,6 %	9,6 %	11,4 %
Nitrofurantoïne	Antibiotique utilisé dans le traitement des infections des voies urinaires	7,6 %	1,7 %	4,1 %	5,5 %	7,0 %
Rabéprazole (IPP) (plus de 8 semaines)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	4,7 %	3,8 %	3,6 %	5,1 %	5,5 %
Amitriptyline	Dépression	3,7 %	1,8 %	3,1 %	2,9 %	2,0 %
Quétiapine	Schizophrénie, trouble bipolaire	3,0 %	2,4 %	2,1 %	2,8 %	5,2 %
Oméprazole (IPP) (plus de 8 semaines)	Reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal	2,9 %	2,3 %	2,3 %	2,9 %	3,3 %
Zopiclone	Insomnie	2,8 %	2,0 %	2,2 %	2,6 %	3,1 %
Oxazépam	Anxiété, insomnie	3,0 %	1,7 %	1,7 %	2,9 %	4,2 %
Estradiol, par voie orale ou topique (timbre)	Ménopause	3,7 %	0,0 %	2,7 %	1,5 %	0,7 %

Remarques

* Critères Beers de l'AGS, mis à jour en 2015, avec modifications visant à adapter la mesure de l'utilisation potentiellement inappropriée au marché canadien (voir l'annexe B).

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Banque médicaments, Régie de l'assurance maladie du Québec.

Annexe H : Résidents d'établissements de soins de longue durée

Tableau H1 Résidents d'établissements de soins de longue durée, selon l'autorité compétente sélectionnée*, le sexe et le groupe d'âge, 2016

Autorité compétente	Demandeurs âgés	Sexe		Groupe d'âge		
		Femmes	Hommes	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Île-du-Prince-Édouard	545	71,4 %	28,6 %	12,5 %	27,0 %	60,6 %
Nouveau-Brunswick	5 398	68,8 %	31,2 %	12,3 %	29,4 %	58,3 %
Ontario	99 197	68,8 %	31,2 %	11,8 %	29,0 %	59,2 %
Manitoba	10 091	69,3 %	30,7 %	9,5 %	25,7 %	64,8 %
Colombie-Britannique	28 121	66,3 %	33,7 %	10,6 %	27,5 %	61,9 %
Total	143 352	68,4 %	31,6 %	11,4 %	28,5 %	60,1 %

Remarque

* En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

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

Annexe I : Texte de remplacement pour les figures

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 1 : Pourcentage de personnes âgées, selon le nombre de catégories de médicaments, Canada*, 2011 et 2016

Nombre de catégories de médicaments	2011	2016
1 à 4	34,7 %	36,5 %
5 à 9	39,8 %	39,0 %
10 à 14	17,8 %	17,0 %
15 ou plus	7,7 %	7,4 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Sources

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

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 8 : Pourcentage de personnes âgées hospitalisées en raison d'une RIM, selon le nombre de catégories de médicaments, autorités compétentes sélectionnées*, 2016

Nombre de catégories de médicaments	Pourcentage de tous les demandeurs âgés qui ont été hospitalisés en raison de RIM
1 à 4	0,2 %
5 à 9	0,6 %
10 à 14	1,5 %
15 ou plus	2,9 %

Remarque

* En date de novembre 2017, 6 autorités compétentes soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement pouvant être couplées : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 9 : Taux d'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées, selon le type d'utilisation, Canada*, 2011 à 2016

Année	Utilisation de tous types d'opioïdes	Utilisation d'opioïdes puissants	Utilisation chronique d'opioïdes	Utilisation chronique d'opioïdes puissants
2011	22,8 %	8,9 %	4,0 %	2,3 %
2012	21,9 %	8,9 %	4,0 %	2,4 %
2013	21,7 %	9,2 %	4,0 %	2,4 %
2014	21,5 %	9,4 %	4,0 %	2,5 %
2015	21,3 %	9,7 %	4,1 %	2,5 %
2016	20,7 %	9,6 %	4,1 %	2,5 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 15 : Proportion des utilisateurs d'IPP âgés* dont l'utilisation s'est prolongée sur plus de 8 semaines, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada†, 2011 et 2016

Sexe ou groupe d'âge	2011	2016
Femmes	71,8 %	73,4 %
Hommes	72,8 %	74,1 %
65 à 74 ans	70,3 %	71,8 %
75 à 84 ans	72,6 %	74,3 %
85 ans et plus	76,1 %	77,7 %

Remarques

* À l'exception des personnes qui prenaient des corticostéroïdes par voie orale ou utilisaient des AINS de façon chronique.

† À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 16 : Taux d'utilisation de benzodiazépines (et de médicaments à effets similaires) chez les personnes âgées, selon le type de produits, Canada*, 2011 à 2016

Taux d'utilisation de benzodiazépines	2011	2012	2013	2014	2015	2016
À action prolongée	1,2 %	1,1 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %	0,8 %
À action rapide	14,2 %	13,4 %	12,7 %	12,1 %	11,4 %	10,9 %
Médicaments apparentés aux benzodiazépines	3,2 %	3,2 %	3,3 %	3,3 %	3,3 %	3,2 %
Toutes les benzodiazépines	17,5 %	16,7 %	16,0 %	15,4 %	14,7 %	14,0 %

Remarque

* À l'heure actuelle, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne soumettent pas de données au SNIUMP. Le Québec n'a pas été pris en compte, puisque les données antérieures à 2014 n'étaient pas disponibles.

Source

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

Texte de remplacement et tableau de données pour la figure 19 : Pourcentage des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD qui se sont vu prescrire des médicaments psychotropes, selon le type de médicaments, autorités compétentes sélectionnées*, 2011 à 2016

Médicaments psychotropes	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antidépresseurs	57,5 %	58,5 %	58,8 %	59,4 %	59,7 %	60,3 %
Antipsychotiques	40,7 %	39,9 %	39,8 %	39,3 %	37,2 %	35,9 %
Benzodiazépines	31,6 %	29,9 %	28,5 %	27,3 %	26,4 %	25,7 %

Remarque

* En date de novembre 2017, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

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

Références

1. Statistique Canada. [Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoire, annuel](#). Consulté le 21 novembre 2017.
2. Morgan S, et al.; UBC Centre for Health Services and Policy Research. [The Canadian Rx Atlas, 3rd edition](#). 2013.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — notes méthodologiques](#). 2017.
4. Kwan D, Farrell B. [Polypharmacy: Optimizing medication use in elderly patients](#). *The Canadian Geriatrics Society Journal of Continuing Medical Education*. 2014.
5. Wastesson JW, Oksuzyan A, von Bornemann Hjelmberg J, Christensen K. [Changes in drug use and polypharmacy after the age of 90: A longitudinal study of the Danish 1905 cohort](#). *Journal of the American Geriatrics Society*. Janvier 2017.
6. Ramage-Morin PL; Statistique Canada. [Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés](#). *Rapports sur la santé*. 2009.
7. Walckiers D, Van der Heyden J, Tafforeau J. [Factors associated with excessive polypharmacy in older people](#). *Archives of Public Health*. 2015.
8. Sinnige J, Braspenning JC, Schellevis FG, et al. [Inter-practice variation in polypharmacy prevalence amongst older patients in primary care](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Septembre 2016.
9. Institut canadien d'information sur la santé. [Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011](#). 2013.
10. Chang CB, Chen JH, Wen CJ, et al. [Potentially inappropriate medications in geriatric outpatients with polypharmacy: Application of six sets of published explicit criteria](#). *British Journal of Clinical Pharmacology*. Août 2011.
11. Holmes HM, Luo R, Kuo YF, Baillargeon J, Goodwin JS. [Association of potentially inappropriate medication use with patient and prescriber characteristics in Medicare Part D](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Juillet 2013.

12. Charlesworth CJ, Smit E, Lee DSH, Alramadhan F, Odden MC. [Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States: 1988–2010](#). *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. Août 2015.
13. Reason B, Terner M, Moses McKeag A, Tipper B, Webster G. [The impact of polypharmacy on the health of Canadian seniors](#). *Family Practice*. Août 2012.
14. Allin S, Rudoler D, Laporte A. [Does increased medication use among seniors increase risk of hospitalization and emergency department visits?](#). *Health Services Research*. Octobre 2016.
15. Franchi C, Marcucci M, Mannucci PM, et al. [Changes in clinical outcomes for community-dwelling older people exposed to incident chronic polypharmacy: A comparison between 2001 and 2009](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Février 2016.
16. Nobili A, Franchi C, Pasina L, et al. [Drug utilization and polypharmacy in an Italian elderly population: The EPIFARM-elderly project](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Mai 2011.
17. Rochon PA, Gurwitz JH. [The prescribing cascade revisited](#). *Lancet*. Mai 2017.
18. Skoog J, Midlov P, Borgquist L, Sundquist J, Halling A. [Can gender difference in prescription drug use be explained by gender-related morbidity?: A study on a Swedish population during 2006](#). *BMC Public Health*. Avril 2014.
19. Tannenbaum C, Farrell B, Shaw J, et al. [An ecological approach to reducing potentially inappropriate medication use: Canadian Deprescribing Network](#). *La revue canadienne du vieillissement*. Mars 2017.
20. Thompson W, Hogel M, Li Y, et al. [Effect of a proton pump inhibitor deprescribing guideline on drug usage and costs in long-term care](#). *Journal of the American Medical Directors Association*. Juillet 2016.
21. Agence de la santé publique du Canada [État de santé des Canadiens 2016](#). 2016.
22. Allin S, Laporte A. [Socioeconomic status and the use of medicines in the Ontario Public Drug Program](#). *Analyse de politiques*. Décembre 2011.
23. Institut canadien d'information sur la santé. [Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?](#). 2011.
24. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. [Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity](#). *JAMA*. Avril 2003.

25. Lin P. [Drug interactions and polypharmacy in the elderly](#). *The Canadian Alzheimer Disease Review*. Septembre 2003.
26. Payne RA, Avery AJ. [Polypharmacy: One of the greatest prescribing challenges in general practice](#). *British Journal of General Practice*. Février 2011.
27. Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients, Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. [Bilan comparatif des médicaments du Canada : hausser la barre — progrès à ce jour et chemin à parcourir](#). 2012.
28. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, et al. [Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: A randomized clinical trial](#). *JAMA Internal Medicine*. Mai 2015.
29. Chau DL, Walker V, Pai L, Cho LM. [Opiates and elderly: Use and side effects](#). *Clinical Interventions in Aging*. 2008.
30. Pergolizzi JV. [Quantifying the impact of drug-drug interactions associated with opioids](#). *The American Journal of Managed Care*. Septembre 2011.
31. Institut canadien d'information sur la santé. [Préjudices liés aux opioïdes au Canada](#). 2017.
32. Institut canadien d'information sur la santé. [Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada](#). 2016.
33. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, et al. [Overdose and prescribed opioids: Associations among chronic non-cancer pain patients](#). *Annals of Internal Medicine*. Janvier 2010.
34. Agence de la santé publique du Canada. [Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres](#). 2011.
35. Pedro-Botet J, Climent E, Chillarón JJ, Toro R, Benaiges D, Flores-Le Roux JA. [Statins for primary cardiovascular prevention in the elderly](#). *Journal of Geriatric Cardiology*. Juillet 2015.
36. van Boxel OS, Hagenars MP, Smout AJPM, Siersema PD. [Socio-demographic factors influence chronic proton pump inhibitor use by a large population in the Netherlands](#). *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Mars 2009.
37. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. [American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults](#). *Journal of the American Geriatrics Society*. Novembre 2015.

38. Morgan SG, Weymann D, Pratt B, et al. [Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults](#). *Age & Ageing*. Juillet 2016.
39. Morgan SG, Hunt J, Rioux J, Proulx J, Weymann D, Tannenbaum C. [Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: A cross-sectional study](#). *Canadian Medical Association Journal Open*. Avril 2016.
40. Price SD, Holman CDJ, Sanfilippo FM, Emery JD. [Association between potentially inappropriate medications from the Beers criteria and the risk of unplanned hospitalization in elderly patients](#). *Annals of Pharmacotherapy*. Janvier 2014.
41. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. [Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis](#). *British Journal of Clinical Pharmacology*. Mars 2008.
42. Huiskes VJB, Burger DM, van den Ende CHM, van den Bemt BJB. [Effectiveness of medication review: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials](#). *BMC Family Practice*. Janvier 2017.
43. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, et al. [Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: A Cochrane systematic review](#). *BMJ Open*. Décembre 2015.
44. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. [The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: A systematic review and meta-analysis](#). *British Journal of Clinical Pharmacology*. Septembre 2016.
45. Howard M, Dolovich L, Kaczorowski J, Sellors C, Sellors J. [Prescribing of potentially inappropriate medications to elderly people](#). *Family Practice*. Juin 2004.
46. Odubanjo E, Bennett K, Feely J. [Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly — A population-based study](#). *British Journal of Clinical Pharmacology*. Novembre 2004.
47. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. [The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: Population database analysis 1995–2010](#). *BMC Medicine*. Avril 2015.
48. Edelstein O, Pater K, Sharma R, Albert SM. [Influence of urban residence on use of psychotropic medications in Pennsylvania, USA: Cross-sectional comparison of older adults attending senior centers](#). *Drugs & Aging*. Février 2014.

49. Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. [Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline](#). *Le médecin de famille canadien*. Mai 2017.
50. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines](#). 2011.
51. Mets MAJ, Volkerts ER, Olivier B, Verster JC. [Effect of hypnotic drugs on body balance and standing steadiness](#). *Sleep Medicine Reviews*. Août 2010.
52. Deprescribing.org. [Lignes directrices du ReCaD](#). Consulté le 2 mars 2018.
53. Bjerre LM, Halil R, Catley C, et al. [Potentially inappropriate prescribing \(PIP\) in long-term care \(LTC\) patients: Validation of the 2014 STOPP-START and 2012 Beers criteria in a LTC population — A protocol for a cross-sectional comparison of clinical and health administrative data](#). *BMJ Open*. Octobre 2015.
54. Nyborg G, Brekke M, Straand J, Gjelstad S, Romøren M. [Potentially inappropriate medication use in nursing homes: An observational study using the NORGEH-NH criteria](#). *BMC Geriatrics*. Septembre 2017.
55. Bronskill SE, Gill SS, Paterson JM, Bell CM, Anderson GM, Rochon PA. [Exploring variation in rates of polypharmacy across long-term care homes](#). *Journal of the American Medical Directors Association*. Mars 2012.
56. Deprescribing.org. [Réseau canadien pour la déprescription \(ReCaD\)](#). Consulté le 2 mars 2018.
57. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. [Projet collaboratif sur la réduction des antipsychotiques](#). Consulté le 2 mars 2018.
58. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. [MedsCheck : ressources à l'intention des pharmaciens](#). Consulté le 2 mars 2018.
59. [Center for Medicare Advocacy](#). Consulté le 2 mars 2018.
60. Iaboni A, Bronskill SE, Reynolds KB, et al. [Changing pattern of sedative use in older adults: A population-based cohort study](#). *Drugs & Aging*. Juillet 2016.
61. Wong J, Motulsky A, Abrahamowicz M, Eguale T, Buckeridge DL, Tamblyn R. [Off-label indications for antidepressants in primary care: Descriptive study of prescriptions from an indication-based electronic prescribing system](#). *BMJ Open*. 2017.

62. Institut canadien d'information sur la santé. [Votre système de santé](#) [outil Web]. Consulté le 2 mars 2018.
63. Institut canadien d'information sur la santé. [Les soins non nécessaires au Canada : rapport technique](#). 2017.
64. Scott I, Hilmer S, Reeve S, Potter K, Le Couteur D. [Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing](#). *JAMA Internal Medicine*. Mai 2015.
65. Organisation mondiale de la santé. [International Drug Monitoring : The Role of National Centres, Report of a WHO Meeting](#). 1972.
66. Clatney L, et al. *Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors Living in the Community*. 2005.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

17344-0318

