



Une production du

BiESP

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

Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance

ACTES DE CONFÉRENCE

Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance

ACTES DE CONFÉRENCE

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

Avril 2017

RÉSUMÉS DES PRÉSENTATIONS RÉDIGÉS PAR

Anne-Marie Carreau-Boudreau, étudiante au baccalauréat en sciences infirmières
Université du Québec à Rimouski (campus de Lévis)

SUPERVISION

Valérie Émond

Chef d'unité scientifique, Surveillance des maladies chroniques et des traumatismes
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Caroline Sirois

Professeure, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski
Chercheuse, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre de recherche du CHU de Québec
Chercheuse associée, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Sylvie Muller

Agente administrative

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

CITATION SUGGÉRÉE

Carreau-Boudreau AM, Émond V, Sirois C. Actes du Colloque – Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance, Institut national de santé publique du Québec, 2016.

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-78762-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2017)

Table des matières

1	Introduction	1
2	Composition du comité organisateur	3
3	Contexte scientifique et objectifs du colloque	5
	3.1 Contexte	5
	3.2 Objectif général.....	5
	3.3 Objectifs spécifiques	5
4	Programme du colloque	7
5	Biographie des conférenciers	9
	5.1 Bouchard, Sylvie.....	9
	5.2 Émond, Valérie.....	9
	5.3 Guénette, Line.....	9
	5.4 Kröger, Edeltraut.....	10
	5.5 Laroche, Marie-Laure	10
	5.6 Poulin, Marie-Claude	11
	5.7 Reeve, Emily	11
	5.8 Rojas-Fernandez, Carlos-H.	12
	5.9 Sirois, Caroline.....	12
	5.10 Soucy, Julie.....	12
6	Résumé des présentations orales	13
	6.1 Mot de bienvenue	13
	6.2 Deprescribing in Australia: older adults and carers attitudes toward deprescribing	13
	6.3 La polypharmacie, en quelques concepts.....	15
	6.4 La polypharmacie en France et en Europe.....	17
	6.5 Polypharmacie et adhésion au traitement	19
	6.6 Comment déprescrire les médicaments peu appropriés chez les aînés atteints de démence sévère?.....	21
	6.7 Le SISMACQ et l'opportunité d'effectuer la surveillance de la polypharmacie dans le cadre de la surveillance des maladies chroniques.....	23
	6.8 Point de vue de l'INESSS sur la polypharmacie et la déprescription	25
	6.9 La surveillance de l'état de santé au Québec: Point de vue sur la polypharmacie	27
	6.10 Plénière et avis des participants sur la surveillance de la polypharmacie	28
7	Résumé des affiches	31
	7.1 Polypharmacie chez les aînés québécois atteints d'insuffisance cardiaque	31
	7.2 Perceptions de la polypharmacie et de la déprescription par les aînés québécois de la communauté	31
	7.3 Les médicaments génériques : en quoi diffèrent-ils des médicaments originaux?	32
	7.4 Polypharmacy among older individuals with diabetes in Quebec, Canada.....	34
	7.5 Effets d'une formation touchant le sommeil des aînés hospitalisés sur les connaissances du personnel infirmier et le nombre d'hypnotiques administrés.....	35
	7.6 Évaluation de la qualité des polypharmacies: protocole de recherche	35
8	Remerciements	37

1 Introduction

Le 5 décembre 2015, se déroulait au campus de Lévis de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) le Colloque « Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de la recherche jusqu'à la surveillance ». Ce colloque a été organisé conjointement par l'UQAR et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Le Colloque s'inscrivait notamment dans le cadre de la subvention de recherche octroyée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à mesdames Valérie Émond (INSPQ) et Caroline Sirois (UQAR) pour la réalisation d'une revue systématique de la littérature sur la polypharmacie chez les aînés. Cette recherche vise à recenser les informations sur la polypharmacie : définitions, facteurs associés et effets de la polypharmacie sur la santé des individus et de la population. Le but ultime de cette recherche est de rassembler les données probantes afin de mettre en place la surveillance de la polypharmacie à l'INSPQ.

L'événement se voulait une façon tangible de diffuser les connaissances acquises dans le cadre de cette recherche. Il constituait aussi une occasion d'échanges avec les principaux co-chercheurs de la subvention, mais surtout, d'une manière plus vaste, avec toutes les personnes intéressées par les sujets de la polypharmacie et de la réduction du nombre de médicaments consommés (déprescription). Le colloque se destinait aux professionnels de la santé, aux gestionnaires, aux chercheurs et autres acteurs du réseau de la santé et services sociaux avec un intérêt pour ces sujets.

Plus de 60 participants issus principalement du domaine clinique, de la recherche et de la surveillance des maladies chroniques ont participé au Colloque. Des crédits de formation continue étaient disponibles pour les pharmaciens et les infirmières participant à la rencontre.

Le colloque visait à faire le point sur la polypharmacie et ses impacts et susciter les échanges quant à la surveillance qui devrait en être faite pour assurer les meilleurs résultats de santé chez nos aînés. Les points de vue de la pratique clinique, de la recherche et de la surveillance ont été exposés afin de mettre en lumière tous les enjeux que comprend la surveillance de la polypharmacie. En permettant les échanges avec les différents acteurs et en récoltant leurs opinions, nous souhaitons favoriser le développement d'un système de surveillance ancré autant dans les réalités cliniques que de la recherche et de la gestion. La surveillance de la polypharmacie pourra ainsi être développée pour répondre efficacement aux besoins de tous les utilisateurs potentiels des résultats.

Ce document est un recueil des résumés des présentations orales et par affiches de la journée. Les échanges avec les conférenciers et les discussions issues de la table ronde y sont consignés. Les résumés ont été élaborés grâce aux présentations des conférenciers et la prise de notes lors du Colloque. Toutefois, certaines présentations ne font pas l'objet d'un résumé dans le présent document; celles qui comprenaient des résultats confidentiels, par exemple, n'ont pas été incluses. Nous espérons néanmoins que le contenu des présentations résumées rende fidèlement compte des propos et des échanges de la journée, et qu'il soit le témoin des discussions et des présentations fort pertinentes qui ont marqué l'événement.

Enfin, soulignons que l'organisation du Colloque a été rendue possible par le soutien technique et financier de l'UQAR et de l'INSPQ, de même que par l'apport des Fonds de recherche des IRSC.

2 Composition du comité organisateur

L'organisation du colloque a été rendue possible par la contribution des personnes suivantes :

Madame **Valérie Émond**, M. Sc., chef d'unité scientifique, Surveillance des maladies chroniques et des traumatismes; adjointe au soutien, au développement méthodologique et à l'assurance qualité, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.

Madame **Caroline Sirois**, B. Pharm., Ph. D., professeure agrégée au département de sciences infirmières, UQAR; chercheuse au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre de recherche du CHU de Québec; chercheuse associée, Institut national de santé publique du Québec.

Monsieur **Alex Cayrol**, Ing., candidat à la maîtrise en gestion de projet, Université du Québec à Rimouski (coordonnateur des activités du Colloque).

Le comité souhaite également mentionner le travail de madame **Anne-Marie Carreau-Boudreau**, étudiante au baccalauréat en sciences infirmières, responsable de la prise de notes et de la rédaction des actes de colloque, ainsi que madame **Céline Plante**, Dt. P., M. Sc., conseillère scientifique en surveillance des maladies chroniques à l'INSPQ, qui a effectué la prise de notes lors du colloque et révisé le présent document.

3 Contexte scientifique et objectifs du colloque

3.1 Contexte

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la consommation de multiples médicaments devient une réalité pour de plus en plus d'individus. Au Canada, on estime par exemple que deux aînés sur trois utilisent au moins cinq médicaments différents annuellement, et que 27 % en utilisent au moins dix (Institut canadien d'information sur la santé, 2014)¹. Ce phénomène est répertorié dans de multiples pays et suscite plusieurs questionnements, notamment du point de vue clinique, sociologique et éthique. Pour en saisir les enjeux et les conséquences, il importe de bien comprendre la polypharmacie et son pendant, la déprescription. Ainsi, que doit-on savoir sur la polypharmacie? Peut-on et doit-on réduire le fardeau médicamenteux? Comment devrait-on effectuer la surveillance de la polypharmacie au Québec? Les conférences présentées lors du colloque permettaient d'explorer les réalités de la polypharmacie dans différents contextes et dans divers pays.

3.2 Objectif général

Le colloque visait à comprendre les enjeux liés à la polypharmacie et à la déprescription dans la population vieillissante.

3.3 Objectifs spécifiques

Quatre objectifs spécifiques étaient visés :

1. Décrire la polypharmacie et ses impacts sur la santé individuelle et collective, en établissant les difficultés liées à la conceptualisation de la polypharmacie.
2. Identifier les possibilités de déprescription dans la pratique clinique et ses impacts potentiels.
3. Réfléchir sur les enjeux individuels, populationnels et sociétaux de la polypharmacie et de la déprescription chez les aînés.
4. Identifier les éléments essentiels au développement d'indicateurs de polypharmacie dans le but d'établir une surveillance populationnelle de la polypharmacie chez les aînés québécois.

¹ Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012. Ottawa, 2014.

4 Programme du colloque

Le programme de la journée :

- 7:30-8:00 **ACCUEIL ET INSCRIPTION**
- 8:00-8:15 **MOT DE BIENVENUE**
Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D., UQAR, Canada
- 8:15-8:45 **LA POLYPHARMACIE, EN QUELQUES CONCEPTS**
Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D., UQAR, Canada
- 8:45-9:15 **DEPRESCRIBING IN AUSTRALIA: OLDER ADULTS AND CARERS ATTITUDES TOWARD DEPRESCRIBING (EN ANGLAIS)**
Emily Reeve, B. Pharm. (Hons), Ph. D., University of Sydney, Australie
- 9:15-9:45 **DEPRESCRIBING IN OLDER PATIENTS (EN ANGLAIS)**
Carlos Rojas-Fernandez, B. Pharm., PharmD., University of Waterloo, Canada
- 9:45-10:15 **PAUSE-CAFÉ ET VISITE DES AFFICHES**
- 10:15-10:45 **LA POLYPHARMACIE EN FRANCE ET EN EUROPE**
Marie-Laure Laroche, M.D., Ph. D., Université de Limoges, France
- 10:45-11:15 **POLYPHARMACIE ET ADHÉSION AU TRAITEMENT**
Line Guénette, B. Pharm., Ph. D., Université Laval, Canada
- 11:15-11:45 **COMMENT DÉPRESCRIRE LES MÉDICAMENTS PEU APPROPRIÉS CHEZ LES AÎNÉS ATTEINTS DE DÉMENCE SÉVÈRE?**
Edeltraut Kröger, B. Pharm., Ph. D., Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Canada
- 11:45-13:30 **DÎNER ET VISITE DES AFFICHES**
- 13:30-14:00 **COMPLEXITÉ ET NIVEAUX DE SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES**
Marie-Claude Poulin, B. Pharm., M. Sc., MBA, Centre gériatrique Donald Berman Maimnide, Canada
- 14:00-14:30 **SISMACQ ET L'OPPORTUNITÉ D'EFFECTUER LA SURVEILLANCE DE LA POLYPHARMACIE DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES**
Valérie Émond, M. Sc., Marc Simard, M. Sc. et Céline Plante, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec, Canada
- 14:30-15:15 **POINT DE VUE L'INESSS**
Sylvie Bouchard, B. Pharm, M. Sc., M.B.A., Institut national d'excellence en santé et services sociaux, Canada

**LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ AU QUÉBEC : POINT DE VUE SUR LA
POLYPHARMACIE**

Julie Soucy, Ph. D., ministère de la Santé et des Services sociaux, Canada

15:15-15:45 **PAUSE-CAFÉ ET VISITE DES AFFICHES**

15:45-16:15 **PLÉNIÈRE ET AVIS DES PARTICIPANTS SUR LA SURVEILLANCE DE LA
POLYPHARMACIE**

Modératrice: Valérie Émond, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec,
Canada

16:15-16:30 **MOT DE CLÔTURE**

Valérie Émond, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec, Canada

5 Biographie des conférenciers

5.1 Bouchard, Sylvie

Diplômée en pharmacie de l'Université Laval de Québec (1988), Sylvie Bouchard détient également un diplôme (1989) et une maîtrise en pharmacie d'hôpital (1992, Faculté de pharmacie de l'Université Laval) en plus d'un MBA en gestion des entreprises (2001, Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval).

Elle s'est jointe au Conseil du médicament à titre de professionnelle pendant une année, soit en 2005, puis y a effectué un retour en avril 2010. D'abord rattachée à la Direction scientifique d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription, elle s'est jointe à la Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal en septembre 2010 à titre de directrice puis à la Direction avis et guides en santé et en services sociaux au sein de l'INESSS. De plus, depuis le 2 novembre 2015, elle assume les fonctions de directrice par intérim à la Direction de l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription.

Sylvie Bouchard a œuvré comme pharmacienne en établissement de santé et comme gestionnaire en pharmacie d'hôpital, d'abord au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHAUQ) de 1988 à 2004, puis à l'Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ) de 2006 à 2010. Elle a travaillé dans plusieurs secteurs cliniques avec un intérêt marqué pour la pratique en soins intensifs. Elle a de plus implanté des technologies de robotisation et de distribution des médicaments au CHAUQ en 2001. Elle a agi comme consultante notamment pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Agences de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et du Saguenay—Lac-St-Jean.

5.2 Émond, Valérie

Valérie Émond détient un baccalauréat en actuariat de l'Université Laval, un certificat et une maîtrise en démographie de l'Université de Montréal. Elle a travaillé comme démographe pour Statistiques Canada, conseillère et analyste pour l'Institut canadien d'information sur la santé ainsi que coordonnatrice scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec. Elle est actuellement chef d'unité scientifique en surveillance des maladies chroniques et des traumatismes, et adjointe au soutien, au développement méthodologique et à l'assurance qualité du Bureau d'information et d'études en santé des populations à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Madame Émond a notamment contribué à mettre en place le système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec à l'INSPQ et possède une vaste expérience en matière de surveillance.

5.3 Guénette, Line

Line Guénette a obtenu un baccalauréat en pharmacie de l'Université Laval (1996), une maîtrise (2003) et un doctorat en pharmacoépidémiologie (2006) de la même université. Depuis mars 2011, elle est professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et chercheuse au Centre de recherche du CHU de Québec dans l'axe Santé des populations et pratiques optimales en santé et à la Chaire sur l'adhésion aux traitements. Avant d'occuper ce poste, madame Guénette a été conseillère scientifique au sein du Conseil du médicament, maintenant l'Institut National d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), et elle a exercé la pharmacie en milieu communautaire. Depuis juillet 2014, elle est récipiendaire d'une bourse de chercheur-clinicien Junior 1 du Fonds de la

recherche Québec – Santé (FRQ-S) et de la bourse FRQ-S/Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) Jacques-de-Champlain. Elle peut donc se consacrer à ses intérêts de recherche en lien avec l'usage optimal des médicaments par les patients et les professionnels de la santé. Son programme de recherche vise à cerner les problématiques d'usage et d'adhésion aux traitements du diabète et des maladies cardiovasculaires ainsi que les déterminants de ces problématiques dans la population. De plus, elle travaille à développer des moyens pour intervenir plus efficacement auprès de ces populations.

5.4 Kröger, Edeltraut

Edeltraut Kröger est pharmacienne et a elle obtenu un Ph. D. en épidémiologie de l'Université Laval en 2008. En 2010, après un séjour postdoctoral en pharmacoépidémiologie à l'Université d'Utrecht aux Pays-Bas, elle s'est jointe au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec à titre de chercheuse. Elle est également professeure associée à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval, au département de médecine de famille de l'Université McGill et chercheuse associée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ses projets de recherche portent sur l'usage approprié et la déprescription des médicaments peu appropriés chez les personnes âgées vulnérables et particulièrement celles atteintes de démence. Utilisant principalement des données de cohortes épidémiologiques et administratives, ses publications portent sur les facteurs de risque et la surveillance de la maladie Alzheimer et de la démence, l'usage et les effets indésirables des inhibiteurs de cholinestérase et la réduction de la charge médicamenteuse chez les aînés atteints d'une démence vivant dans un établissement de soins de longue durée.

5.5 Laroche, Marie-Laure

Marie-Laure Laroche est professeure de pharmacologie clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Limoges, en France. Elle est chef du Centre Régional de Pharmacovigilance et de pharmacoépidémiologie du CHU de Limoges. Ce centre fait partie des 31 centres composant le réseau français de pharmacovigilance, contribuant ainsi au recueil des déclarations d'effets indésirables et à la diffusion d'information sur l'usage des médicaments aux professionnels de la santé.

Madame Laroche siège à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et contribue à l'évaluation de l'innocuité des médicaments en plus de la prise de décisions finales. En raison de son activité clinique quotidienne en matière de pharmacovigilance, elle parvient à évaluer et à comprendre les facteurs associés aux effets indésirables liés aux médicaments dans les diverses populations.

En tant que chercheuse à l'Université de Limoges, elle se concentre sur l'optimisation de l'usage des médicaments chez la personne âgée. Elle a élaboré une liste reconnue internationalement des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées. Madame Laroche travaille actuellement sur l'évaluation du rapport bénéfices/risques des médicaments indiqués chez les patients atteints de démence (en collaboration avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, la division de gériatrie du Département de médecine de l'Université McGill et le réseau de pharmacovigilance français) ainsi que sur l'exposition des personnes âgées en fin de vie aux médicaments potentiellement inappropriés (en collaboration avec le Centre de recherche sur le vieillissement [Aging research center] de l'Institut Karolinska – Suède, le département de gériatrie du CHU de Besançon – France et le Centre de Traitement et d'Analyse de Données en Pharmaco-Épidémiologie [CTAD-PEPI] du CHU de l'Université de Rennes). Depuis 2014, elle collabore avec la professeure Caroline Sirois du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec sur le sujet de la

polypharmacie chez les aînés. Depuis 2011, elle est membre du Réseau québécois de recherche sur les médicaments (RQRM).

5.6 Poulin, Marie-Claude

Marie-Claude Poulin a obtenu un baccalauréat en pharmacie et une maîtrise en pharmacie d'hôpital de l'Université Laval. Elle a exercé comme pharmacienne d'établissement, puis comme conseillère-pharmacienne au Réseau de revue d'utilisation des médicaments maintenant intégré à l'INESSS. Elle s'est aussi investie en prestation sécuritaire des soins et services à titre de coordonnatrice en gestion des risques et de la qualité au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal et comme chef de projet pour l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). C'est à titre d'adjointe à l'organisation des soins et services pharmaceutiques pour l'Ordre des pharmaciens du Québec qu'elle a participé aux travaux sur la spécialisation en pharmacie et sur la détermination des niveaux de soins et services pharmaceutiques. Depuis février 2015, elle agit comme pharmacienne-chef du centre gériatrique Maimonides Donald Berman à Montréal.

5.7 Reeve, Emily

Emily Reeve est chercheuse postdoctorale au NHMRC Cognitive Decline Partnership Centre, basé au Kolling Institute of Medical Research, à l'University of Sydney en Australie.

Après avoir effectué un baccalauréat en pharmacie, elle a travaillé pendant plusieurs années comme pharmacienne clinicienne dans un hôpital universitaire à Adélaïde (Australie). Ses entretiens avec les personnes âgées atteintes de multiples comorbidités, et l'observation des polypharmacies qu'ils devaient gérer, l'ont poussée vers la recherche sur ces thèmes. Elle a ainsi complété en 2013 un doctorat portant sur le développement et l'application d'un processus de déprescription centré sur le patient, à l'University of South Australia.

Ses intérêts de recherche actuels portent sur l'optimisation de la médication chez les aînés, en particulier pour ceux qui souffrent de démence. Elle est impliquée dans de multiples recherches, tant qualitatives, quantitatives que celles utilisant les *network analysis* pour évaluer comment les aînés et leurs proches se sentent par rapport à la médication. Cette recherche permet de mieux orienter la pratique clinique dans le but d'améliorer la qualité de vie, notamment en réduisant le nombre de médicaments à haut risque ou inutiles.

En 2015, elle a été invitée comme chercheuse à la prestigieuse Fondation Brocher à Genève, où elle a exploré l'éthique de la déprescription chez les aînés.

Madame Reeve détient présentement une bourse de recherche du *NHMRC-ARC Dementia Research Development* pour effectuer des études postdoctorales. Elle développe des protocoles de déprescription pour les gens atteints de démence, dans le but de les implanter en pratique clinique en Australie. Elle passera les deux premières années de sa formation postdoctorale à l'Université de Dalhousie en Nouvelle-Écosse, et collaborera également avec les chercheurs de l'Institut de recherche Bruyères à Ottawa.

5.8 Rojas-Fernandez, Carlos-H.

Carlos Rojas-Fernandez a obtenu un baccalauréat en pharmacie à l'Université Dalhousie et a complété son doctorat en pharmacie au Wayne State University. Depuis 2010, il est membre de la chaire de recherche Schlegel sur la pharmacothérapie gériatrique du Research Institute for Aging à Waterloo. Ses intérêts de recherche clinique portent entre autres sur la gestion des médicaments chez les personnes âgées afin d'améliorer leur qualité de vie et leurs soins. Monsieur Rojas-Fernandez est également impliqué dans d'autres institutions, dont le School of Public Health & Health Systems (University of Waterloo), le département de médecine familiale du DeGroot School of Medicine (McMaster University), l'Institute for Clinical Evaluative Sciences à Toronto et le Texas Tech University Health Sciences Centre School of Pharmacy.

5.9 Sirois, Caroline

Caroline Sirois a obtenu un baccalauréat en pharmacie de l'Université Laval et une maîtrise en pharmacie d'hôpital de la même université. Elle a travaillé en pharmacie communautaire et en pharmacie d'hôpital avant de poursuivre une maîtrise et un doctorat en pharmacoépidémiologie. Elle est professeure à l'Université du Québec à Rimouski, où elle enseigne la pharmacologie, l'épidémiologie et les biostatistiques au département de sciences infirmières. Elle est également chercheuse au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, dans le Centre de recherche du CHU de Québec, et chercheuse associée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Madame Sirois développe un programme de recherche sur la polypharmacie chez les personnes âgées. Elle collabore notamment avec l'INSPQ au développement de la surveillance de la polypharmacie chez les personnes de 65 ans et plus au Québec.

5.10 Soucy, Julie

Julie Soucy a obtenu un doctorat en physiologie-endocrinologie de l'Université Laval en 1998. Elle est également titulaire d'un baccalauréat en nutrition de l'Université Laval obtenu en 1989.

Madame Soucy a plus de huit ans d'expérience dans le réseau de la santé publique, dont plus d'un an au poste de chef de service de la surveillance de l'état de santé à la Direction générale adjointe de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Avant d'arriver comme agente de recherche et de planification socioéconomique au MSSS, elle a travaillé huit ans comme coordonnatrice de recherche dont cinq ans à l'Institut universitaire de pneumologie et de cardiologie de Québec et trois ans à l'Unité de recherche en santé des populations.

6 Résumé des présentations orales

6.1 Mot de bienvenue

Madame Caroline Sirois prononce le mot d'accueil et souhaite la bienvenue aux conférenciers et participants. Elle explique le déroulement de la journée. Elle mentionne notamment que l'ordre des deux premières présentations sera inversé : la conférence de Madame Emily Reeve sera réalisée en priorité en raison du décalage horaire avec l'Australie.

6.2 Deprescribing in Australia: older adults and carers attitudes toward deprescribing

Conférencière : Emily Reeve, B. Pharm. (Hons), Ph. D., University of Sydney, Australie

Madame Reeve fait part de son expérience sur la déprescription en Australie. Elle décrit d'abord l'acte de déprescription et démontre l'importance de la recherche en déprescription, en s'appuyant notamment sur des statistiques indiquant que 50 % des aînés dans la communauté consomment au moins un médicament inapproprié. Elle présente des données sur des médicaments visés pour la déprescription, tels que les statines et les antipsychotiques. Elle souligne que les bénéfices possibles engendrés par la déprescription sont beaucoup plus importants que les effets négatifs et qu'il n'y a pas de conséquences négatives majeures sur la santé recensées jusqu'à présent dans les processus de déprescription mis en œuvre. Madame Reeve explique pourquoi la déprescription est peu mise en place en pratique clinique. D'abord, il s'avère que les professionnels de la santé rencontrent des barrières à déprescrire, comme les difficultés reliées à l'établissement des objectifs de soins ou la peur de brimer la relation médecin-patient. Des barrières se dressent aussi dans le système de santé : des lignes directrices cliniques inadéquates ou manque de temps et de formation, difficulté d'accès à l'histoire médicale et à la collaboration interprofessionnelle.

Madame Reeve insiste sur l'importance du patient dans tout le processus. En incluant le patient dans la décision de déprescrire, le lien de confiance est renforcé; le patient se sent important et participatif, ce qui augmente l'adhésion aux médicaments et sa satisfaction. L'attitude des patients face à la déprescription est un point tournant du processus. En effet, selon un questionnaire réalisé par Madame Reeve et son équipe, il semble que près de 90 % des patients seraient prêts à cesser leur médication si leur médecin leur disait que c'était possible. Madame Reeve présente les facteurs facilitants et les barrières envers la déprescription que vivent les patients. On recense notamment la peur et les diverses influences positives et négatives de l'entourage des patients.

Madame Reeve souligne ensuite les limites de la recherche sur la déprescription, dont l'absence de données sur l'attitude des soignants par rapport à la déprescription. Face à ce manque de données, madame Reeve et son équipe ont mis sur pied un groupe de discussion sur la déprescription afin de mettre en lumière les raisons facilitant ou non la cessation médicamenteuse. Les barrières à la déprescription (ex. : médication considérée comme devant être prise à long terme, bénéfices de la médication actuelle) et les facteurs facilitants (ex. interactions médicamenteuses, effets négatifs expérimentés) ont été mis en évidence. Un des points majeurs ressortant à l'analyse est l'idée de la justesse de la médication (*appropriateness*). Par ailleurs, de nombreux facteurs modulent l'intérêt face à la déprescription, comme l'influence des médecins généralistes (de même que celle des médecins spécialistes et autres professionnels de la santé), les valeurs de la famille et des amis, les expériences antérieures de cessation de la médication, l'âge et les médias. La peur est également un élément ressortant des résultats de madame Reeve, notamment la peur générale de cesser un

médicament ou la peur d'un retour à la condition antérieure. Finalement, les coûts engendrés et la difficulté à prendre les médicaments constituent d'autres éléments à prendre en considération.

En conclusion, madame Reeve parle des implications de la déprescription dans la pratique. Elle souligne que les médecins généralistes sont une pierre angulaire dans le processus de la déprescription. Les patients doivent être impliqués aussi, afin de s'assurer de l'adhésion au processus. La communication doit bien se faire entre le médecin et le patient, car le professionnel influence le patient dans ses choix. Madame Reeve expose aussi certaines limites de son questionnaire, dont la mesure non quantitative des facteurs modulant l'intérêt face à la déprescription qui empêche la comparaison de l'importance relative des facteurs. Les prochaines étapes sont d'évaluer la capacité prédictive du questionnaire et d'utiliser les nouvelles connaissances acquises pour mettre en place des interventions.

Période de questions :

1) Que devrait-on faire ici, afin d'aider les médecins dans le processus de la déprescription?

Il faut soutenir les professionnels, incluant les pharmaciens, dans leurs démarches de déprescription auprès des médecins généralistes. Il est important d'inclure les médecins dans le processus, surtout ceux de première ligne. Il faut respecter la résistance qui peut être engendrée, notamment au niveau des patients qui possèdent des préférences et des croyances qui leur sont propres. Comme on ne peut se fier aux lignes directrices actuelles qui n'intègrent pas la déprescription, nous devons développer des lignes directrices adaptées pour encadrer la pratique clinique. L'éducation à la population est primordiale aussi. Des approches multidisciplinaires et « multi-attitudes » sont à prioriser pour favoriser le processus de déprescription.

2) Comment reconnaître les patients qui devraient être référés pour une évaluation relative à la déprescription de leur médication anticholinergique?

Il faut cibler les outils pertinents, comme le *Drug Burden Index* ou le *Anticholinergic Drug Scale*, et les utiliser dans la pratique, afin de permettre aux médecins spécialistes de reconnaître la nécessité de la déprescription. Les outils sont utiles afin de permettre de distinguer les médicaments qui sont appropriés et ceux qui sont inappropriés.

3) Du point de vue du pharmacien : quand nous discutons avec les médecins, souvent ils ne voient pas par eux même qu'il y a trop de médicaments. Quel devrait être le seuil pour référer un cas au pharmacien? Selon le nombre de médicaments ou les classes médicamenteuses?

La relation entre les professionnels est primordiale. Si la relation entre le pharmacien et le médecin est bonne, le médecin sera plus enclin à prendre en considération les problématiques cernées par le pharmacien et à déprescrire les médicaments nécessaires. La polypharmacie peut également être le point de référence du pharmacien au praticien. Nous devons encourager les références aux praticiens des personnes plus vulnérables ou qui comptent plus de cinq médicaments à leur profil.

4) Ici, les médecins n'obtiennent pas de compensation financière pour le temps investi à discuter avec le pharmacien, qu'en est-il en Australie? Outre les compensations financières, que suggérez-vous de faire pour retenir l'attention des médecins à utiliser la déprescription?

Nous avons besoin de leaders qui influenceront les médecins à modifier leur pratique. En Australie, les médecins généralistes reçoivent une rémunération pour inclure le pharmacien dans l'analyse du dossier pharmaceutique, mais ils seront bientôt limités à cause des coûts occasionnés.

5) Comment utiliser la déprescription dans les milieux aigus, tels que les hôpitaux?

La recherche que nous avons effectuée a été réalisée majoritairement hors des centres hospitaliers et ne peut donc servir de référence pour cette question. Toutefois, dans la littérature, les médecins mentionnent que les obstacles à la déprescription dans les hôpitaux sont le temps requis et la difficulté à assurer un suivi. Plus d'études sur la déprescription dans les milieux hospitaliers sont encouragées.

6.3 La polypharmacie, en quelques concepts

Conférencière : Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D., Université du Québec à Rimouski, Canada

La conférence présentée par madame Sirois se veut un aperçu de la polypharmacie, notamment au Québec. Elle souhaite décrire le phénomène et démontrer l'importance de s'y intéresser. Madame Sirois présente certaines caractéristiques de la morbidité chez les aînés québécois : 25 % des personnes de 65 ans et plus sont atteintes de diabète et 8,8 %, d'insuffisance cardiaque. La multimorbidité et les maladies chroniques engendrent des profils médicamenteux lourds. Elle rapporte que 45 % des Québécois de 20 ans et plus présentent plus d'une maladie chronique. L'usage des médicaments a quasi doublé en 10 ans, selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Actuellement, 66 % des Canadiens consomment cinq médicaments et plus annuellement, alors que 63 % des aînés québécois diabétiques consomment dix médicaments et plus. Cette augmentation de consommation de médicaments est généralisée dans le monde. Par exemple, aux États-Unis, le pourcentage des gens âgés de 20 ans et plus qui consommaient au moins cinq médicaments a passé de 8,2 % en 1999 à 15 % en 2012. L'augmentation de la consommation de médicaments s'explique notamment par le vieillissement de la population (longévité accrue et multimorbidité fréquente, introduction plus hâtive de thérapies et traitements plus soutenus, même en âge très avancé), l'élargissement de la pharmacopée (introduction de nouvelles molécules, traitement précoce et préventif de certaines maladies) et les cascades médicamenteuses. Considérant que l'augmentation de la prise des médicaments et des coûts associés sont prévisibles (à cause notamment du vieillissement et des avancées thérapeutiques), il est primordial de faire en sorte que l'usage des médicaments soit optimal.

En ce qui concerne la définition de la polypharmacie, il n'existe pas de consensus. La comparaison des études est donc difficile, en raison des définitions arbitraires utilisées. En général, deux éléments émergent dans les définitions de polypharmacie, soient 1) l'administration de plusieurs médicaments ensemble et 2) l'administration excessive de médicaments. Dans le premier cas, on rapporte qu'un auteur sur deux utilise une définition comportant cinq médicaments ou plus. Or, ces définitions sont généralement arbitraires, non basées sur un seuil critique associé avec augmentation du risque. Dans le deuxième cas, peu importe le nombre de médicaments, on considère qu'il y a polypharmacie si au moins un des médicaments est inapproprié. Sur le plan populationnel, l'application d'une définition de polypharmacie est complexe. Elle comporte des questionnements face à la façon dont est définie l'exposition (nombre annuel de médicaments versus médications concomitantes uniquement) et quels types de médicaments doivent être inclus. Par ailleurs, comme il n'existe pas de définition consensuelle sur la polypharmacie, il s'avère difficile d'identifier dans la littérature les facteurs influençant son développement.

Madame Sirois rappelle que de nombreuses conséquences ont été associées à la polypharmacie, comme l'augmentation du risque d'effets secondaires, du risque d'interactions, du nombre de médicaments inappropriés, la sous-utilisation des médicaments appropriés, l'augmentation des syndromes gériatriques et l'augmentation des coûts de santé. Concernant la mortalité, il est difficile

de distinguer l'impact de la polypharmacie de celui de la multimorbidité; d'autres études devront être réalisées pour mieux en comprendre leur relation.

Madame Sirois fait ensuite part des lacunes dans les connaissances en lien avec la polypharmacie :

- Qu'est-ce qu'une bonne polypharmacie?

Comment arriver à départager les polypharmacies appropriées et inappropriées? Il existe peu de littérature sur les bonnes polypharmacies, donc les professionnels de la santé disposent de peu de repères en ce sens. Sur le plan populationnel, où les données cliniques ne peuvent agir comme soutien à la décision, le problème se complexifie d'autant plus. Madame Sirois et madame Frini, de l'UQAR, tentent de comprendre cette complexité en utilisant des méthodes d'analyses multicritères, ce qui permettra éventuellement de départager sur le plan populationnel les polypharmacies appropriées et inappropriées.

- Y a-t-il un seuil limite à partir duquel il n'y a plus d'avantages à ajouter des médicaments?

Il n'y a pas de données directes sur cette question en ce sens. Madame Sirois souhaite y travailler dans l'avenir pour obtenir des balises cliniques.

- Quels sont les groupes les plus susceptibles de subir les effets indésirables/bénéfiques de la polypharmacie?

On sait encore peu qui sont ces groupes. Permettre d'identifier quels groupes sont plus susceptibles de tirer avantage d'une polpharmacie ou d'en subir les inconvénients est fondamental pour assurer un usage optimal des médicaments.

- Comment/quand/pour qui déprescrire?

Encore beaucoup de travail doit être fait en ce sens afin d'identifier les personnes, les situations et les polypharmacies qui doivent recevoir ce type d'attention. Il y a plusieurs belles initiatives en cours partout dans le monde, et les conférenciers du colloque en présenteront des exemples inspirants. Madame Sirois indique qu'au Québec, les aînés ayant répondu au questionnaire australien *Patients' attitudes towards deprescribing* démontrent une volonté de vouloir réduire leur médication, surtout si leur médecin est d'accord (résultats présentés sous forme d'affiche au colloque). La grande confiance de la population envers leurs professionnels de la santé permet d'être dans une position intéressante face aux impressions des patients envers leur médication.

Madame Sirois termine sa présentation avec un aperçu des indicateurs de polypharmacie utilisés ailleurs dans le monde. Elle présente sommairement les résultats d'un sondage effectué au Québec pour déterminer ce que devrait contenir l'indicateur ou les indicateurs de polypharmacie pour effectuer la surveillance auprès des aînés québécois².

² Ces résultats sont publiés dans l'article suivant : Sirois C, Tannenbaum C, Gagnon ME, Milhomme D, Émond V. Monitoring polypharmacy at the population level entails complex decisions : results of a survey of geriatric and pharmacotherapy experts. *Drugs & Therapy Perspectives* 2016; 32(6) :257-64

6.4 La polypharmacie en France et en Europe

Conférencière : Marie-Laure Laroche, M.D., Ph. D., Université de Limoges, France

Docteure Laroche débute avec un aperçu historique de la pharmacothérapie en Europe. Que ce soit à l'époque babylonienne, où l'on était capable de guérir les morsures de serpent, ou lors de la parution de *L'Art de connaître et d'employer les médicaments dans les maladies qui attaquent le corps humain* en 1785, elle démontre que la polymédication a toujours été un sujet de préoccupation. Par la suite, elle donne un aperçu de la consommation des médicaments en France et mentionne qu'en 2013, 3,1 milliards de boîtes de médicaments ont été vendues, ce qui représente environ 48 boîtes par Français annuellement. Si autrefois la France était la championne de la consommation médicamenteuse, l'Espagne est désormais le pays européen en tête de liste.

Docteure Laroche présente plusieurs outils utilisés en France pour limiter la prescription médicamenteuse inappropriée. Parmi les moyens utilisés pour favoriser la déprescription, figure le déremboursement. À la suite du déremboursement de certains médicaments, leur taux de prescription a chuté, mais les prescriptions se sont reportées vers d'autres produits et pas toujours de façon appropriée. Par exemple, si le déremboursement a permis de diminuer l'usage des expectorants, on a constaté une hausse des antitussifs. Malgré tout, le déremboursement est perçu comme un moyen en France pour solutionner la polymédication. Selon une enquête réalisée par *Les entreprises du médicament* (LEEM) en 2015 sur la polymédication, 9 aînés sur 10 seraient prêts à réviser leur liste de médicaments avec leur médecin. Pour les prescripteurs, des outils sont disponibles, comme les *Programmes PMSA* (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé) et *AMI* (Alerte Maîtrise Iatrogénie) de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces outils ont pour but d'améliorer la prescription médicamenteuse, de repérer les prescriptions inappropriées et d'inciter les professionnels à réviser les ordonnances. Aussi, la liste française des médicaments potentiellement inappropriés, le guide *PAPA* (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées) et les logiciels d'*Aide à la Prescription* peuvent s'avérer utiles pour les prescripteurs. Les pharmaciens ont également des outils en France pour les aider à gérer la polymédication. D'abord, il y a le dossier pharmaceutique et les mémos iatrogènes (pour aider à repérer les aînés à risque et détecter des signes cliniques d'alerte de l'iatrogénie médicamenteuse). Pour les patients, il existe un guide de huit pages édité par le LEEM et qui donne dix conseils sur l'usage des médicaments.

Par la suite, docteure Laroche parle des prescriptions appropriées et inappropriées en France et en Europe. Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) sont définis comme des médicaments avec un rapport bénéfice/risque défavorable ou une efficacité discutable par rapport à d'autres alternatives thérapeutiques. Il existe des listes nationales dans de nombreux pays d'Europe. Elle donne ensuite des exemples de MPI ayant des rapports défavorables, une efficacité discutable et les deux combinés. En France, 52,6 % des personnes âgées de plus de 75 ans ont au moins un MPI. Dans la littérature, il existe une grande variabilité de la prévalence de l'exposition aux médicaments inappropriés en fonction du lieu des enquêtes et des critères utilisés.

Docteure Laroche termine en présentant des recherches effectuées à travers l'Europe en lien avec la polypharmacie. D'abord, elle décrit le *Polypharmacy in chronic diseases: Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in older populations by electronic Decision Support* (PRIMA-eDS). Il s'agit d'un outil qui a été développé à la suite d'une revue de la littérature, afin de permettre d'évaluer la polymédication dans la population âgée. Un autre outil a été conçu pour optimiser la prescription et prévenir les hospitalisations; il s'agit du *OPTimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly* (OPERAM). Il y a aussi le *Software ENGINE for the Assessment & optimization of drug and non-drug Therapy in Older persons* (SENATOR), qui permet

de gérer l'optimisation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques chez les aînés. Finalement, le dernier exemple est SIMPATHY (*Stimulating Improvement Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly*), qui offre une meilleure gestion de l'approche des aînés face aux médicaments. La conférencière conclut sa présentation en mentionnant les enjeux futurs pour la France, mais également pour l'Europe, en ce qui concerne la polypharmacie. Parmi ces enjeux figurent l'importance d'apprendre à déprescrire, les questions de financement et les problèmes de transfert de connaissances.

Période de questions :

1) *Quels ont été les impacts du déremboursement sur la société et le monde médical?*

En France, le taux de remboursement est basé sur le critère de la Haute Autorité de Santé (HAS) de « service médical rendu » (le médicament a-t-il suffisamment d'intérêt pour être pris en charge par la solidarité nationale?). Au cours du temps, en particulier à la faveur de nouveaux médicaments plus efficaces et/ou avec moins d'effets indésirables, le service médical rendu (SMR) d'un médicament peut devenir insuffisant et donc conduire au déremboursement de ce produit. Ceci ne veut pas dire que le produit est devenu inefficace et cette pédagogie doit être expliquée à la population. Le patient est peu enclin à déboursier de sa poche pour continuer à obtenir son « vieux » médicament, le médecin reporte alors sa prescription sur un autre médicament remboursé. Par conséquent, le déremboursement n'est pas l'approche la plus appropriée pour gérer le problème de la polymédication.

2) *Au Québec, les médicaments qui ne font pas partie de la couverture de l'Assurance maladie peuvent quand même faire objet d'un remboursement dans des circonstances particulières. Un médicament peut aussi être prescrit sans être remboursé par l'Assurance maladie. Comment cela fonctionne-t-il en France?*

Il faut distinguer la situation du médicament remboursable de celui qui n'est pas remboursable. Un médicament non remboursable peut être prescrit et non remboursé. Un médicament remboursable peut être prescrit et être non remboursé si son indication est en dehors de l'autorisation de mise sur le marché (hors AMM). Dans cette situation d'usage d'un produit hors AMM alors qu'il existe des recommandations thérapeutiques bien validées, la législation française a créé la recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Dans ces conditions, le médicament est alors remboursé. La RTU est un moyen de contrôler le mésusage d'un médicament et d'apporter un cadre juridique qui protège le prescripteur. De plus, ceci permet d'organiser une surveillance rapprochée des risques de ces médicaments avec RTU par l'agence du médicament.

3) *Un participant se questionne sur la grande proportion d'usage de médicaments inappropriés, qui peut s'élever de 20 à 30 % selon la littérature; si ces prescriptions sont jugées inappropriées, pourquoi ces médicaments sont-ils encore utilisés et prescrits?*

Rien n'est tout blanc ou tout noir, car les individus ont tous des caractéristiques personnelles, environnementales et sociologiques distinctes, qui font qu'un médicament peut être approprié pour cette personne et inapproprié pour une autre. On juge plutôt davantage les bénéfices/risques d'un médicament dans une situation donnée pour le juger inapproprié. Le jugement clinique et professionnel est un facteur qui demeure primordial dans le choix de le prescrire.

6.5 Polypharmacie et adhésion au traitement

Conférencière : Line Guénette, B. Pharm., Ph. D., Université Laval, Canada

Madame Guénette présente les facteurs liés à l'adhésion au traitement pharmacologique. En s'appuyant sur les résultats d'une méta-analyse, elle rappelle que l'adhésion au traitement est essentielle pour obtenir les résultats de santé escomptés. Elle discute également d'autres études qui démontrent que plus l'adhésion croît, plus les coûts de santé et le risque d'hospitalisation diminuent. Toutefois, elle concède que l'évaluation de l'adhésion au traitement s'avère difficile puisque les comportements de santé sont complexes. De plus, il n'y a pas un réel consensus sur le meilleur moyen de mesurer l'adhésion au traitement.

Dans sa présentation, madame Guénette définit l'adhésion au traitement comme un comportement engendré par des recommandations. L'évaluation de l'adhésion est ainsi complexifiée par le fait que les recommandations peuvent ne pas toujours être appropriées ou peuvent être variables en fonction des professionnels. Par ailleurs, il n'existe pas d'instrument de référence permettant de faire l'évaluation de l'adhésion précisément.

Madame Guénette enchaîne avec les étapes du processus de l'adhésion au traitement. Du moment où il est prescrit par le médecin jusqu'au moment où le client décide de se rendre à la pharmacie pour acheter le médicament, on parle d'acceptation de la thérapie. Si le client persiste à se procurer son médicament et renouveler ses prescriptions, on parle alors de persistance à la thérapie. Finalement, la prise régulière du médicament, selon la posologie et les recommandations, s'appelle l'observance à la thérapie. Ainsi, l'acceptation, la persistance et l'observance sont trois facteurs combinés qui conduisent à l'adhésion. Tout ce processus est également valable pour le phénomène de la déprescription, car le client traversera les mêmes étapes et on pourra évaluer sa persistance dans le temps également.

Pour intervenir au niveau de l'adhésion au traitement, il faut pouvoir reconnaître et mesurer le problème. Pour ce faire, il existe divers outils en clinique (ex. : questions, dossiers de pharmacie, informations subjectives ou indirectes) et en recherche (ex. : questionnaires, journal de bord, dossiers de pharmacie, dosage sérique). En deuxième lieu, il faut pouvoir identifier les causes et, finalement, intervenir sur les causes identifiées. Les questionnaires validés permettent de distinguer deux catégories de manque d'adhésion : les omissions volontaires et involontaires. Les dossiers clients de pharmacie permettent aussi de mesurer l'observance au traitement. Le seuil le plus utilisé pour classer les observants et les non-observants est de 80 %. Toutefois, ce seuil est souvent arbitraire et se complique rapidement lorsque l'adhésion à plusieurs médicaments doit être mesurée simultanément. Il est difficile de distinguer les changements de médicaments et les périodes de non-adhésion, rendant alors ce seuil aussi plus difficile à établir. L'adhésion varie également selon la classe des médicaments. La mesure de la persistance est plus simple à évaluer grâce aux dossiers clients de pharmacie. Cela consiste à regarder si la personne poursuit toujours le même traitement après un certain laps de temps. Se référant à son travail sur la validité des mesures de l'adhésion pour prédire le contrôle du diabète, la conférencière nous fait part de ses conclusions, notamment sur l'importance de ne pas se fier seulement à une seule mesure lorsqu'on tente de reconnaître et d'évaluer une problématique. Certaines mesures peuvent être plus valides que d'autres, en fonction de la situation. De plus, une personne peut être complètement adhérente à son traitement, mais être traitée de façon inadéquate. L'inverse est aussi possible.

La conférence se poursuit avec la présentation des cinq dimensions qui influencent l'adhésion au traitement selon le modèle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (les caractéristiques : sociales et économiques, de la thérapie, de l'usager, de l'état de santé, du système de santé et des professionnels). Un autre modèle permet d'intervenir auprès de la personne non adhérente. Ce modèle classe les trois causes de la non-adhésion selon le savoir, le vouloir et le pouvoir. Le savoir est le point le plus prisé des professionnels. Il consiste à donner l'information au patient, qui peut ne pas comprendre sa maladie et ses complications ou qui peut ne pas en avoir été informé. Le vouloir permet de faire voir les avantages du traitement. La personne peut en effet ne pas se sentir en confiance face au traitement et préférer les traitements naturels ou ne pas se sentir malade. La motivation est un rôle que doit jouer l'expert pour assurer la portion « vouloir ». Traditionnellement, le professionnel de la santé a surtout expliqué la non-adhésion aux traitements en présumant que le patient manquait de connaissances. Il lui disait donc quoi faire et il espérait que le patient suive ses indications; il lui dictait en quelque sorte le comportement à adopter. On vise maintenant plutôt les stratégies motivationnelles, qui stimulent le partenariat avec l'individu. Le patient est alors plus à même d'accepter le changement et de s'impliquer. Finalement, l'aspect du pouvoir comprend les traitements complexes ou les difficultés physiques (par exemple, la difficulté d'avaler des comprimés). Les interventions dans cette sphère visent à aider le patient à trouver des solutions aux barrières. La polypharmacie se trouve notamment dans cette sphère en raison de la complexité qu'impose la prise de multiples médicaments.

La polypharmacie implique en effet des traitements complexes et peut conduire à de nombreuses conséquences chez les aînés. Or, plusieurs situations que vivent les aînés, comme les problèmes cognitifs, les oublis ou le délirium, peuvent aussi rendre l'adhésion à la polypharmacie difficile. Au final, la polypharmacie est une cause en soi de la non-adhésion et la non-adhésion peut elle-même résulter en polypharmacie, si les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes et que d'autres médicaments sont prescrits pour y parvenir.

De nombreux facteurs modifiables et non-modifiables jouent dans le phénomène de l'adhésion aux traitements. On peut penser aux attitudes, aux croyances et au contrôle des comportements des personnes. On doit particulièrement insister sur l'habitude et les comportements pour favoriser l'adhésion au traitement pharmacologique. Les interventions à privilégier en polypharmacie visent la diminution de la complexité du traitement, l'amélioration de la qualité du traitement et l'adaptation de la thérapie au contexte du patient. La complexité du traitement tient en compte trois grands facteurs : la forme pharmaceutique et la voie d'administration, la fréquence des doses et les instructions spéciales à respecter. En identifiant les sources de complexité, on sera donc plus en mesure de les diminuer (ex.: simplifier la posologie, diminuer les directives particulières, diminuer le nombre de formes pharmaceutiques et s'attarder à la forme et à la voie d'administration des médicaments). Pour améliorer la qualité du traitement, il faut réduire les médicaments à risque, en fonction de la cognition, des interactions et des effets indésirables. Les listes de médicaments potentiellement non appropriés sont aidantes pour cette tâche. Finalement, dans l'adaptation de la thérapie en fonction du contexte du patient, il faut savoir être attentif aux barrières que vivent les aînés, puisque ces derniers sont les plus concernés par la polypharmacie. Par exemple, les barrières peuvent se présenter sous forme de problèmes de dextérité ou de vision, d'isolement social ou par un faible statut socio-économique. Des techniques de motivation personnelle peuvent être nécessaires si un manque de motivation est perçu.

En conclusion, la non-adhésion à la pharmacothérapie peut être causée par la polypharmacie elle-même. Les problèmes de non-adhésion sont fréquents et sous-estimés. Pour améliorer l'adhésion, il faut pouvoir tenir compte et s'adapter aux barrières que vivent les aînés.

Période de questions :

1) *Existe-t-il des données chez les aînés?*

La plupart des références mentionnées dans la présentation s'intéressent aux aînés qui sont les grands consommateurs de médicaments.

2) *Comment améliorer la motivation des patients?*

Par l'entremise notamment de l'entretien motivationnel, qui se veut une des méthodes les plus à la mode actuellement et qui apporterait une certaine efficacité modeste.

3) *Comment démêler la non-adhésion et la déprescription et quelle serait la source de données en surveillance pour distinguer l'adhésion et polypharmacie si l'un peut être la cause de l'autre?*

À l'heure actuelle, nous ne pouvons distinguer la non-adhésion de la déprescription dans les banques de données. Une solution possible serait d'introduire un nouvel acte qui permettrait d'avoir ce détail dans les banques de données administratives et une rémunération attachée à cet acte.

6.6 Comment déprescrire les médicaments peu appropriés chez les aînés atteints de démence sévère?

Conférencière : Edeltraut Kröger, B. Pharm., Ph. D., Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Canada

Madame Kröger nous place dans un contexte de Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), où environ 61 % des aînés consomment dix médicaments ou plus par jour. Au Québec, 60 à 80 % des aînés résidant dans les CHSLD présentent des atteintes cognitives, et de 30 à 50 % présentent une démence sévère. La démence sévère place les aînés dans une condition de vulnérabilité et de fragilité. L'espérance de vie est d'environ un an dans cette phase. Plusieurs facteurs conduisent à précipiter l'échéancier, comme la fragilité et la vulnérabilité importante, l'innocuité des médicaments non démontrée dans cette population, le rapport des avantages et des risques modifiés, les problèmes à prendre la médication (par exemple, la dysphagie), les problèmes de suivi (par exemple, les prises de sang multiples) et finalement, les problèmes à communiquer les effets indésirables. Durant la période de vie de ces usagers, le médecin devrait éviter les médicaments à visée préventive (comme les statines et les biphosphonates) et viser plutôt le confort et la qualité de vie du patient. Si l'usage d'un médicament potentiellement peu approprié est envisagé, à ce moment, on le prescrit pour une période déterminée et on réévalue la pertinence par la suite.

Madame Kröger poursuit sa conférence en nous présentant le projet *OptimaMed*, réalisé dans trois CHSLD de la ville de Québec, qui vise l'application de critères spécifiques et validés pour réviser les profils de médicaments des clients atteints de démence sévère. Depuis 2012, plusieurs étapes du projet ont été mises en œuvre. D'abord, une revue de la littérature a été effectuée. On dénote qu'il existe seulement deux études spécifiques aux aînés atteints de démence. Puis, une consultation multidisciplinaire de type Delphi a été réalisée. Elle comprenait 15 experts québécois, dont un éthicien. La consultation a requis deux tours de consultation pour parvenir à un consensus de 80 % pour les questions posées. Grâce aux réponses obtenues dans le Delphi, un outil a été développé pour améliorer l'usage de médicaments en CHSLD; cet outil classe les médicaments en « généralement, parfois ou exceptionnellement appropriés » chez les aînés atteints de démence sévère (<http://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/medicaments-pour-les-patients-atteints-de-demence-severe-en-chsld-generalement-parfois-ou>), laissant toutefois place à l'autonomie du

médecin, en regard des cas plus complexes. Une intervention a ensuite été expérimentée en CHSLD. Elle comprenait des sessions d'échange d'information avec l'équipe multidisciplinaire, l'implication des pharmaciens, des infirmiers et des médecins et l'apport d'information pour les familles par la création d'un dépliant sur les médicaments chez la personne âgée atteinte de démence sévère. L'implantation de l'intervention s'est déroulée avec la distribution de l'outil dans trois milieux cliniques. Deux séances d'éducation de 90 minutes ont été offertes sur la problématique et sur l'utilisation de l'outil dans chaque CHSLD. À l'aide de situations fictives (vignettes cliniques), l'équipe de soins a pu se familiariser avec l'outil et les familles ont reçu l'information nécessaire. Un des principes mis en œuvre était de débiter la déprescription avec un médicament à la fois et d'observer s'il y avait des effets indésirables. Le pharmacien était responsable de la révision du profil (au moins une fois, à l'aide de l'outil). Il discutait ensuite des recommandations avec les infirmières et le médecin, tout en incluant les proches. Par contre, la décision finale appartenait au médecin. Au cours du projet pilote, qui s'est déroulé sur une période de quatre mois, plusieurs données ont pu être recueillies par l'infirmière de recherche, comme les caractéristiques reliées à l'âge, au sexe, au diagnostic, au niveau de soins, aux comorbidités et à l'observation de symptômes d'agitation ou de douleur. L'outil a connu un accueil très chaleureux dans les milieux. Il a été observé que les résidents étaient bien pris en charge dans les CHSLD participants. Chez les aînés, en observation de jour, peu de symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence ont été observés. De même, peu de problèmes reliés à la prise des médicaments et pas de changements cliniquement significatifs ont été notés entre les périodes pré et post intervention. Toutefois, le projet a suscité quelques inquiétudes chez des proches. La communication et l'accompagnement de la famille demeurent ainsi très importants, car la déprescription peut être perçue par la famille comme un abandon vis-à-vis l'être cher. Concernant l'interdisciplinarité, l'infirmière de recherche joue un rôle crucial, car elle doit renforcer une relation de confiance entre les proches des résidents et l'équipe de soins : celle-ci et les préposés jouent un rôle important concernant la déprescription.

Période de questions :

- 1) *Pour la clientèle âgée en CHSLD, une moyenne de dix médicaments comme vous le présentez dans votre étude semble être plutôt basse. Est-ce que cette moyenne inclut les vitamines et les médicaments PRN?*

Oui, les vitamines et les médicaments PRN étaient inclus dans la moyenne de dix médicaments. Par contre, comme il y avait déjà en place une équipe spécialisée en pharmacie gériatrique dans ces CHSLD, il y a peut-être moins de médicaments utilisés qu'ailleurs, étant donné un certain tri déjà effectué.

- 2) *Pourquoi n'y a-t-il pas eu de changement au niveau des antipsychotiques?*

Les doses n'ont pas encore été considérées; il se peut qu'il y ait une différence à ce niveau, et qu'elles aient diminué, des analyses sont en cours sur cette question.

6.7 Le SISMACQ et l'opportunité d'effectuer la surveillance de la polypharmacie dans le cadre de la surveillance des maladies chroniques

Conférencière : Valérie Émond, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Canada; **coauteurs** : Céline Plante, M. Sc. (INSPQ) et Marc Simard, M. Sc. (INSPQ)

Madame Émond indique que la surveillance des maladies chroniques figure dans le mandat accordé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Pour réaliser cette surveillance, l'INSPQ a mis en place le *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec* (SISMACQ). Ce système permet d'effectuer la surveillance par deux approches. La première consiste en l'approche par maladie, qui vise à développer et produire des mesures et des résultats comme la prévalence et l'incidence, la mortalité, l'utilisation des services de santé, les groupes à risque et l'utilisation des services pharmaceutiques en lien avec chacune des maladies ou des groupes de maladies. Le deuxième type d'approche est l'approche intégrée. Cette dernière cible les comorbidités, la multimorbidité et la polypharmacie.

Le système de surveillance a pour but d'informer la population et de soutenir la prise de décisions, en aidant à mieux orienter les programmes de promotion, de prévention et de prise en charge des maladies, dans une visée d'amélioration de la santé de la population. Madame Émond présente la façon dont a été créé le SISMACQ. Il repose sur le jumelage de fichiers médico-administratifs dont les données sont dénominalisées, mais liées par un identifiant unique. Pour obtenir des données de surveillance à partir du SISMACQ, trois étapes doivent être réalisées. La première étape est l'extraction et le jumelage des données de la RAMQ de chaque individu. La deuxième étape est l'analyse et la production des mesures. La troisième étape comprend l'interprétation, le dépôt et la diffusion des informations. On veut s'assurer que les informations sont accessibles pour aider à la prise de décision. Ainsi, les acteurs de surveillance et du réseau de la santé de même que la population en général ont accès aux feuillets et articles produits. L'information est aussi déposée à l'Infocentre de santé publique.

Le SISMACQ est une approche novatrice qui permet de mieux identifier les groupes à risque et facilite la surveillance intégrée du fardeau global, dont la polypharmacie. Cette approche permet également de former des cohortes populationnelles et d'effectuer des analyses de tendance, de faire des liens entre la maladie et l'utilisation des services de santé, d'identifier et caractériser des groupes à risque et d'étudier la multimorbidité et la polypharmacie par une approche populationnelle. Par contre, de nombreux défis doivent être surmontés, notamment sur le plan scientifique et méthodologique (cadre de qualité). On doit notamment définir des concepts pour lesquels aucune définition consensuelle n'existe, développer des algorithmes pour les définitions de cas, effectuer des études de validation et conjuguer avec les limites des données. Des défis technologiques sont également présents quant au jumelage des données, au volume des données et à la performance technologique. Finalement, sur le plan de l'accès aux données, les défis sont reliés aux finalités de surveillance et au personnel dédié. Les nombreuses informations émanant du SISMACQ nécessitent une analyse rigoureuse.

Dans le cadre de la polypharmacie, l'importance de la surveillance est primordiale. Cette surveillance permet de décrire l'ampleur de la polypharmacie chez les personnes atteintes de maladies chroniques et de caractériser les personnes qui sont touchées par cette polymédication. De plus, il sera plus facile d'identifier les facteurs liés à la polypharmacie et de décrire les impacts de cette dernière sur les services de santé et les indicateurs de santé pour ensuite trouver des avenues d'interventions. Les étapes prévues pour réaliser ce projet sont : (1) la recension des écrits sur la

polypharmacie, (2) l'obtention d'un consensus d'experts pour définir un ou des indicateurs de polypharmacie, (3) les premières analyses sur la prévalence et l'incidence et sur les facteurs associés à polypharmacie, (4) les mesures d'impacts sur la santé et l'utilisation des services et (5) le soutien à la prise de décisions. Quelques enjeux sont toutefois au cœur de la surveillance en polypharmacie. Tout d'abord, il n'y a aucun consensus sur la définition de la polypharmacie, ni même sur les médicaments à inclure, ce qui implique la réalisation des étapes de revue de littérature et de consensus d'experts. Par ailleurs, même si le SISMACQ comprend les informations des personnes de 65 ans et plus couvertes par le régime public d'assurance médicaments, les personnes assurées par un régime privé et les médicaments reçus lors d'une hospitalisation ou lors d'un séjour en CHSLD ne sont pas inclus. De plus, les données extraites par le SISMACQ sont limitées aux personnes potentiellement atteintes d'une maladie chronique, empêchant donc la comparaison entre les malades et les non-malades.

Madame Émond présente enfin quelques exemples de résultats obtenus avec les données du SISMACQ dans le cadre de surveillance. Les données liées à l'utilisation des médicaments antidiabétiques et cardioprotecteurs chez les aînés diabétiques au Québec en 2011-2012 sont dévoilées. Comme deuxième exemple, elle enchaîne avec une affiche sur la polypharmacie chez les aînés québécois atteints de diabète et élabore sur le nombre de médicaments consommés annuellement chez les diabétiques de 65 ans et plus en 2012-2013. Finalement, madame Émond donne un troisième exemple de surveillance avec une affiche sur la *Polypharmacy among older individuals with diabetes in Quebec, Canada* qui traite des facteurs associés à la polypharmacie. En conclusion, madame Émond souligne les forces du SISMACQ et les défis futurs à affronter.

Période de questions :

1) *De quelle façon identifie-t-on les personnes atteintes de diabète dans le SISMACQ? Est-ce une définition de cas basée sur un diagnostic ou sur l'usage de médicaments?*

L'identification s'effectue à partir d'un algorithme validé utilisant les diagnostics du fichier des hospitalisations et des paiements à l'acte des médecins.

2) *À qui vont servir ces données?*

Les informations découlant des travaux de surveillance de la polypharmacie peuvent servir à un public varié. On pense d'abord aux acteurs régionaux de surveillance qui relaient l'information aux différents répondants du réseau de la santé ainsi qu'à la population de leur territoire. Les décideurs des différents paliers peuvent utiliser l'information pour orienter leurs décisions. Les professionnels de la santé peuvent aussi se servir des mesures de surveillance pour orienter leur pratique. Les données de surveillance peuvent aussi alimenter les réseaux de recherche et vice versa.

3) *Le cancer est-il dans les priorités de surveillance de votre équipe à l'INSPQ?*

Les membres de l'INSPQ n'ont pas le mandat de la surveillance du cancer, celle-ci est effectuée au ministère de la Santé et des Services sociaux. Le cancer peut toutefois être étudié comme comorbidité ou être intégré dans les mesures de multimorbidité grâce au fichier des hospitalisations MED-ECHO qui est jumelé au SISMACQ.

4) *L'INSPQ possède des données exceptionnelles, mais pourquoi ne fait-elle pas de recommandations?*

Le mandat de la surveillance à l'INSPQ consiste à décrire les situations et phénomènes pour soutenir la planification et la prise de décision. Les données de surveillance doivent servir à faire des recommandations et orienter les programmes de promotion, de prévention et de prise en charge.

5) À qui transmet-on ces informations?

Les indicateurs développés sont utiles à la planification et au soutien populationnel. Les données sont notamment acheminées aux acteurs de surveillance dans les régions. Les feuillets de la collection Surveillance des maladies chroniques sont disponibles sur le site de l'INSPQ et donc accessibles à un large public.

6.8 Point de vue de l'INESSS sur la polypharmacie et la déprescription

Conférencière : Sylvie Bouchard, B. Pharm., M. Sc., MBA, Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), Canada

Madame Bouchard présente le rôle de soutien que joue l'INESSS au niveau organisationnel et décrit brièvement l'organisme. Elle présente un organigramme pour situer l'INESSS par rapport au MSSS et décrit des dossiers sur lesquels l'INESSS est appelé à se prononcer, comme les avis, les guides, les portraits d'usage et les ordonnances collectives nationales. L'INESSS joue également un rôle dans l'usage optimal des médicaments, notamment avec le cycle du médicament complexe. L'INESSS définit cet usage optimal comme étant un "usage qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales." Le patient doit absolument faire partie du processus. Établir l'usage optimal requiert une évaluation minutieuse, puisqu'il faut procéder à la validation des données avec la triangulation de la littérature, les données expérientielles et l'expertise des professionnels.

Parmi les exemples de projets récents de l'INESSS, madame Bouchard décrit le *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte*. Ce guide se base sur l'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), qui permet de tenir compte de la qualité de la preuve (grâce aux données et aux informations recensées), de l'équilibre entre les bénéfices et les risques et, finalement, les valeurs et les préférences des professionnels et des patients. Le guide a comme objectif de soutenir les cliniciens et les autres intervenants de première ligne dans l'introduction des médicaments utilisés en maladie d'Alzheimer et en démence mixte, selon une approche par objectifs thérapeutiques ciblés. Selon madame Bouchard, il est facile d'introduire un médicament, mais le retirer, si cela est nécessaire, peut être ardu. Il faut prendre en considération la complexité du patient, du médicament et de la thérapie médicamenteuse. Donc, la pertinence d'ajouter un médicament doit prendre en compte le questionnement de poursuivre éventuellement ce traitement, puisque les besoins et l'état de santé évoluent dans le temps. Les médicaments utilisés dans le traitement pharmacologique de la démence mixte et de la maladie d'Alzheimer démontrent une efficacité modeste pour aider à réduire les symptômes de détérioration. La décision d'utiliser ou non le médicament devra être faite par le praticien et la famille. Le lien de confiance doit être présent entre la famille et le praticien. On doit s'assurer de bien vulgariser les termes, afin de bien faire comprendre ce que cela implique. Il faut déterminer au préalable quelles sont les visées désirées et le cadre temporel pour y parvenir. Ainsi, si on désire obtenir une diminution des symptômes (ex. agitation, impacts sur les fonctions cognitives) et que l'on constate une amélioration, on continue le traitement, alors que si la condition se détériore, on doit arrêter le médicament. Parmi les facteurs pouvant également justifier un arrêt de traitement, on peut retrouver l'aggravation de l'état du patient suite à l'introduction du médicament, l'augmentation des effets indésirables incommodes ou intolérables et les maladies concomitantes du patient qui rendent le traitement inacceptable. Les résultats des recommandations sont basés sur des données scientifiques et expérientielles.

Un autre outil présenté est le guide de *l'Auto surveillance glycémique chez les adultes atteints de diabète de type 2 non traités par l'insuline*. En 2011, les dépenses élevées de bandelettes amènent l'INESSS à bâtir des tableaux et des outils, afin d'en favoriser un usage optimal et d'apporter des recommandations basées sur les données scientifiques et expérientielles.

Finalement, le *Chantier de la pertinence clinique - usage optimal du médicament* a été mis en place par le MSSS, où l'INESSS y joue un rôle majeur dans la sphère scientifique et clinique. Le but du chantier est d'assurer l'usage optimal des médicaments, ce qui devrait, par ricochet, générer des économies dans le système de santé. Pour le ministère, l'usage optimal des médicaments est une priorité, ce qui conduit à la collaboration étroite avec le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Période de questions :

- 1) *L'INESSS utilise des outils sur des médicaments reliés à la démence; est-ce que l'INESSS possède les outils nécessaires pour écrire sur la déprescription des médicaments anticholinergiques?*

L'INESSS a le levier nécessaire pour faire des recommandations au MSSS. Par exemple, dans d'autres provinces, on refuse le remboursement des médicaments pour l'Alzheimer et autres démences si des anticholinergiques figurent au dossier du patient. Par contre, pour le moment, il n'y a pas de mesure de déprescription prévue sur la médication anticholinergique.

- 2) *Y a-t-il eu un lien de fait avec la RAMQ en ce qui concerne le changement de recommandations pour la prescription des bandelettes?*

Suite à la mise en place des recommandations, il pourrait y avoir une publication des résultats des travaux menés sur le processus et sur l'impact des changements de recommandations pour l'usage des bandelettes. Un délai de deux ans semble raisonnable pour apprécier ces changements.

- 3) *Après ces évaluations d'impact, est-ce que l'information sera distribuée aux professionnels, par la suite?*

L'INESSS travaille en collaboration avec des partenaires et des comités de suivi (ordres professionnels et associations médicales) qui ont notamment pour mandat de soutenir l'INESSS dans les activités d'implantation de transfert de connaissances.

- 4) *L'une des préoccupations est que toutes ces informations envoyées aux professionnels se diluent dans la masse. Est-ce que l'information est isolée ou y a-t-il une diffusion de l'information directement par l'INESSS vers les professionnels?*

En fait, la grande quantité d'information est une réalité à laquelle sont confrontés tous les professionnels de la santé. L'INESSS utilise divers moyens de diffusion et de sensibilisation par exemple l'envoi des guides aux groupes de médecine de famille (GMF), la mise en ligne du guide d'usage optimal des bandelettes et des documents complémentaires sur le site web et des applications mobiles. Les ordres, les associations professionnelles et Diabète Québec ont aussi participé à la diffusion du guide.

6.9 La surveillance de l'état de santé au Québec: Point de vue sur la polypharmacie

Conférencière : Julie Soucy, Ph. D., ministère de la Santé et des Services sociaux, Canada

Madame Soucy explique son rôle au sein du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), où elle coordonne les activités de surveillance au Québec pour le ministère, dans le cadre de la Loi sur la Santé publique. Madame Soucy précise que n'étant pas une experte en polypharmacie, il est ardu de déterminer les besoins actuels en surveillance de la polypharmacie au Québec ainsi que la place que pourrait prendre la polypharmacie dans le dispositif de surveillance existant. Ensuite, elle présente les assises légales de la fonction de surveillance et son encadrement par la Loi sur la Santé publique. Les fonctions essentielles de la santé publique sont présentées: la promotion, la prévention, la protection et la surveillance. Dans le cadre de la Loi sur la Santé publique (2001) prévalent également des fonctions de soutien, notamment au niveau de la législation, de la réglementation, de la recherche et du développement et du maintien des compétences. Madame Soucy précise ce que l'on entend par la perspective populationnelle : il s'agit d'une approche en santé publique qui se traduit par des actions sur des facteurs qui influencent la santé au profit de toute la population ou de groupes de population. La conférencière définit la surveillance comme un "processus continu d'appréciation de l'état de santé de la population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données". Les deux finalités de la surveillance sont d'informer la population québécoise sur son état de santé ainsi que de soutenir la prise de décision dans le secteur sociosanitaire et les autres secteurs agissant sur la santé. Comme mentionné précédemment, il faut découvrir comment intégrer la polypharmacie au processus de surveillance. Le cadre légal précise que la surveillance est confiée exclusivement au ministre de la Santé et aux directeurs de la santé publique. De plus, la Loi prévoit que des plans de surveillance doivent être élaborés pour permettre une évaluation optimale de l'état de santé de la population.

Les objectifs spécifiques associés à la surveillance sont notamment de dresser un portrait global de l'état de santé de la population, de détecter les problèmes en émergence et d'identifier ceux prioritaires. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sont les deux instituts en appui. Madame Soucy fait la distinction entre les deux instituts qui possèdent des rôles différents. Elle présente ensuite le dispositif de surveillance en vigueur, de son infrastructure jusqu'à l'élément central de la surveillance : le Plan national. Une carte de la santé et de ses déterminants est présentée et la conférencière poursuit avec le *Plan national de surveillance*. Il s'agit de la pierre angulaire du dispositif de surveillance de par l'élaboration des objets, des indicateurs et également des sources de données. Le *Plan national de surveillance* est un levier pour avoir accès aux sources de données qui y sont prévues. Il doit être soumis au Comité d'éthique de santé publique, puis à la Commission d'accès à l'information du Québec pour vérifier si les données détenues par des partenaires externes et que des ententes de communication sont nécessaires. La mise en œuvre du *Plan national de surveillance* est planifiée pour assurer le regroupement des sources de données et la diffusion d'une information standardisée, disponible à l'ensemble du réseau de la santé selon un profil d'accès sous une plateforme collective, qui porte le nom d'Infocentre de santé publique. Ce dernier offre un environnement sécurisé (profils d'accès autorisés, traitement des données communiquées par les organismes publics, protection des renseignements personnels des données confiées) et un accès en ligne (comparabilité sur le plan national, régional et sous-régional, diffusion en ligne des méthodes de calcul des indicateurs).

De surcroît, madame Soucy spécifie les 4 champs d'activités de la surveillance. Cela débute par le processus d'identification des besoins, qui s'inscrit dans un plan de surveillance pour répondre aux besoins d'information. On doit ensuite assurer l'alimentation en données (fichiers administratifs,

enquêtes sociosanitaires), afin de produire de l'information (analyses générales et spécifiques, interprétation des données, transformation des données en informations utiles). Par la suite, on peut procéder à la diffusion de l'information (divers produits de surveillance) pour soutenir la décision (décideurs et intervenants dans les secteurs de la santé et des services sociaux et de la population). Ceci permettra une adaptation continue de politiques, de nouveaux programmes et des interventions sectorielles et intersectorielles. Une présentation plus détaillée est faite sur la notion d'identification du besoin. Il faut pouvoir décrire les finalités recherchées, définir le cadre conceptuel de la thématique et identifier les objets de surveillance de même que les indicateurs de surveillance et les sources de données nécessaires et les renseignements, en plus de tenir compte de l'avis du Comité d'éthique en santé publique. Par ailleurs, les étapes nécessaires quant à l'accès aux données sont définies : cela peut dépendre de l'avis de la Commission d'accès à l'information, notamment pour les données provenant d'organismes externes nécessitant des ententes de communication (des jumelages, comme le mandat de l'INSPQ (ex. : SISMACQ)), on doit inscrire dans le registre de communication du ministère l'accès aux fichiers de données appartenant au MSSS. La production et la diffusion de l'information doivent permettre de soutenir les acteurs de surveillance, pour un accompagnement efficace des utilisateurs de l'information. Ça passe notamment par la production de produits adaptés aux besoins des décideurs et utilisateurs des données. Il faut développer des alliances avec les acteurs, qui développeront éventuellement à la création de politiques publiques.

La présentation se termine en évoquant trois enjeux autour de la polypharmacie et dans quelle mesure elle peut s'intégrer au processus de surveillance. D'abord, les enjeux liés à la définition du besoin qui doivent être en cohérence avec les besoins de surveillance et non en cohérence avec les besoins de la recherche. Il sera important de bien définir les besoins, afin d'obtenir des indicateurs fiables. Ensuite, le deuxième enjeu évoqué est lié au plan de surveillance. La polypharmacie doit-elle faire l'objet d'un plan de surveillance spécifique ou encore s'intégrer à celui des maladies chroniques? Enfin, quant aux enjeux liés aux sources de données, le SISMACQ apparaît comme une source de données intéressante du point de vue de la surveillance des maladies chroniques. Les données sur les médicaments pour les 65 ans et plus demeurent également un enjeu pour permettre la surveillance de la polypharmacie.

6.10 Plénière et avis des participants sur la surveillance de la polypharmacie

Modératrice : Valérie Émond, M. Sc., INSPQ

Pour débiter la plénière, mesdames Émond et Sirois interrogent les membres de l'auditoire pour obtenir leur avis sur deux questions. La première vise à déterminer si les données de surveillance de la polypharmacie seront utiles dans le cadre de leur travail. Les participants ont quatre choix de réponse gradués (de « souvent utiles » à « inutiles ») et doivent utiliser des télévotants pour y répondre. Le résultat des votes affiché à l'écran démontre que la majorité des participants voient une utilité des données de surveillance pour leur travail. La deuxième question porte sur le choix de l'indicateur de polypharmacie le plus approprié pour permettre la surveillance de la polypharmacie chez les aînés québécois. Les participants ont quatre choix de réponse :

- Cinq médicaments et plus
- Dix médicaments et plus
- Plusieurs catégories : 5-9 médicaments/10-14 médicaments/15 médicaments et plus
- Un seuil de médicaments et une notion de qualité.

Le choix des participants porte majoritairement sur « un seuil de médicaments et une notion de qualité » de même que « 5 médicaments et plus ».

À la suite de la lecture des résultats des deux questions, on demande aux membres du panel, mesdames Bouchard, Soucy, Laroche et Guénette, de commenter. Madame Bouchard débute en soulignant que la surveillance de la polypharmacie s'exerce au-delà du simple chiffre, en faisant référence à la deuxième question. Madame Soucy reconnaît l'intérêt de l'utilisation des données de surveillance sur la polypharmacie, particulièrement sur le plan de la pratique réflexive. À l'opinion émise par madame Bouchard, madame Guénette soutient qu'en utilisant une définition basée sur un seuil, notamment la définition de 5 médicaments et plus, il est beaucoup plus simple de faire des comparaisons. Les indicateurs utilisant des chiffres permettent d'obtenir une définition simple, qui donnerait environ la même mesure, en plus d'être facile à comprendre. Madame Laroche complète ce tour de table en ajoutant qu'il pourrait y avoir de petites différences dans la validation des indicateurs interpayés. Les indicateurs numériques sont pratiques, tout dépend des caractéristiques médico-sociales et des résultats désirés.

Les participants de l'auditoire sont invités à s'exprimer à leur tour. Plusieurs commentaires émergent. Une des participantes souligne notamment le fait que le seuil de polypharmacie avait déjà été établi à 8 médicaments dans la pratique clinique, mais que rien ne semble avoir justifié ce choix. On en conclut, d'après les discussions, que cibler les problématiques devient primordial. En effet, l'exercice de la surveillance de la polypharmacie chez les personnes comportant un profil pharmacologique de 5 médicaments et plus toucherait beaucoup trop de personnes. Il faudrait prioriser les plus grands utilisateurs pour être efficaces et pertinents. En milieu hospitalier, par exemple, presque tous les aînés possèdent des profils pharmacologiques comportant au moins 5 médicaments. En élevant le nombre de médicaments surveillés à 8, il est plus aisé d'identifier les cas problématiques et ceux à améliorer. L'assemblée s'entend sur la nécessité d'utiliser des indicateurs simples.

Les participants soulignent le fait que la polypharmacie fait partie d'un ensemble de déterminants qui caractérisent un patient complexe. Les cas complexes sont multifactoriels et doivent prendre en compte plusieurs aspects, comme le contexte psychosocial. Dans le milieu des soins palliatifs, des indicateurs de déprescription sont utilisés. Puisque l'état de santé et les niveaux de soins évoluent, ils sont externes au nombre de médicaments. Les participants conviennent qu'ils ne réussiront pas à déterminer un seul indicateur de surveillance pour tous les facteurs à prendre en considération, mais qu'il en faudrait plusieurs pour satisfaire toutes les différentes visions de la surveillance de la polypharmacie. La qualité de vie est un critère important à considérer, de même que la prise en considération du point de vue du client. D'un point de vue international, on propose l'utilisation d'indicateurs de surveillances pour 5 et 10 médicaments.

Les pharmaciens jouent un rôle de référence auprès des clients. Or, il n'existe pas de critères de référence clairs associés à la déprescription. Un participant s'exprime en mentionnant que les données médico-administratives sont une occasion à saisir. On souligne que Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO) et le Dossier Santé Québec (DSQ) seraient utiles pour permettre l'identification des dossiers des patients à réviser. Ces outils permettraient d'identifier les clients à risque, comme ceux utilisant des médicaments anticholinergiques. On apporte un point intéressant en mentionnant que l'on ne traite pas des chiffres, mais plutôt des personnes ayant des maladies chroniques complexes, en leur disant que la médication préventive sera à prendre pour la vie. Il existe de nombreux points de friction et de résistance face aux changements. Il faut penser à préparer mentalement le client sur la visée thérapeutique. Cela nécessite donc de bonnes stratégies pour y parvenir. Madame Bouchard commente en disant qu'il faudrait voir quelle est la visée au bout de tout ce processus et au niveau

des indicateurs, afin de pouvoir éventuellement l'incorporer concrètement dans le contexte clinique et sociopolitique. On souligne la mention de plusieurs cibles d'intervention, mais pas de l'information nécessaire à fournir aux pharmaciens pour l'exercice de leur rôle dans la polypharmacie. Un participant évoque une banque de données intéressante à l'Hôpital Ste-Justine. On se questionne sur la visibilité des nouveaux actes obtenus par les pharmaciens. On constate que les pharmaciens peuvent effectuer plusieurs renouvellements, puisque ces renouvellements sont associés à la rémunération, ce qui n'est pas le cas pour la déprescription. On souligne également qu'on ne peut pas évaluer ni retracer la déprescription par les bases de données administratives.

Le problème d'accès aux données est évoqué. On souligne qu'il faudrait établir des collaborations entre les intervenants pour permettre un meilleur accès.

7 Résumé des affiches

7.1 Polypharmacie chez les aînés québécois atteints d'insuffisance cardiaque

Claudia Cormier, candidate au baccalauréat en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, UQAR; **Marc Simard**, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec; **Claudia Blais**, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec; **Caroline Sirois**, B. Pharm., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Introduction : L'insuffisance cardiaque affecte 8,8 % des aînés québécois. Pour réduire les complications de cette maladie, plusieurs médicaments doivent être employés. Il existe toutefois peu d'information sur l'ensemble des médicaments utilisés par les aînés québécois atteints d'insuffisance cardiaque.

Objectifs : Décrire la proportion d'aînés atteints d'insuffisance cardiaque exposés à dix médicaments ou plus annuellement et les facteurs associés à cette polypharmacie.

Méthodologie : Nous avons utilisé la banque du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous avons inclus les individus de ≥ 66 ans satisfaisant à la définition d'insuffisance cardiaque, vivants et couverts par le Régime d'assurance médicaments entre mars 2012 et avril 2013. Pour chaque individu, nous avons dénombré tous les médicaments utilisés au moins une fois durant la période. Nous avons effectué des analyses descriptives et des tests du chi-carré ($\alpha = 0,01$).

Résultats : Des 81 482 individus inclus, 61 243 (75 %) ont consommé ≥ 10 médicaments en 2012-2013. Les femmes étaient plus susceptibles d'être exposées à la polypharmacie que les hommes (79,1 % vs 71,1 %; $p < 0,0001$). L'utilisation de médicaments était moindre chez les individus les plus jeunes et chez ceux dont les indices de défavorisation sociale et matérielle étaient les plus faibles (gens les plus favorisés).

Conclusion : Les individus âgés atteints d'insuffisance cardiaque sont majoritairement exposés à la polypharmacie. Cette constatation mérite que l'on s'y intéresse davantage, notamment pour identifier la polypharmacie appropriée selon des critères validés.

7.2 Perceptions de la polypharmacie et de la déprescription par les aînés québécois de la communauté

Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR; Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut national de santé publique du Québec; **Nicole Ouellet**, B. Sc. inf., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR, **Joanie Renaud**, Candidate au Baccalauréat en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, UQAR; **Marie-Ève Gagnon**, B. Sc.inf., Candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, UQAR; **Lydia Huard**, candidate au Baccalauréat en travail social, Département de psychosociologie et travail, UQAR.

Introduction : La polypharmacie est de plus en plus fréquente chez les aînés et peut entraîner des conséquences indésirables. Ainsi, on note un intérêt croissant pour réduire le nombre de

médicaments, soit la déprescription. On en sait toutefois peu sur les attitudes des aînés québécois face à la polypharmacie et les possibilités de déprescription.

Objectifs : Décrire les attitudes et les perceptions des Québécois de 65 ans et plus vivant dans la communauté face à la polypharmacie et à la réduction du nombre de médicaments qu'ils consomment.

Méthode : Nous avons développé une version française du questionnaire *Patients' attitudes towards deprescribing*³. Le questionnaire visait les aînés de 65 ans et plus vivant en communauté. Les individus intéressés à participer pouvaient remplir le questionnaire autoadministré à la pharmacie ou au centre communautaire. Les participants devaient inscrire leur degré d'accord à 10 questions et répondre à 5 questions à choix multiples sur la polypharmacie et la déprescription. Des statistiques descriptives ont été utilisées afin de résumer les caractéristiques de la population. Les réponses aux questions ont été comparées avec des analyses de chi-carré ($\alpha = 0,05$).

Résultats : Un total de 129 personnes ont rempli le questionnaire, en majorité des femmes (63 %). Le nombre médian de médicaments était de 6 (IQR : 3-8). Une personne sur deux considérait prendre beaucoup de médicaments, mais 80 % des répondants étaient à l'aise avec le nombre de médicaments qu'ils prenaient. Plus de 80 % estimaient aussi que ces médicaments étaient essentiels. La même proportion accepterait d'augmenter le nombre de médicaments, si requis. Environ 50 % des participants aimeraient néanmoins réduire le nombre de médicaments qu'ils prennent. Par ailleurs, si le médecin indiquait que certains médicaments peuvent être cessés, 71 % souhaiteraient le faire.

Conclusion : Même si les participants sont majoritairement à l'aise avec le nombre de médicaments qu'ils prennent et qu'ils accepteraient d'en prendre plus si leur état de santé le nécessitait, la moitié aimerait tout de même réduire le nombre de médicaments consommés. La recommandation du médecin augmenterait leur volonté à le faire.

7.3 Les médicaments génériques : en quoi diffèrent-ils des médicaments originaux?

Jacinthe Leclerc, B. Sc. inf., M. Sc., Candidate au Doctorat, Faculté de pharmacie, Université Laval, Institut national de santé publique du Québec; **Claudia Blais**, Ph. D., Faculté de pharmacie, Université Laval, Institut national de santé publique du Québec; **Line Guénette**, B. Pharm., Ph. D., Faculté de pharmacie, Université Laval, **Centre de recherche du CHU de Québec, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé**; **Paul Poirier**, M.D., Ph. D., FAHA, FACC, FRCPC, Faculté de pharmacie, Université Laval, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

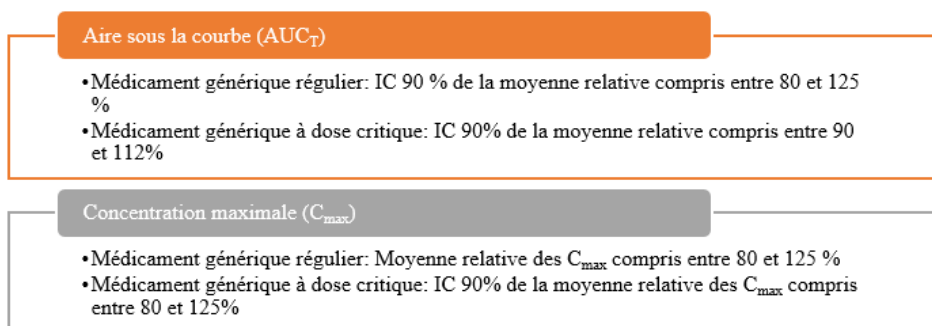
Introduction : Les médicaments génériques peuvent être commercialisés une fois que le brevet du médicament d'origine expire. *Contenant les mêmes ingrédients médicinaux que le médicament d'origine, ils sont considérés comme équivalents sur le plan thérapeutique. Les médicaments génériques peuvent toutefois différer de leur équivalent original. Les événements indésirables médicamenteux rapportés dans la base de données de Santé Canada le sont généralement sous la dénomination commune, ce qui ne permet pas de distinguer s'ils sont reliés aux médicaments originaux ou génériques.*

Objectif et méthodologie : *Par une revue de littérature, mettre en lumière les différences entre les médicaments génériques et originaux pour être mieux informé et pour encourager le rapport exact d'événements indésirables.*

Résultats : Les similitudes entre les médicaments génériques et originaux sont : la dénomination commune, le nom chimique, le ou les ingrédients actifs et les exigences de pharmacovigilance concernant les événements indésirables à rapporter à Santé Canada. Les médicaments génériques diffèrent par : le nom commercial (permettant d'identifier la compagnie), les ingrédients non-médicinaux (préservatifs, colorants, agents de remplissage), les coûts (étant généralement trois fois plus économiques) et le processus d'homologation (par des études de biodisponibilité comparative, figure 1). La base de données MedEffet Canada contient plusieurs rapports d'événements indésirables dont le médicament en cause est rapporté sous la dénomination commune.

Conclusion : Bien que le médicament générique présente des avantages indéniables au niveau économique tant pour le patient, les assureurs et le système de santé dans son ensemble, il est important de comprendre les différences et les similitudes entre un médicament d'origine et un générique notamment pour être en mesure de les expliquer de façon juste au patient demandant des informations à ce sujet. Il convient également de porter une attention particulière au statut générique ou original du médicament et de rapporter tout événement indésirable à Santé Canada en incluant le nom commercial qui permet cette distinction.

Figure 1 Normes canadiennes de biodisponibilité comparatives pour les médicaments génériques



$$\frac{\text{Produit générique (testé)}}{\text{Produit original (référence)}} = \text{Moyenne relative (ratio)}$$

IC : intervalle de confiance

7.4 Polypharmacy among older individuals with diabetes in Quebec, Canada

Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR; Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut national de santé publique du Québec, **Marie-Eve Gagnon**, B. Sc. Inf., candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, UQAR; **Céline Plante**, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec; **Marc Simard**, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec; **Isabelle Larocque**, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec.

Background: A significant proportion of older individuals suffer from diabetes. Treating diabetes and other comorbidities involve many medications, but there is little information on the actual pharmacological burden of the elderly diabetic population.

Objectives: To calculate the number of medications that older individuals with diabetes in Quebec, Canada, use annually. To identify the factors associated with polypharmacy.

Methods: We used the Quebec Integrated Chronic Disease Surveillance System to build a population-based cohort of individuals aged 66 years and over who satisfy the diabetes case definition. We included individuals who were alive and covered under the public drug plan between March 2012-April 2013. We calculated the number of medications used at least once during the period for each individual. Individuals using 10 or more medications were considered exposed to polypharmacy. We used descriptive statistics to describe our cohort and used logistic regression to determine what factors were associated with polypharmacy.

Results: The cohort comprised 230,052 individuals (mean age of 75.5 years, 50.4% male). A small proportion of patients were exposed to either no medication (1.77% [99% CI :1.70-1,84]) or to 1-4 medications (5.8% [5.67-5.93]). The majority of individuals (60%) used between 5-9 (29.00% [28.68-29.26]) to 10-14 medications annually (32.18 [31.87- 32.48]), but a significant proportions used 15-19 medications (18.44% [18.21-18.68]) or 20 and more (12.84 [12.65-13.03]). All in all, 145,999 individuals (63%) used at least 10 different medications in 2012-2013. More women than men were exposed to polypharmacy (68.2% vs 58.6% ; $p < 0.0001$). Increased age, higher material deprivation and higher social deprivation were associated with polypharmacy ($p < 0,0001$).

Conclusions: About two third of older individuals with diabetes in Quebec are exposed to a polypharmacy of at least 10 medications. There is a need to explore the quality of those polypharmacies to ensure optimal treatment and to minimize side effects.

7.5 Effets d'une formation touchant le sommeil des aînés hospitalisés sur les connaissances du personnel infirmier et le nombre d'hypnotiques administrés

Nathalie Raymond, B. Sc. inf., D.E.S.S., candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, UQAR; **Nicole Ouellet**, B. Sc. inf., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR; **Caroline Sirois**, B. Pharm., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR; Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Problématique : Pour pallier le manque de sommeil chez les aînés hospitalisés, les hypnotiques sont souvent administrés même s'ils prédisposent à des effets secondaires. Un manque de connaissances sur le sommeil pourrait accroître la probabilité d'administration d'hypnotiques.

Objectifs : Vérifier l'effet d'une formation sur 1) les connaissances des infirmières concernant le sommeil des aînés; 2) le nombre d'hypnotiques administrés au besoin aux aînés hospitalisés.

Méthode : Les infirmières d'un centre hospitalier du Bas-St-Laurent ont participé à une formation sur le sommeil d'une durée de 3 heures. 1) Les connaissances ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire avant la formation, puis 3 mois après. Les différences de moyennes ont été calculées avec un test t pour échantillon apparié. 2) Le nombre de comprimés d'hypnotiques utilisés au besoin a été calculé parmi les aînés hospitalisés. Les moyennes de comprimés par jour d'hospitalisation ont été comparées 3 mois précédant la formation et 3 mois après.

Résultats : Les 59 infirmières ayant complété l'étude ont amélioré leur connaissance sur le sommeil des aînés de 23 % ($p = 0,009$). La moyenne de comprimés/jour a diminué de 0,47 à 0,15 après la formation ($p = 0,011$).

Conclusion : Les infirmières ont amélioré leurs connaissances et administrent moins d'hypnotiques après la formation. La formation a permis aux infirmières de mettre en application de nouvelles stratégies pour favoriser le sommeil.

7.6 Évaluation de la qualité des polypharmacies: protocole de recherche

Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D., Département des sciences infirmières, UQAR, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut national de santé publique du Québec; **Anissa Frini**, Ph. D., Unité départementale des sciences de la gestion, UQAR; **Anne-Marie Carreau-Boudreau**, candidate au Baccalauréat en sciences infirmières, Département des sciences infirmières, UQAR; **Winnie Teng**, candidate au PharmD, Faculté de pharmacie, Université Laval.

Introduction : La lourdeur du profil pharmacologique engendre des potentiels de conflits et de contre-indications entre certains médicaments et maladies. Il est souvent difficile de déterminer si une polypharmacie particulière est adéquate vu la multitude de critères conflictuels qui doivent être considérés simultanément. La littérature démontre que les méthodes d'analyse multicritère s'inscrivent de plus en plus dans la recherche en santé afin de résoudre des situations complexes, mais elles n'ont pas encore été utilisées pour la polypharmacie.

Objectif : Développer une approche utilisant les méthodes d'affectation multicritère pour tenter de départager la polypharmacie appropriée et inappropriée chez un individu souffrant d'insuffisance cardiaque, de diabète et d'hypertension artérielle.

Méthodes :

- 1) Revue de la littérature et consultation d'experts : nous avons révisé les lignes directrices de pratique clinique des trois maladies pour identifier les produits recommandés et contre-indiqués dans chacune des maladies. Les publications considérant les médicaments appropriés et inappropriés chez les aînés ont aussi été évaluées. Enfin, les interactions entre les médicaments considérés comme les plus importants cliniquement à partir de références reconnues ont été identifiées. Le processus e-Delphi sera effectué afin que les experts expriment leur opinion quant aux bénéfices ou aux effets néfastes que procurent chacun des médicaments (de très néfastes à très bénéfiques) pour l'individu souffrant des trois maladies. Un processus itératif de rétroactions aux participants sera réalisé afin de parvenir à un consensus (>70 % accord).
- 2) Évaluation des polypharmacies : nous appliquerons une méthode d'agrégation multicritère pour agréger les évaluations des experts sur chaque médicament pris individuellement et les interactions entre ces médicaments. Puis nous appliquerons une méthode d'affectation multicritère pour départager les polypharmacies en 3 catégories (appropriée, plus ou moins appropriée, non appropriée).
- 3) Validation avec la banque de données de l'INSPQ : nous comparerons les résultats de l'approche utilisée avec les conséquences observées chez les patients qui prennent (ou qui ont pris) la polypharmacie.

8 Remerciements

Le comité organisateur remercie chaleureusement tous les acteurs qui ont rendu possible la tenue du colloque et son succès. Ces remerciements s'adressent d'abord aux conférenciers, qui ont répondu énergiquement à l'appel et qui ont réalisé des exposés stimulants, engagés et inspirants. Le comité est également redevable à la soixantaine de personnes qui ont assisté à l'événement et qui ont participé avec enthousiasme aux discussions, enrichissant les échanges et le partage d'idées. On souhaite également mettre en évidence le travail phénoménal effectué par les nombreux étudiants, qui ont contribué à la mise en œuvre du colloque, à la présentation des affiches et veillé au bon déroulement des conférences en régie.

Le comité organisateur réitère sa gratitude envers l'UQAR et l'INSPQ d'avoir soutenu le projet, de l'idée originale jusqu'à sa réalisation et à la production des actes de colloque. Le support financier de l'UQAR, particulièrement du Doyen des études supérieures et de la recherche, monsieur Frédéric Deschenaux, puisqu'il a été une pierre d'assise incomparable pour l'événement. De plus, le soutien offert par le personnel technique et logistique de l'UQAR et de l'INSPQ a aussi été inestimable.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca