



ÉDITORIAL

L'USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS, C'EST L'AFFAIRE DE TOUS



Marc Desmarais



Lucie Robitaille

Au 31 mars 2009, les dépenses de la portion publique du régime général d'assurance médicaments ont atteint un montant de 3,7 milliards de dollars auquel s'ajoutent environ 600 millions de dollars dans les établissements de santé. Cela ne tient pas compte des régimes privés d'assurance collective et des médicaments en vente libre. Il importe donc de se préoccuper collectivement de bien utiliser les médicaments que l'on consomme.

C'est sa loi constitutive qui confère au Conseil du médicament la fonction de favoriser l'usage optimal des médicaments et c'est la *Politique du médicament* qui constitue son cadre d'action. À cette fin, le Conseil a défini l'usage optimal comme étant :

l'usage qui maximise les bienfaits et qui réduit 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.

Passons donc en revue les éléments de cette définition.

l'usage qui maximise les bienfaits et qui réduit les risques pour la santé de la population,

En premier lieu, le patient doit pouvoir bien exprimer son état ou ses symptômes pour permettre au médecin d'établir le bon diagnostic et de choisir le

meilleur traitement. Une bonne communication entre le patient et le médecin ne peut que contribuer à la réussite du traitement choisi. Le médicament doit pouvoir apporter des bénéfices en réponse à la pathologie ou aux symptômes observés, sans toutefois présenter des effets indésirables supérieurs aux bénéfices obtenus. Le patient doit aussi pouvoir observer et apprécier les effets découlant de la prise du médicament et communiquer correctement ces effets pour que son médecin puisse mieux ajuster le dosage ou apporter les changements requis s'il y a lieu. À la suite de l'élaboration de son plan de traitement, le patient accepte de s'engager au respect de celui-ci. La prise d'un médicament sous-tend un suivi approprié. Le pharmacien qui exécute l'ordonnance a aussi un rôle à exercer quant à la validation et au suivi à donner, soit : s'assurer que le patient suive la posologie convenue, qu'il adhère au traitement pour la durée déterminée ou qu'il s'entende avec le professionnel de la santé si le traitement doit être arrêté. Il doit aussi aborder la question des interactions possibles avec d'autres produits qui seraient consommés par la personne. Tous ces cas cliniques individuels s'additionnent pour constituer le volet populationnel exprimé dans la définition de l'usage optimal.

Dans ce numéro

Éditorial : L'usage optimal des médicaments, c'est l'affaire de tous.....	1
Le suivi des prix des produits inscrits à la <i>Liste de médicaments</i> du RGAM.....	3
Sur la route.....	3
Principales décisions du ministre, à la suite des recommandations du Conseil du médicament, concernant les listes de médicaments pour la mise à jour du 1 ^{er} juin 2010.....	4
L'usage des hypolipémiants chez les adultes québécois : étude de cohorte.....	6
Sur le Web.....	7
Le développement durable en 16 principes.....	8
Principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons.....	9
Saviez-vous que... ..	10
Question d'un lecteur.....	11
Prix Mérites du français.....	11



en tenant compte des diverses options possibles,

Bien que le médicament ait sa fonction préventive ou curative, il est possible que des solutions non pharmacologiques soient préférables pour traiter l'état ou les symptômes du patient. En effet, plusieurs problèmes mineurs se résolvent par une hygiène de vie, des habitudes de vie différentes ou simplement avec le temps. Dans certains cas, des options non pharmacologiques sont plus performantes et ne présentent pas d'effets indésirables. Avant d'envisager la prescription d'un médicament, le professionnel de la santé évalue ces options. Le médicament n'est pas toujours la première solution à retenir. En outre, si le médecin est appelé à choisir un produit parmi tous ceux disponibles, il évaluera lequel est le meilleur et le mieux adapté aux circonstances.

des coûts et des ressources disponibles,

Dans une perspective collective et publique, il importe de se préoccuper des coûts. Il est possible qu'un usage qui semble judicieux pour un patient en particulier ne le soit plus dans le contexte populationnel, parce qu'il ne répond pas à un usage raisonnable dans un contexte de ressources limitées. De façon générale, à efficacité égale ou supérieure et à effets indésirables égaux ou moindres, un médicament à moindre coût devrait normalement être retenu. Il est à noter, par ailleurs, que la valeur ajoutée d'un traitement pourrait justifier un coût additionnel.

des valeurs des patients et des valeurs sociales

Tant individuellement que collectivement, les valeurs s'expriment. Sur le plan personnel, toute personne peut avoir ses propres considérations. Ainsi, pour certains la qualité de vie est la considération prépondérante alors que pour d'autres, ce sera l'augmentation de la durée de vie. Certaines personnes pourront pour leur part opter pour ne pas recevoir un traitement si les effets indésirables sont trop incommodes. Reconnaître au patient le droit de participer aux décisions qui le concernent directement ne peut que favoriser son adhésion au traitement retenu. La prise en compte des valeurs des patients lors de l'élaboration de guides de pratique professionnelle constitue également une façon d'introduire cette notion dans la définition de l'usage optimal.

Collectivement et individuellement, la qualité de vie est une valeur à prendre en compte dans la mesure globale de l'effet d'un médicament.

Par ailleurs, la définition de l'usage optimal s'appuie sur un consensus scientifique et social favorisant une approche fondée sur les données probantes.

Il est à noter que les éléments de la définition de l'usage optimal du Conseil répondent aux choix de la société québécoise et qu'ils sont tout à fait cohérents avec les critères fixés par la Loi en ce qui a trait à l'inclusion des médicaments à la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, à savoir :

- la valeur thérapeutique puis, si elle est établie;
- la justesse du prix;
- le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament;
- les conséquences de l'inscription du médicament à la Liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé;
- l'opportunité de l'inscription du médicament à la Liste en regard de l'objet du régime général (l'objet du régime étant d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes).

Outre le patient, son médecin et le pharmacien exécutant l'ordonnance de médicaments, d'autres intervenants contribuent aussi à l'atteinte d'un usage optimal, soit :

- le personnel des établissements de santé, lorsque les médicaments y sont administrés;
- les ordres professionnels des médecins, des pharmaciens et du personnel infirmier, qui voient à la protection du public;
- les institutions d'enseignement spécialisées en sciences de la santé, qui préparent la relève des médecins, des pharmaciens et du personnel infirmier.

À ceux-ci s'ajoute évidemment le Conseil du médicament qui, notamment :

- réalise des activités de revue d'utilisation des médicaments ou en soutient la réalisation;

- propose des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et la dispensation des médicaments ou contribue au développement et à la mise en œuvre de telles stratégies, en collaboration avec les divers intervenants concernés, notamment les établissements de santé et de services sociaux, ou avec leur participation;
- formule aux divers intervenants concernés et aux professionnels de la santé, dans le respect de leurs responsabilités respectives, des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments;
- propose le développement et la mise en œuvre de stratégies d'information et de sensibilisation auprès de la population ou y contribue;
- voit à l'évaluation des problèmes liés à l'usage des médicaments et à la mise en place de mesures pour les prévenir et les corriger.

Viennent ensuite le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui est chargé d'élaborer la *Politique du médicament* et de voir à sa mise en œuvre, et qui coordonne les campagnes d'information sur le bon usage des médicaments, ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui administre le régime public d'assurance médicaments.

Mentionnons aussi les autres partenaires du Conseil, dont la Table de concertation du médicament, à laquelle participent les principales associations de professionnels de la santé, les ordres professionnels, ainsi que des représentants de l'industrie du médicament, des assureurs privés et des assurés.

Il y a lieu de préciser l'apport d'autres contributeurs :

- les fabricants, qui doivent notamment voir à mettre en marché des produits dont l'efficacité doit être clairement démontrée et à établir des monographies les plus complètes possibles;
- Santé Canada, qui régule l'industrie pharmaceutique notamment au regard des monographies, des indications reconnues et des exigences relatives à l'innocuité, à l'efficacité et à la qualité du produit.


Tous ont leur part de responsabilité dans l'usage optimal des médicaments et doivent exercer cette responsabilité avec toute la conscience requise: le patient, le médecin prescripteur ou le professionnel de la santé au dossier, le pharmacien, le personnel hospitalier (le cas échéant), les diverses associations, les organismes-conseils et les institutions d'enseignement spécialisées en sciences de la santé, les fabricants et l'organisme régulateur. Il appartient à chacun de faire sa part.

Le président,



Marc Desmarais, B. Pharm., D.P.H., M. Sc.

La directrice générale,



Lucie Robitaille, B. Pharm., M. Sc., D.A.P.

LE SUIVI DES PRIX DES PRODUITS INSCRITS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS DU RGAM

Le présent numéro fait état de la ronde d'indexation des prix des médicaments pour 2010, suivant les orientations de la Politique du médicament.

La mise à jour du 21 avril 2010

Des 64 fabricants ayant déposé une demande de hausse de prix pour avril 2010, 52 ont vu au moins une d'entre elles acceptée en avril. Cette mise à jour a donné lieu à des hausses de prix pour 702 produits, ce qui représente une diminution de 31 % par rapport à l'an dernier. Rappelons que pour cette mise à jour, seules les demandes conformes aux balises ont été acceptées. Les autres demandes, touchant au total 157 produits, ont alors été gardées à l'étude pour la mise à jour de juin 2010.

La mise à jour du 1^{er} juin 2010

Des demandes de hausse de prix demeurées à l'étude, celles relatives à 62 produits ont été acceptées en vue de la mise à jour du 1^{er} juin 2010. De ce nombre, 20 produits ont vu leur demande acceptée intégralement, 31 se voyaient assortis d'un prix maximum payable (PMP), 4 ont vu leur PMP déjà existant être maintenu et 7 ont vu leur hausse de prix devenir inopérante, car ils étaient autorisés à la méthode du prix le plus bas (PPB).

En ce sens, la Loi sur l'assurance médicaments permet au ministre de la Santé et des Services sociaux d'imposer un montant maximum pour un médicament dont

le paiement est couvert par le régime public. La Politique du médicament traduit cette disposition en introduisant le PMP. Cette mesure vise à limiter la responsabilité financière du régime public quant au remboursement du prix d'un médicament. En effet, l'écart entre le prix de vente garanti par le fabricant et le PMP est à la charge de l'assuré, sauf pour les clientèles exonérées du paiement de toute contribution. Il est à noter que le PMP ne s'applique pas aux régimes privés.

Le recours au mécanisme de PMP peut s'imposer aux produits pour lesquels la demande de hausse du prix de vente garanti excède les balises prévues. Il est également souvent appliqué lors de l'inscription de nouveaux produits génériques dont le prix soumis excède l'équivalent de 60 % ou 54 % du prix du médicament d'origine de référence, selon le nombre de génériques inscrits à la Liste.

Il importe aussi de souligner que les demandes de 15 fabricants concernant 94 produits ont dû être refusées en raison du non-respect du meilleur prix consenti à tout régime provincial d'assurance médicaments canadien. Ces produits demeureront donc inscrits à la Liste à leur prix actuel.

Finalement, un seul produit demeure à l'étude, concernant la possibilité d'imposer un PMP. Entre temps, ce produit reste inscrit à la Liste à son prix actuel.

Sur la route

Cette chronique fait état des activités publiques auxquelles le Conseil du médicament a participé et qui ont donné lieu à des présentations et à des rencontres avec des professionnels sur le terrain.

Activités réalisées

- **CAPT-ACTP, The Canadian Association for Population Therapeutics, du 28 au 30 mars 2010, au Four Seasons Hotel de Toronto.** Présentation d'un résumé de l'étude sur la prévalence de l'usage d'ordonnances potentiellement non appropriées (OPNA) chez les

ainés du Québec de 2000 à 2006 ainsi que de l'étude sur l'usage des hypolipémiants chez les adultes québécois, qui est présentée à la page 6.

- **Colloque 2010 du Réseau québécois de recherche sur l'usage des médicaments (RQRUM), les 18 et 19 mai 2010, à l'hôtel Château Laurier de Québec.** Un membre du Conseil a participé à l'évaluation des affiches présentées par les participants ainsi qu'à l'organisation de l'événement. De plus, le président du Conseil, M. Marc

Desmarais a fait une présentation sur le transfert des connaissances lors de ce colloque.

- **Ateliers sur l'utilisation optimale des IPP et des AINS, le 16 avril et le 21 mai 2010.** La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a réalisé, conjointement avec le Conseil du médicament, une nouvelle série d'ateliers interdisciplinaires sur l'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Principales décisions du ministre, à la suite des recommandations du Conseil du médicament, concernant les listes de médicaments pour la mise à jour du 1^{er} juin 2010¹

Liste de médicaments du régime général d'assurance médicaments (RGAM) et Liste de médicaments – Établissements seulement

Recommandations	Produits et indications
Ajout aux listes de médicaments	<p>*Doribax^{MC} : antibiotique de la classe des carbapénèmes – traitement de diverses infections.</p> <p>GlucaGen^{MC} et GlucaGen^{MC} Hypokit : glucagon recombinant humain – traitement des hypoglycémies sévères.</p> <p>*Nimotop^{MC} : inhibiteur calcique – usage chez les patients ayant subi une hémorragie sous-arachnoïdienne.</p> <p>*Thrive^{MC} : préparation de nicotine à libération immédiate sous forme de pastille – aide à la cessation du tabagisme.</p>
Ajout aux listes de médicaments – Médicaments d'exception	<p>*Adcirca^{MC} : inhibiteur sélectif de la phosphodiesterase 5 – traitement de l'hypertension pulmonaire.</p> <p>*Janumet^{MC} : association de sitagliptine et de metformine – traitement du diabète de type 2.</p> <p>*Omnitrope^{MC} : somatotropine – traitement du déficit en hormone de croissance chez l'enfant.</p> <p>*Onglyza^{MC} : antidiabétique de la classe des inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4) – traitement du diabète de type 2.</p> <p>*Rasilez-HCT^{MC} : association d'aliskirène et d'hydrochlorothiazide – traitement de l'hypertension artérielle.</p> <p>*Simponi^{MC} : inhibiteur du facteur de nécrose tumorale – traitement de l'arthrite psoriasique.</p>
Modification d'une indication reconnue par le Conseil – Médicaments d'exception	<p>*Prémélanges d'insulines Humalog Mix 25^{MC} et NovoMix 30^{MC} : prémélanges combinant une insuline à action rapide et une insuline à action intermédiaire – traitement des adultes atteints de diabète insulino-dépendant.</p> <p>*Remicade^{MC} : inhibiteur du facteur de nécrose tumorale – traitement de l'arthrite psoriasique.</p>
Avis de refus d'inscription ou d'ajout d'une indication reconnue par le Conseil – Valeur thérapeutique	<p>*Cayston^{MC} : antibiotique de la classe des monobactames – infections pulmonaires chroniques à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> chez des personnes atteintes de fibrose kystique.</p> <p>*Firmagon^{MC} : antagoniste sélectif du récepteur de la gonadolibérine (GnRH) – traitement du cancer avancé et hormono-dépendant de la prostate.</p> <p>*Lotemax^{MC} : corticostéroïde ophtalmique – traitement de l'inflammation postopératoire après une chirurgie de la cataracte.</p> <p>*Sensipar^{MC} : calcimimétique – traitement de l'hyperparathyroïdie primaire.</p>
Avis de refus d'inscription ou d'ajout d'une indication reconnue par le Conseil – Aspects économique et pharmacoéconomique	<p>*Abilify^{MC} : antipsychotique atypique – traitement de la schizophrénie.</p> <p>*Aclasta^{MC} : bisphosphonate – traitement et prévention de l'ostéoporose induite par les glucocorticoïdes.</p> <p>*Cayston^{MC} : antibiotique de la classe des monobactames – infections pulmonaires chroniques à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> chez des personnes atteintes de fibrose kystique allergiques à la tobramycine.</p> <p>*Isentress^{MC} : antirétroviral de la classe des inhibiteurs de l'intégrase – traitement de l'infection par le VIH-1.</p> <p>*Nplate^{MC} : agoniste du récepteur de la thrombopoïétine – traitement de deuxième intention du purpura thrombocytopénique immunitaire (PTI) chronique.</p>
Médicaments réévalués dont le statut n'a pas changé	<p>*Cimzia^{MC} : inhibiteur du facteur de nécrose tumorale – traitement de la polyarthrite rhumatoïde.</p> <p>*Ebixa^{MC} : antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate – traitement de la démence de type Alzheimer en association avec un inhibiteur de la cholinestérase.</p> <p>*Elaprase^{MC} : forme recombinante de l'enzyme humaine iduronate-2-sulfatase – enzymothérapie de remplacement chez les individus souffrant de la maladie de Hunter.</p> <p>*Metobject^{MC} : seringues jetables préremplies de méthotrexate – traitement de diverses maladies néoplasiques et maladies auto-immunes.</p> <p>*Simponi^{MC} : inhibiteur du facteur de nécrose tumorale – traitement de la polyarthrite rhumatoïde.</p> <p>*Simponi^{MC} : inhibiteur du facteur de nécrose tumorale – traitement de la spondylite ankylosante.</p> <p>*Soliris^{MC} : anticorps monoclonal – traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne dans le but de réduire l'hémolyse.</p> <p>*Zometa^{MC} : bisphosphonate – traitement des métastases osseuses consécutives à un adénocarcinome rénal.</p>
Médicaments qui demeurent à l'étude	<p>Cymbalta^{MC} : inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline – contrôle de la douleur associée à la fibromyalgie.</p>

* Les médicaments précédés d'un astérisque (*) font l'objet d'une *Capsule CdM*.

Liste de médicaments du RGAM seulement

Recommandations	Produits et indications
Ajout à la Liste de médicaments du RGAM	Chlorure de sodium^{MC} 5% : solution de chlorure de sodium à 5 % – en nébulisation chez les personnes atteintes de fibrose kystique pour favoriser l'élimination du mucus des voies respiratoires.
Ajout à la Liste de médicaments du RGAM - Médicament d'exception	* Lax-A-Day^{MC} : polyéthylène glycol – traitement de la constipation chronique liée à une condition médicale.
Avis de refus d'inscription ou d'ajout d'une indication reconnue par le Conseil – Aspects économique et pharmacoéconomique	Similac PM^{MC} 60/40 : formule nutritive – pour les nourrissons et enfants nécessitant un produit à faible teneur en minéraux.

* Les médicaments précédés d'un astérisque (*) font l'objet d'une *Capsule CdM*.

Liste de médicaments – Établissements seulement

Recommandations	Produits et indications
Ajout à la Liste de médicaments – Établissements	* Lax-A-Day^{MC} : polyéthylène glycol – traitement de la constipation chronique. * Pico-Salax^{MC} : agent purgatif salin – pour éliminer le contenu du côlon avant une chirurgie, un examen radiologique ou endoscopique.
Avis de refus d'inscription ou d'ajout d'une indication reconnue par le Conseil – Aspects économique et pharmacoéconomique	* Vidaza^{MC} : antinéoplasique analogue de la pyrimidine – traitement du syndrome myélodysplasique ou d'une leucémie myéloblastique aiguë.
Médicaments réévalués dont le statut n'a pas changé	* Alimta^{MC} : antinéoplasique, antagoniste des folates – traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique. * Avastin^{MC} : anticorps monoclonal humanisé recombinant – traitement combiné du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) non épidermoïde.

* Les médicaments précédés d'un astérisque (*) font l'objet d'une *Capsule CdM*.

1. Ce tableau ne comprend généralement pas les nouvelles teneurs de produits déjà inscrits, les pansements, les formules nutritives et les médicaments génériques évalués au moment de cette mise à jour.

Pour tout savoir sur l'évaluation des médicaments assurés au Québec, rendez-vous sur le site Web du Conseil du médicament.

Découvrez-y les médicaments à l'étude pour les listes d'octobre, les *Capsules CdM* de juin ainsi que nos tout nouveaux outils sur l'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

www.cdm.gouv.qc.ca

Le Conseil du médicament,
une référence scientifique
au bénéfice de la population québécoise



L'USAGE DES HYPOLIPÉMIANTS CHEZ LES ADULTES QUÉBÉCOIS : ÉTUDE DE COHORTE

Le Conseil du médicament a récemment publié une étude intitulée *L'usage des hypolipémiants chez les adultes québécois : étude de cohorte*. L'étude complète est accessible sur le site Web du Conseil du médicament dans la section *Études et analyses*.

Contexte et objectif

Au Canada, les maladies de l'appareil circulatoire sont celles qui sont responsables du plus grand nombre de décès chaque année. Chez les personnes atteintes d'une coronaropathie, d'athérosclérose des autres vaisseaux sanguins ou à risque élevé de coronaropathie, la réduction de la cholestérolémie sérique totale (ou cholestérol total [CT]) et, surtout, des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) par les médicaments de la classe des statines est associée à une réduction de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire ainsi que de la mortalité totale. De nombreuses études ont démontré l'insuffisance de traitement de la population présentant des dyslipidémies, notamment chez les patients à risque élevé de maladie cardiovasculaire (MCV). Parallèlement, un bon nombre de personnes seraient traitées avec des statines malgré le fait qu'elles ne soient pas à haut risque de MCV et que les bénéfices escomptés (diminution de la mortalité et des événements cardiovasculaires) et l'efficacité soient moindres chez ces personnes.

Le Conseil du médicament, qui a notamment pour mandat d'effectuer un suivi de l'usage des médicaments, est préoccupé par l'usage des hypolipémiants, autant par une sous-utilisation probable chez les personnes à risque élevé de MCV que par une utilisation potentiellement non optimale chez les personnes à risque faible ou modéré. C'est d'ailleurs une préoccupation qui a été soulevée par la Table de concertation du médicament. À la suite de l'avis de la Table, le Conseil du médicament en a fait un thème de travail prioritaire. L'objectif de l'étude était de dresser un portrait de l'usage des hypolipémiants par les adultes couverts par le régime public d'assurance médicaments au cours des cinq dernières années, soit du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008.

Méthodologie

Une étude rétrospective de cohorte longitudinale a été menée à partir des banques de données administrées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La population à l'étude comprenait, pour chacune des années visées, tous les adultes de 18 ans ou plus assurés par le régime public d'assurance médicaments de façon continue au cours de l'année. Parmi la population à l'étude, les personnes ayant reçu au moins une ordonnance pour un hypolipémiant ont été identifiées pour chacune des années allant de 2004 à 2008. Celles considérées

comme étant à risque élevé de maladie cardiovasculaire présentaient des antécédents de maladie vasculaire athérosclérotique (MVA) ou de diabète de type I ou II, selon l'information disponible à partir des données sur les services médicaux et pharmaceutiques rendus. Les nouveaux utilisateurs et leurs traitements ont également été décrits. Des prévalences d'usage des hypolipémiants ont été calculées pour chacune des années en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie d'assuré et du risque cardiovasculaire des personnes.

Principaux constats

La présente étude nous a permis de dresser un portrait de l'usage des hypolipémiants au Québec. On remarque que, de 2004 à 2008, l'usage de ces produits a augmenté de façon constante surtout chez les personnes âgées. Toutefois, contrairement à ce à quoi l'on pouvait s'attendre, l'augmentation ne s'est pas faite de façon plus marquée dans les groupes de personnes à risque élevé de MCV. Les résultats laissent croire que de plus en plus de personnes à risque faible ou modéré sont traitées à l'aide d'hypolipémiants, tandis que celles considérées comme étant à risque élevé ne sont souvent pas traitées. Alors que seulement 52,5% des adultes à risque élevé recevaient des hypolipémiants en 2004, cette prévalence est passée à 62,9% en 2008, ce qui représente une augmentation

intégrité transparence impartialité rigueur
transparence impartialité rigueur intégrité
impartialité rigueur intégrité transparence
rigueur intégrité transparence impartialité
intégrité transparence impartialité rigueur
transparence impartialité rigueur intégrité
impartialité rigueur intégrité transparence
rigueur intégrité transparence impartialité
intégrité transparence impartialité rigueur
transparence impartialité rigueur intégrité
impartialité rigueur intégrité transparence
rigueur intégrité transparence impartialité
intégrité transparence impartialité rigueur
transparence impartialité rigueur intégrité



Conseil du médicament

*Une référence scientifique au bénéfice
de la population québécoise*

relative de 19,8% par rapport à celle de 18,5% constatée chez les adultes québécois ayant un risque de faible à modéré de MCV. Chez les nouveaux utilisateurs d'hypolipémiants, on observe que la proportion de ceux inclus dans la catégorie de risque élevé de MCV était de moins en moins grande, se situant à 46,1% en 2004 comparativement à 40,8% en 2008, alors que la proportion de personnes à risque élevé dans la population générale est assez stable dans le temps, s'établissant à environ 30%. Il faut par ailleurs souligner que la principale limite de cette étude tient au fait que le risque de maladie cardiovasculaire a été évalué à partir de banques de données administratives.

Conclusion

Il semble qu'encore plusieurs personnes à risque élevé de MCV pourraient profiter d'une thérapie aux hypolipémiants, mais que pour différentes raisons, elles ne seraient pas traitées. Par ailleurs, l'usage des hypolipémiants chez les personnes considérées à risque faible ou modéré semble plus important que ce qui serait souhaité, et ce, particulièrement chez les personnes âgées. Cet usage pourrait toutefois être justifié étant donné que les données utilisées n'incluaient pas les renseignements cliniques tels que les valeurs lipidiques. Il serait pertinent de mener des études plus poussées sur l'usage des hypolipémiants dans la population québécoise afin de déterminer, pour les personnes à risque faible ou modéré de MCV, si l'usage des hypolipémiants est toujours justifié et, chez les personnes à risque élevé, les raisons qui pourraient faire obstacle à leur usage, afin de proposer la mise en place des interventions adaptées aux problématiques identifiées. **Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter l'étude sur notre site Web.**

Sur le Web

Cet hiver, le Conseil du médicament a été très actif et a publié plusieurs nouveautés sur son site Web. Les voici :

- Deux nouveaux outils d'usage optimal des médicaments ont été mis en ligne, soit l'algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Pour en savoir davantage sur l'usage des AINS et des IPP, inscrivez-vous aux ateliers de formation ayant lieu le 1^{er} octobre à Montréal et le 29 octobre à Québec. Tous les détails concernant ces ateliers sont disponibles sur le site Web.
- La première série des guides cliniques en antibiothérapie, qui avait été revue à l'automne dernier, a subi quelques modifications. Vous pouvez prendre

connaissance de ces modifications dans la page *Guides cliniques en antibiothérapie* de la section *Usage optimal des médicaments*.

- De plus, le Conseil a publié une nouvelle étude portant sur l'usage des hypolipémiants au Québec, qui est présentée à la page précédente. Vous trouverez celle-ci dans la section *Études et analyses* du site.
- Dans un esprit écologique, les *Capsules CdM* sont maintenant uniquement disponibles en version électronique. Remplissez le formulaire en ligne pour vous abonner et les recevoir par courrier électronique dès leur sortie.

Merci de visiter notre site Web en si grand nombre!



LE DÉVELOPPEMENT DURABLE EN 16 PRINCIPES

Saviez-vous que...

Le Québec figure parmi les rares entités politiques dans le monde dont quelques états américains, le Manitoba, le Luxembourg et la Belgique, à s'être donné une législation portant spécifiquement sur le développement durable.

Comme nous l'avons abordé dans l'éditorial du *CdM Express* de juin 2009, le Conseil du médicament a amorcé une démarche structurée afin d'informer et de sensibiliser ses divers partenaires sur son plan d'action de développement durable 2009-2013. Par la suite, le Conseil a élaboré son plan de communication, qui prend en compte les six objectifs organisationnels qu'il s'est fixés et qui fait état des actions qu'il posera afin de sensibiliser ses différents publics, dont les professionnels de la santé.

Objectifs organisationnels

- 1- Faire connaître à la permanence du Conseil du médicament la Loi sur le développement durable, ses 16 principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable.
- 2- Faire connaître aux membres du Conseil du médicament et aux membres de ses comités permanents la Loi sur le développement durable, ses 16 principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable.
- 3- Faire connaître aux partenaires du Conseil du médicament et au public la démarche gouvernementale de développement durable.
- 4- À compter de 2011, intéresser le personnel de la permanence du Conseil du médicament à la mise en œuvre et à l'élargissement de sa démarche de développement durable.
- 5- Contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé par la prise en compte des principes de développement durable lors de la rédaction d'avis et de guides.
- 6- Contribuer à des mesures ou à des activités pour favoriser l'atteinte des objectifs nationaux de gestion environnementale.

Bien qu'un plan d'action soit à la base de l'établissement d'une culture de développement durable au sein d'un organisme, une série de gestes doit être mise en place afin de répondre adéquatement aux objectifs fixés. Ceux-ci doivent être en lien avec la mission et la vision de l'organisation.

La Loi sur le développement durable définit 16 principes qui doivent être pris en compte par les divers ministères et organismes dans l'exercice de leurs pouvoirs et responsabilités. Ces principes doivent orienter les décisions stratégiques, qui sont prises tout en respectant le mandat de l'organisme. Nous vous présentons ces principes ainsi que des exemples généraux de leur champ d'intervention.

Principe	Exemple
Santé et qualité de vie	Développer des programmes d'aide aux employés connaissant des difficultés personnelles
Équité et solidarité sociales	Intégrer l'équité et la solidarité sociale dans les énoncés de missions et de valeurs des organisations
Protection de l'environnement	Adopter un plan de réduction des rejets de polluants et contaminants engendrés par l'action
Efficacité économique	Intégrer des analyses coûts/bénéfices des paramètres environnementaux
Participation et engagement	Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information
Accès au savoir	Sensibiliser le personnel par l'entremise de capsules, d'activités ou de conférences
Subsidiarité	Promouvoir une approche de gestion axée sur l'autonomie et la transparence
Partenariat et coopération intergouvernementale	Développer une approche commune entre les gouvernements confrontés à de mêmes sujets visés par l'action
Prévention	Développer et mettre en œuvre des stratégies ou des gestes préventifs efficaces
Précaution	Développer des mécanismes permettant d'informer la population
Protection du patrimoine culturel	Créer des mécanismes qui permettent d'intégrer les savoirs traditionnels ou locaux au moment de la caractérisation des sites ou éléments patrimoniaux d'intérêts
Préservation de la biodiversité	Instaurer des critères de préservation de la biodiversité
Respect de la capacité de support des écosystèmes	Rendre disponibles les connaissances et les actions sur les écosystèmes
Production et consommation responsables	Appliquer une politique de priorité aux produits et services locaux
Pollueur payeur	Mettre en place des mesures de réduction de la pollution
Internalisation des coûts	Réaliser une analyse de cycle de vie

Ces exemples sont présentés à titre indicatif seulement et doivent être adaptés selon le contexte de chaque organisation.

Le Conseil a déjà quelques réalisations à son actif. Le plan d'action a été présenté à l'occasion d'une rencontre avec le personnel au printemps 2009. Nous avons également instauré une boîte à suggestions virtuelle afin que les membres du Conseil puissent y présenter leurs idées et leurs commentaires dans l'objectif de la bonification de la démarche de développement durable. De plus, le Conseil tient de plus en plus de rencontres par visioconférence afin de diminuer les déplacements inutiles. Ce ne sont là que quelques principes qui se trouvent dans notre plan d'action. Le Conseil est sur la bonne voie. Il lui reste toutefois à bonifier sa démarche afin que ces principes fassent partie intégrante de ses décisions.

PRINCIPES D'USAGE OPTIMAL DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS ET MESSAGES-CLÉS 2010

Le Conseil du médicament a procédé à la mise à jour des critères d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), élaborés en 2002 à la suite de la publication du rapport intitulé *Evidence for PPI use in Gastroesophageal Reflux Disease, Dyspepsia and Peptic Ulcer Disease* produit par l'Agence canadienne sur les médicaments et les technologies de la santé (ACMTS). Cette mise à jour a permis de concevoir un document intitulé *Principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons 2010*. Contrairement aux critères d'usage optimal élaborés en 2002, les nouveaux principes comportent une section concernant l'aspect pharmacoéconomique en lien avec l'usage des IPP.

Les principes sont illustrés sous forme de tableaux traitant de l'usage des IPP dans la prise en charge de la dyspepsie non explorée avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-œsophagien (RGO); de la dyspepsie non explorée liée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'acide acétylsalicylique (AAS); de la dyspepsie explorée sans prédominance de symptômes de RGO ainsi que dans les manifestations extradiigestives atypiques.

Les *Principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons 2010*, disponibles sur le site Web du Conseil depuis le 31 mars, ont servi de toile de fond pour l'élaboration du contenu d'ateliers

développés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Les premiers ateliers ont eu lieu en avril et en mai, et deux autres journées de formation sont prévues pour l'automne, soit le 1^{er} octobre à Montréal et le 29 octobre à Québec. Nous espérons vous y rencontrer en grand nombre. Pour davantage d'information concernant ces ateliers, visitez le site Web du Conseil au www.cdm.gouv.qc.ca.

Vous trouverez, joint à votre bulletin *CdM Express*, un encart contenant les messages-clés tirés des *Principes d'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons 2010*.

Invitation à tous: ateliers interactifs

Intéressé par l'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)? Le Conseil du médicament et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) invitent les pharmaciens, les médecins omnipraticiens et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne à des ateliers interdisciplinaires et interactifs présentant les données probantes en la matière.

Inscrivez-vous dès maintenant à l'une des journées de formation offertes à Montréal le 1^{er} octobre 2010 ou à Québec le 29 octobre 2010!

Consultez le site Web du Conseil au www.cdm.gouv.qc.ca ou encore celui de la FMOQ au www.fmoq.org pour tout savoir sur les ateliers IPP et AINS et pour vous y inscrire.



Conseil
du médicament

Québec

SAVIEZ-VOUS QUE...

En octobre 2000, les médicaments utilisés comme aides à la cessation du tabagisme ont été inscrits sur la liste des médicaments couverts par le régime général. Le Conseil consultatif de pharmacologie, l'ancêtre du Conseil du médicament, en était alors arrivé à la conclusion qu'il existait des données probantes permettant de conclure que les aides pharmacologiques à la cessation du tabagisme sont efficaces dans le cadre d'une stratégie visant l'abandon du tabac.

Depuis, une enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, effectuée par Santé Canada, a révélé une diminution de la proportion de fumeurs au Québec, qui est passée de 30 % en 1999 à 19 % en 2008. En parallèle, les données du régime public d'assurance médica-

ments (RPAM) indiquent qu'un peu plus de 88 000 personnes ont eu recours aux aides pharmacologiques à la cessation du tabagisme en 2009.

De plus...

- On a constaté une augmentation de 12 % du nombre total d'utilisateurs d'aides pharmacologiques à la cessation du tabagisme de 2005 à 2009. Le coût annuel de la thérapie est passé de 9,5 à 12,3 millions de dollars durant cette période.
- En 2009, dans le groupe d'âge de 0 à 19 ans, on a compté 28 personnes par 10 000 inscrits au RPAM qui ont utilisé au moins une fois dans l'année une des aides pharmacologiques à la cessation du tabagisme (figure 1). Dans

le groupe d'âge de 20 à 24 ans, on a compté 196 utilisateurs et, dans le groupe d'âge de 25 ans et plus, on a compté 299 utilisateurs.

- À l'exception de 2008, le timbre de nicotine est l'aide pharmacologique la plus utilisée de 2005 à 2009 (figure 2).

Notons finalement que les médicaments remboursés dans le cadre du programme de cessation du tabagisme sont les comprimés de Champix^{MC} (varénicline) et de Zyban^{MC} (bupropion), les timbres de nicotine Habitrol^{MC} et Nicoderm^{MC}, la gomme à mâcher Thrive^{MC}, Nicorette^{MC} et Nicorette Plus^{MC} ainsi qu'un ajout à liste de juin 2010 : les pastilles Thrive^{MC}.

Selon certaines conditions, la durée de remboursement d'un traitement antitabagique est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois. De plus, à compter de juin 2010, la quantité totale de gommes à mâcher ou de pastilles remboursées durant ces 12 semaines est limitée à 840 unités, toutes formes confondues.

Figure 1 : Nombre d'utilisateurs d'aides pharmacologiques à la cessation du tabagisme par 10 000 inscrits au RPAM, de 2005 à 2009, selon les groupes d'âge

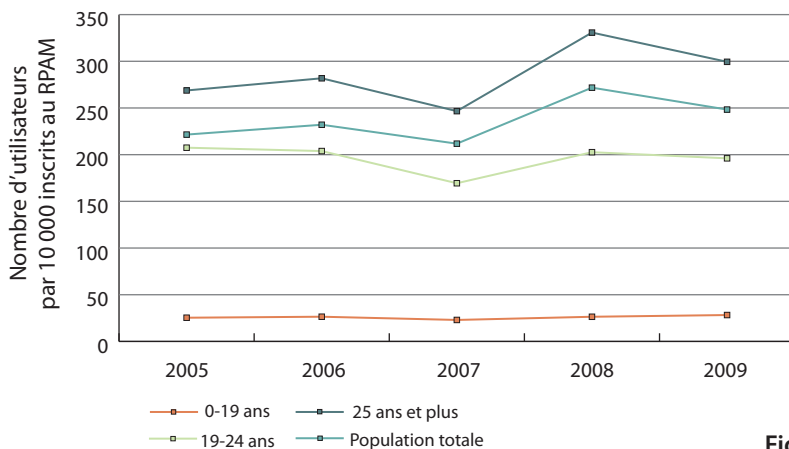
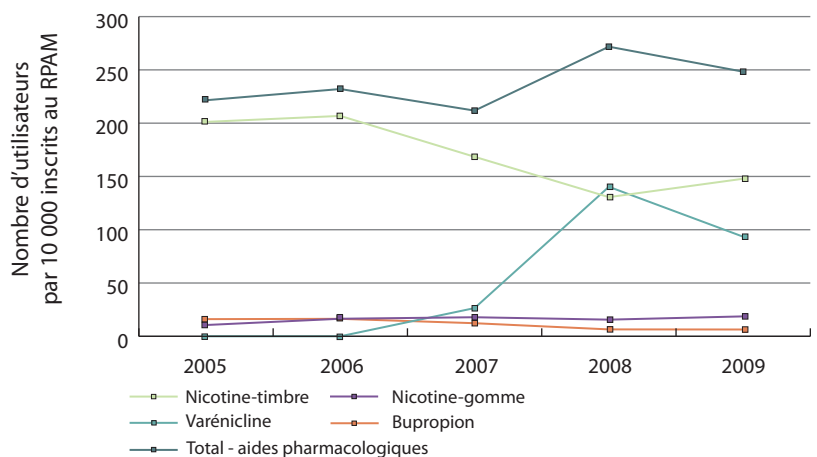


Figure 2 : Nombre d'utilisateurs d'aides pharmacologiques à la cessation du tabagisme par 10 000 inscrits au RPAM, de 2005 à 2009, selon les diverses préparations



QUESTION D'UN LECTEUR

Qu'est-ce qu'un PBU ?

Les produits biologiques ultérieurs (PBU) représentent une nouvelle classe de médicaments, émergeant depuis quelques années à l'échelle mondiale, et ce, en raison de l'expiration des brevets des produits biologiques innovants. Au pays, le premier PBU a été homologué par Santé Canada en septembre 2009. Il s'agit d'Omnitrope^{MC}, une hormone de croissance, la somatropine, commercialisée par Sandoz.

Les produits biologiques sont des médicaments issus d'organismes vivants, dont la structure est beaucoup plus élaborée que celle des molécules chimiques. Ainsi, afin de les caractériser, le processus manufacturier est complexe et il comprend plusieurs étapes de fabrication. En effet, leurs molécules tendent à varier davantage que celles des médicaments synthétisés par voie chimique. Des caractéristiques physico-chimiques sont déterminées, mais toute activité

d'un produit biologique est établie grâce à des données cliniques.

La biosimilarité des PBU

Les PBU sont définis ainsi par Santé Canada dans son document publié en mars 2010 intitulé Lignes directrices à l'intention des promoteurs :

« Médicament biologique faisant son entrée sur le marché après une version dont la vente est autorisée au Canada, et dont la similarité a été établie avec un médicament biologique de référence. L'autorisation d'un PBU se fonde en partie sur des données d'innocuité et d'efficacité préexistantes que l'on jugerait pertinentes en raison d'une similarité établie avec un médicament biologique de référence et qui exerceraient une influence sur la quantité et le genre de données originales requises ». Ainsi, Santé Canada exige la démonstration de la similarité, dont découlent ces conséquences :

- les connaissances actuelles sur les deux produits sont suffisantes pour prédire que toute différence sur le plan des attributs de qualité ne devrait avoir aucun effet négatif sur l'innocuité ou l'efficacité du PBU ;
- les données provenant d'études cliniques et non cliniques menées précédemment sur le médicament biologique de référence s'appliquent également au PBU.

Pour qu'un produit de référence soit retenu, les données doivent être suffisantes et ne doivent pas comporter d'éléments controversés (quant à l'innocuité ou autre). L'utilisation d'un produit biologique de référence permet d'utiliser les connaissances cumulées et de regrouper les données cliniques afin de réduire le nombre de sujets à enrôler dans de nouveaux essais. En outre, une fois que la biosimilarité est établie par Santé Canada, le PBU est considéré comme un médicament biologique propre et non comme un médicament générique.

Prix Mérites du français

C'est avec plaisir que nous vous annonçons que le Conseil a remporté le prix Mérites du français dans les TI offert par l'Office québécois de la langue française (OQLF) pour son site Web, lors de la Soirée Mérites et Francopub 2010, qui a eu lieu le 24 mars au Centre des sciences de Montréal.

Lors de cette soirée organisée par l'OQLF, des entreprises, ministères, municipalités, organismes et concepteurs-rédacteurs-annonceurs ont été récompensés pour les efforts qu'ils consacrent à faire rayonner le français dans leur milieu de travail, dans les services offerts au public et dans la publicité. L'OQLF nous a décerné ce prix dans la catégorie *Site Internet - Petite et moyenne organisation*.

De plus, tous les gagnants des Mérites sont automatiquement finalistes pour l'OCTAS du français dans les technologies de l'information 2010. Le gala des OCTAS s'est tenu le 29 mai, à Québec. Au moment d'écrire ces lignes, le gala n'a pas encore eu lieu. Nous vous tiendrons

donc en haleine jusqu'au prochain numéro quant à l'issue du concours.

Nous tenons à souligner les efforts de tout le personnel du Conseil, qui accorde une importance particulière à la qualité de la langue française dans son travail.

De plus, nous félicitons spécialement Maggie Charest-Poulin, responsable et maître d'œuvre de la refonte du site Web du Conseil l'automne dernier.



M^{me} Lisette Charland, conseillère en francisation, Office québécois de la langue française, M. Patrice-Guy Martin, président-directeur général, Réseau ACTION TI, M^{mes} Maggie Charest-Poulin et Kim Tardif, conseillères en communication, Conseil du médicament et M^{me} Nicole Martel, présidente-directrice générale, Association québécoise des technologies

Membres du Conseil du médicament

Marc Desmarais, B. Pharm., D.P.H., M. Sc.,
président

Danielle Pilon, M.D., FRCPC, M. Sc.,
interniste, pharmacologue clinicienne,
vice-présidente

Régis Blais, Ph. D.

Nathalie Champoux, M.D., M. Sc.

Hubert Doucet, Ph. D.

Bernard Keating, Ph. D.

Lise Lamothe, Ph. D.

Claudine Laurier, B. Pharm., Ph. D.

Lise Matte, B. Pharm., M. Sc.

Réginald Nadeau, M.D., FRCPC, cardiologue

Lucie Robitaille, B. Pharm., M. Sc., D.A.P.,
directrice générale

Stéphane Roux, B. Pharm., M. Sc.

Jeannine Tellier-Cormier, professeure
en soins infirmiers à la retraite

Membres du Comité scientifique de l'inscription

Stéphane P. Ahern, M.D., FRCPC, CSPQ,
Ph. D., interniste-intensiviste, président

Mathieu Bernier, M.D., FRCPC, cardiologue

Michel Cauchon, M.D., médecin de famille

Martin Darveau, B. Pharm., M. Sc.

Marc Desmarais, B. Pharm., D.P.H., M. Sc.

Jean Lachaine, B. Pharm., Ph. D.,
pharmacoéconomiste

Richard Lalonde, M.D., FRCPC, CSPQ,
interniste-infectiologue

Carole Marcotte, B. Pharm., directrice
de la Direction scientifique de l'inscription

Jacques Morin, M.D., FRCPC, gériatre

Marc Parent, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., BCPS

Danielle Pilon, M.D., FRCPC, M. Sc.,
interniste, pharmacologue clinicienne

Stéphane Roux, B. Pharm., M. Sc.

Membres du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal

Claudine Laurier, B. Pharm., Ph. D., présidente

Régis Blais, Ph. D.

Céline Dupont, B. Pharm., M. Sc.

Sonia Lantin, B. Pharm., directrice de la
Direction scientifique du suivi et de
l'usage optimal

Maurice St-Laurent, M.D., FRCPC, gériatre

Jeannine Tellier-Cormier, professeure
en soins infirmiers à la retraite

Le bulletin Cdm Express est publié par :

Conseil du médicament
1195, avenue Lavigerie, bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 644-8103
Télécopieur : 418 644-8120
Courriel : cdm@cdm.gouv.qc.ca
Site Web : www.cdm.gouv.qc.ca

Comité éditorial

Simon Bélanger, Kasandra Gauthier,
Olivia Jacques, Joëlle Mimeault
et Marie-Josée Pelletier

Coordination

Olivia Jacques et Marie-Josée Pelletier

Rédaction

Julien Baril, Simon Bélanger, Maggie
Charest-Poulin, Robert Cloutier, Nicole
Daoust, Sylvie Desgagnés, Anne Fortin,
Kasandra Gauthier, Andrée Hurtubise,
Olivia Jacques, Cédric Jehanno, Alain
Prémont et Éric Tremblay

Révision linguistique

Conseil du médicament

Conception graphique et édition électronique

Kim Tardif

Impression

K2 Impressions

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

© Gouvernement du Québec

La reproduction intégrale du présent
bulletin à des fins non commerciales est
autorisée à condition que la source soit
dûment mentionnée.

Afin de faciliter la lecture du texte, le
masculin est utilisé pour désigner à la
fois les femmes et les hommes.

ISSN 1710-5765 (version imprimée)
ISSN 1710-5773 (version électronique)

Conseil
du médicament

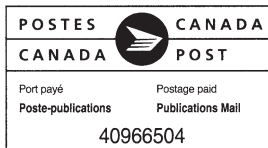
Québec 

Note : Le Conseil du médicament utilise les listes d'adresses du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Veuillez donc faire connaître tout changement d'adresse à votre ordre professionnel.

Conseil
du médicament

Québec 

1195, avenue Lavigerie, bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3



Abonnez-vous à nos CyberCapsules

CyberCapsules est un service automatisé
d'abonnement à la liste d'envoi du Conseil
du médicament. Consultez le site Web du
Conseil à l'adresse suivante :

www.cdm.gouv.qc.ca

Inscrivez-vous afin de recevoir réguliè-
rement, par courriel, des messages vous
informant des nouveautés.