



**Transfert d'Advair^{MC} et de
Symbicort^{MC} à la section des
médicaments d'exception :
répercussions sur les services
de santé d'urgence**

Janvier 2009

Conseil du médicament



**Transfert d'Advair^{MC} et de
Symbicort^{MC} à la section des
médicaments d'exception :
répercussions sur les services
de santé d'urgence**

Janvier 2009

Conseil du
médicament

Édition

Conseil du médicament

Traitement informatique

Dominic Lavoie, B. Sc. A.

Analyse et rédaction

Michel Gaudet, M. Sc., biostatisticien - recherche

Line Guénette, Ph. D, pharmacienne

Révision scientifique

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

Révision linguistique

Les Publications du Québec

Conception graphique de la couverture

Centre de services partagés du Québec

Tout renseignement sur le présent rapport peut être obtenu en communiquant avec le Conseil du médicament. On peut obtenir ce document en version électronique à partir du site Internet du Conseil.

Conseil du médicament

Édifice Iberville I, 1^{er} étage, bureau 100

1195, avenue Lavigerie

Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 644-8103

Télécopieur : 418 644-8120

Courriel : cdm@cdm.gouv.qc.ca

Site Internet : www.cdm.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN 978-2-550-54555-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-54556-9 (version PDF)

Reproduction intégrale ou partielle autorisée à condition que la source soit citée.

© Gouvernement du Québec, 2009

MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DU SUIVI ET DE L'USAGE OPTIMAL

Claudine Laurier, Ph. D., pharmacienne, présidente

Régis Blais, Ph. D.

Céline Dupont, M. Sc., pharmacienne

Diane Lamarre, M. Sc., pharmacienne

Sonia Lantin, pharmacienne, directrice, Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal

Maurice St-Laurent, M.D., FRCP(C), gériatre

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

MEMBRES DU CONSEIL DU MÉDICAMENT

Marc Desmarais, D.P.H., M. Sc., pharmacien, président

Danielle Pilon, M.D., FRCP(C), M. Sc., interniste, pharmacologue clinique, vice-présidente

Régis Blais, Ph. D.

Nathalie Champoux, M.D.

Julie A. Couture, M.D., FRCP(C), M. Sc., gériatre, pharmacologue clinique

Hubert Doucet, Ph. D.

Bernard Keating, Ph. D.

Diane Lamarre, M. Sc., pharmacienne

Lise Lamothe, Ph. D.

Claudine Laurier, Ph. D., pharmacienne

Lise Matte, M. Sc., pharmacienne

Réginald Nadeau, M.D., FRCP(C), cardiologue

Lucie Robitaille, M. Sc., D.A.P., pharmacienne, directrice générale

Stéphane Roux, M. Sc., pharmacien

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION	9
1. OBJECTIFS	11
2. MÉTHODOLOGIE	13
2.1. Devis et source des données	13
2.2. Population à l'étude	13
2.3. Variables d'évaluation des répercussions du transfert sur les paramètres de santé	14
2.4. Covariables	14
2.5. Analyse des données	14
3. RÉSULTATS	15
4. DISCUSSION	19
5. CONCLUSION	21
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	23

RÉSUMÉ

Depuis le transfert d'Advair^{MC} et de Symbicort^{MC} à la section des médicaments d'exception, en octobre 2003, des inquiétudes ont été soulevées selon lesquelles les personnes asthmatiques auraient été privées de traitements efficaces en raison de la lourdeur administrative associée aux demandes d'autorisation de ces médicaments. Cela aurait possiblement entraîné des conséquences sur la santé de ces personnes. Afin de répondre à ces préoccupations, le Conseil du médicament a mené la présente étude qui avait comme objectif d'évaluer les répercussions du transfert de ces médicaments sur les consultations à l'urgence et les hospitalisations liées à l'asthme.

Une étude de cohorte rétrospective a été menée à partir des banques de données administrées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Tous les bénéficiaires de l'assurance maladie âgés de 6 à 44 ans et qui ont reçu un nouveau diagnostic d'asthme entre le 1^{er} octobre 2001 et le 30 septembre 2003 (période de prétransfert) ou entre le 1^{er} octobre 2003 et le 30 septembre 2005 (période de post-transfert) ont été inclus. Pour chacune des périodes, les personnes ont été réparties en deux groupes, selon le type d'assurance médicaments duquel elles relevaient (régime public, personnes exposées au transfert, et assurance privée, personnes non exposées au transfert). Une régression de Cox a permis d'évaluer, pour chacun des groupes, le risque relatif d'une première hospitalisation ou d'une première consultation à l'urgence liées à l'asthme entre les périodes.

Le risque d'une première hospitalisation ou d'une première consultation à l'urgence liées à l'asthme est demeuré inchangé à la suite du transfert de section, et ce, parmi les 47 579 personnes assurées au public et les 93 177 assurées au privé. De plus, la modification du risque de la période de prétransfert à la période de post-transfert entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative.

Les résultats indiquent que le transfert de ces médicaments à la section des médicaments d'exception n'a pas eu de répercussions significatives sur la santé des personnes souffrant d'asthme.

INTRODUCTION

L'asthme est une maladie chronique très répandue chez les enfants et les adultes de moins de 45 ans. Dans une étude épidémiologique menée dans six régions du Canada en 1993 et 1994, de 4,4 à 9,5 % des personnes de 20 à 44 ans, selon la région, ont rapporté avoir eu une crise d'asthme au cours de l'année précédente¹. Au Québec, en 2001, la proportion de personnes ayant eu une visite médicale liée à au moins un diagnostic d'asthme était de 3,4 % chez les 5 à 44 ans². Malgré les améliorations récentes des connaissances sur l'asthme et son traitement, environ 76 % des asthmatiques canadiens ont un asthme qui serait mal maîtrisé³. L'asthme mal maîtrisé affecte la qualité de vie des individus et a des répercussions économiques importantes, notamment en ce qui concerne l'utilisation des services de santé et la diminution de la productivité⁴.

Pour obtenir une maîtrise adéquate de la maladie de façon à réduire ses conséquences, le traitement de la personne repose sur l'évitement des facteurs déclenchants (irritants, allergènes, infections virales), le maintien du calibre optimal des voies aériennes et la diminution de l'inflammation à l'aide de médicaments⁵. Toutefois, l'étude publiée en 2001 par le Comité de revue d'utilisation des médicaments a bien démontré que l'usage des médicaments contre l'asthme n'est pas optimal au Québec⁶. On y rapportait plusieurs problèmes, dont trois principaux : une surutilisation des bêta-2 agonistes à courte durée d'action, une sous-utilisation des corticostéroïdes inhalés (CSI) et une mauvaise utilisation des bronchodilatateurs à longue durée d'action (BDLA)⁶. Une mise à jour de cette revue publiée en 2003 a permis de constater que, malgré une certaine amélioration dans l'usage de ces médicaments, des problèmes sont encore présents et que s'y ajoute une utilisation non optimale des antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARL) et des produits combinant CSI et BDLA⁷. Les données de 2003 indiquent que plus de la moitié des produits de combinaison CSI/ BDLA étaient donnés à titre de traitement initial de l'asthme. Cela allait à l'encontre des lignes directrices canadiennes en vigueur à ce moment et qui préconisaient son utilisation dans l'asthme modéré à sévère (donc généralement après un traitement aux CSI seuls).

Des mesures ont été instaurées afin de limiter cette utilisation non optimale, notamment le transfert de ces produits à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments* publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en octobre 2003, pour les patients nouvellement traités assurés par le régime public d'assurance médicaments. Depuis, le critère pour que le médicament soit couvert est le suivant : « pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation ». Une analyse effectuée en novembre 2005 par le Conseil du médicament révèle qu'à la suite de ce changement dans les méthodes de paiement une diminution du nombre d'utilisateurs des produits combinés s'est produite pour enfin se stabiliser. Parallèlement à cette diminution, le nombre d'utilisateurs des produits représentant les composantes chimiques de ces combinaisons a pour sa part augmenté.

Par ailleurs, à la suite du transfert des produits combinés Advair^{MC} et Symbicort^{MC} de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments* en octobre 2003, des inquiétudes ont été soulevées selon lesquelles les patients asthmatiques auraient été privés de traitements efficaces en raison de la lourdeur administrative associée aux demandes d'autorisation de ces médicaments. Cela aurait possiblement entraîné des conséquences sur la santé de ces personnes. Afin de répondre à ces préoccupations, le Conseil du médicament a mené la présente étude qui avait comme objectif d'évaluer, chez les

personnes souffrant d'asthme inscrites au régime public d'assurance médicaments, les répercussions du transfert des médicaments combinés (Advair^{MC} et Symbicort^{MC}) de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments* sur les consultations à l'urgence et les hospitalisations liées à l'asthme.

1. OBJECTIFS

Plus précisément, les objectifs étaient de :

- comparer les taux de consultations à l'urgence et d'hospitalisations liées à l'asthme chez les personnes qui ont reçu un nouveau diagnostic d'asthme, qui sont inscrites au régime public d'assurance médicaments et sont âgées de 6 à 44 ans au cours de la période de deux ans précédant le transfert des médicaments combinés (Advair^{MC} et Symbicort^{MC}) de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments*, aux taux de consultations observés chez les personnes qui ont reçu un nouveau diagnostic d'asthme, qui sont inscrites au régime public d'assurance médicaments et sont âgées de 6 à 44 ans au cours de la période de deux ans suivant le transfert;
- comparer les taux de consultations à l'urgence et d'hospitalisations liées à l'asthme chez un groupe témoin non exposé à ce transfert, constitué des personnes asthmatiques dont le diagnostic est nouveau, présumées bénéficier d'un régime privé d'assurance médicaments et âgées de 6 à 44 ans au cours de la période de deux ans précédant le 1^{er} octobre 2003 (date du transfert de section des médicaments combinés [Advair^{MC} et Symbicort^{MC}] dans la *Liste de médicaments*), aux taux observés chez les personnes asthmatiques dont le diagnostic est nouveau, présumées bénéficier d'un régime privé d'assurance médicaments et âgées de 6 à 44 ans au cours de la période de deux ans suivant le 1^{er} octobre 2003;
- déterminer si la modification du risque d'hospitalisation ou de consultation à l'urgence liées à l'asthme entre la période de prétransfert et la période de post-transfert chez les personnes bénéficiant du régime public d'assurance médicaments diffère de celle observée chez les personnes bénéficiant d'un régime privé d'assurance médicaments.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Devis et source des données

Afin de répondre aux objectifs, une étude de cohorte rétrospective a été menée à partir des banques de données administrées par la RAMQ. Les données sur les caractéristiques sociodémographiques des sujets provenaient du fichier d'inscription des personnes assurées par l'assurance maladie, tandis que celles sur l'assurance médicaments, y inclus les dates et les périodes de couverture par le régime public, provenaient du fichier d'admissibilité des personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments. Ces données nous ont permis de distinguer les personnes qui bénéficiaient du régime public de celles qui étaient assurées au privé. Les données sur les services médicaux reçus, y inclus le code diagnostique tel qu'il est défini par la Classification internationale des maladies, 9^e édition (CIM-9), provenaient du fichier contenant les demandes de paiement des médecins payés à l'acte. Ces données ont servi à définir notre population à l'étude, de même qu'à répertorier les hospitalisations et les consultations à l'urgence liées à l'asthme.

2.2. Population à l'étude

La population à l'étude comprenait les bénéficiaires de l'assurance maladie ayant eu une consultation médicale à laquelle était associé un code diagnostique d'asthme (codes CIM-9 493.0, 493.1, 493.9). Pour la période de prétransfert, les personnes retenues étaient celles ayant eu une consultation liée à l'asthme entre le 1^{er} octobre 2001 et le 30 septembre 2003, tandis que pour la période de post-transfert, les personnes retenues étaient celles ayant eu une consultation liée à l'asthme entre le 1^{er} octobre 2003 et le 30 septembre 2005. Ces personnes devaient de plus être âgées de 6 à 44 ans au moment de l'établissement du premier diagnostic (la date index) et leur diagnostic d'asthme devait être nouveau, c'est-à-dire qu'elles devaient n'avoir eu aucune consultation à laquelle était associé un code diagnostique d'asthme au cours des cinq années précédant la date index. Les personnes âgées de 45 ans ou plus ont été exclues compte tenu du fait qu'à partir de cet âge il devient difficile de différencier l'asthme de la maladie pulmonaire obstructive chronique. Pour ce qui est des enfants de 5 ans ou moins, ceux-ci n'ont pas été retenus car le diagnostic de l'asthme demeure difficile à établir de façon objective jusqu'à cet âge⁵.

Pour chacune des périodes, les personnes asthmatiques dont le diagnostic était nouveau mentionnées ci-dessus ont été réparties en deux groupes, soit les bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments et les personnes non bénéficiaires de ce programme et n'ayant pas résidé hors du Québec. Étant donné le contexte obligatoire de l'assurance médicaments, les personnes non bénéficiaires du régime public et résidant au Québec ont été présumées bénéficiaires d'un régime privé d'assurance médicaments. Les personnes assurées au public constituaient le groupe exposé au transfert des médicaments combinés (Advair^{MC} et Symbicort^{MC}) de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments*, tandis que les personnes assurées au privé constituaient le groupe témoin non exposé au transfert étant donné que plus de 90 % de ces dernières n'ont pas été affectées par cette mesure. Les personnes qui changeaient de régime au cours de la période à l'étude ont été exclues. Une période maximale de cinq jours sans bénéficier du régime public d'assurance médicaments était toutefois tolérée pour qu'une personne soit affectée au groupe d'assurés au public.

2.3. Variables d'évaluation des répercussions du transfert sur les paramètres de santé

L'utilisation des services médicaux a été évaluée au cours de la période allant du 1^{er} octobre 2001 au 30 septembre 2003 pour les cohortes de prétransfert et du 1^{er} octobre 2003 au 30 septembre 2005 pour les cohortes de post-transfert. Une hospitalisation était reconnue lorsqu'un service médical associé à un code diagnostique d'asthme avait été rendu en centre hospitalier, sauf en clinique externe ou à l'urgence. Une consultation à l'urgence était reconnue lorsqu'un service médical associé à un code diagnostique d'asthme avait été rendu à l'urgence, à moins qu'une hospitalisation ait eu lieu le même jour.

2.4. Covariables

Les variables potentiellement confondantes qui ont été considérées sont : le sexe, l'âge du participant à l'entrée dans l'étude (date index) et la région sociosanitaire de résidence de la personne à la date index. Les régions ont été regroupées en deux catégories, soit Montréal, Laval, Québec et Outaouais, d'une part, et le reste du Québec, d'autre part. De plus, afin de tenir compte de l'état de santé général du patient, l'indice de comorbidité de Charlson a été calculé à l'aide des codes diagnostiques liés à l'ensemble des consultations médicales effectuées par la personne au cours de l'année précédant la date index^{8, 9}. Les personnes ont été regroupées en deux catégories, celles ayant uniquement l'asthme comme maladie et les autres ayant au moins une comorbidité autre que l'asthme. La discipline du médecin (omnipraticien ou spécialiste) ayant posé le diagnostic à la date index a également été documentée.

2.5. Analyse des données

Une analyse descriptive des caractéristiques des sujets a été effectuée en fonction des deux groupes d'assurés relativement aux médicaments. Une régression de Cox a été utilisée afin d'évaluer, pour chacun des groupes, le risque relatif (RR) brut et ajusté d'une première hospitalisation ou consultation à l'urgence liées à l'asthme entre les périodes de prétransfert et de post-transfert. Les personnes-temps de suivi ont été calculées à partir de la date index jusqu'à la fin de la période de deux ans de suivi, ou jusqu'à ce que le premier des événements suivants survienne : une consultation à l'urgence ou une hospitalisation liées à l'asthme, ou bien le décès de la personne toutes causes confondues.

Afin de déterminer si la modification du risque observé d'hospitalisation ou de consultation à l'urgence liées à l'asthme entre les périodes de prétransfert et de post-transfert différait selon le groupe d'assurés relativement aux médicaments, l'interaction entre le groupe et la période a été évaluée. Les mesures d'association ont été ajustées pour chaque variable potentiellement confondante. Les RR ajustés obtenus sont présentés avec leur intervalle de confiance (IC) à 95 %. Toute différence était considérée comme statistiquement significative si la valeur-p était égale ou inférieure à 0,05. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS version 9,1 (SAS Institute, Cary, NC).

3. RÉSULTATS

Au cours de la période s'étendant du 1^{er} octobre 2001 au 30 septembre 2005, 228 560 personnes distinctes ont eu une consultation médicale à laquelle était associé un code diagnostique d'asthme. De ce nombre, 168 437 n'avaient eu aucune consultation liée à l'asthme au cours des cinq années précédant la date d'entrée dans l'étude (la date index). Parmi celles-ci, 27 392 avaient bénéficié du régime public d'assurance médicaments ainsi que d'un régime privé d'assurance médicaments au cours de la période à l'étude et 289 autres personnes avaient résidé hors Québec pendant cette même période. À la suite de l'exclusion de ces dernières, notre population à l'étude était formée de 140 756 personnes, soit 47 579 personnes ayant été assurées au public tout au long de la période à l'étude et 93 177 présumées avoir été couvertes par une assurance privée au cours de cette même période. Les caractéristiques de la population sont présentées au tableau 1 en fonction des deux groupes d'assurés.

Le nombre d'événements observés de même que les taux calculés par 1 000 personnes-années sont présentés au tableau 2 selon le type d'événement, le groupe d'assurés relativement aux médicaments et la période considérée. On y trouve également les risques relatifs d'une première hospitalisation ou consultation à l'urgence liées à l'asthme, bruts et ajustés pour le sexe, l'âge, la région, l'indice de comorbidité de Charlson ainsi que la discipline du médecin ayant posé le diagnostic. Le risque d'une première hospitalisation liée à l'asthme à la suite du transfert de section est resté le même que ce soit chez les assurés au public (RR ajusté : 0,86 [IC à 95 % : 0,74 à 1,00]) ou chez les assurés au privé (RR ajusté : 0,99 [IC à 95 % : 0,86 à 1,15]). Notons que la diminution de 14 % du risque d'hospitalisation chez les assurés au public est tout près du seuil de signification statistique ($p=0,053$). Cette tendance n'est pas observée chez les personnes assurées au privé. Toutefois, la modification du risque d'hospitalisation entre la période de prétransfert et la période de post-transfert dans chacun des groupes est similaire ($p=0,41$, test de l'interaction entre le groupe et la période). Le risque d'une première consultation à l'urgence liée à l'asthme à la suite du transfert de section est également demeuré inchangé tant chez les assurés au public (RR ajusté : 0,99 [IC à 95 % : 0,90 à 1,09]) que chez les assurés au privé (RR ajusté : 1,04 [IC à 95 % : 0,96 à 1,13]). De plus, la modification du risque dans chacun des groupes ne diffère pas de façon statistiquement significative entre les deux périodes ($p=0,78$, test de l'interaction entre le groupe et la période). Lorsqu'on considère le risque d'une première hospitalisation ou consultation à l'urgence liées à l'asthme, celui-ci était comparable d'une période à l'autre que ce soit chez les assurés au public (RR ajusté : 0,95 [IC à 95 % : 0,88 à 1,03]) ou chez les assurés au privé (RR ajusté : 1,03 [IC à 95 % : 0,96 à 1,10]). Ici encore, la modification du risque observée dans chacun des groupes est similaire ($p=0,46$, test de l'interaction entre le groupe et la période).

Tableau 1 : Caractéristiques des asthmatiques dont le diagnostic est nouveau à la date d'entrée dans l'étude, selon le groupe d'assurés relativement aux médicaments (N = 140 756).

Caractéristiques	Groupe d'assurés relativement aux médicaments			
	Assurés au public (N = 47 579)		Assurés au privé (N = 93 177)	
	N	(%)	N	(%)
Période				
Prétransfert (01-10-2001 au 30-09-2003)	21 548	(45,3)	46 787	(50,2)
Post-transfert (01-10-2003 au 30-09-2005)	26 031	(54,7)	46 390	(49,8)
Sexe				
Homme	19 598	(41,2)	41 682	(44,7)
Femme	27 981	(58,8)	51 495	(55,3)
Âge au diagnostic				
5 à 11 ans	6 374	(13,4)	13 696	(14,7)
12 à 20 ans	9 681	(20,4)	23 720	(25,5)
21 à 35 ans	20 572	(43,2)	33 744	(36,2)
36 à 44 ans	10 952	(23,0)	22 017	(23,6)
Médiane	26,6		25,6	
Indice de comorbidité				
Uniquement l'asthme	45 540	(95,7)	90 708	(97,4)
Au moins une autre comorbidité	2 039	(4,3)	2 469	(2,6)
Région				
Montréal, Laval, Québec et Outaouais	21 941	(46,6)	39 247	(42,3)
Autres régions	25 137	(53,4)	53 513	(57,7)
Inconnue	501		417	
Discipline du médecin ayant posé le diagnostic				
Omnipraticque	38 395	(80,7)	73 053	(78,4)
Pneumologie	3 812	(8,0)	8 165	(8,8)
Pédiatrie	3 173	(6,7)	7 124	(7,7)
Allergie et immunologie clinique	1 227	(2,6)	3 264	(3,5)
Autres spécialités	972	(2,0)	1 571	(1,7)
Motif de censure ou événement				
Fin de suivi (01-10-2003 ou 30-09-2005)	45 083	(94,8)	90 046	(96,6)
Décès, toutes causes confondues	74	(0,2)	50	(0,1)
Hospitalisation liée à l'asthme	675	(1,4)	772	(0,8)
Consultation à l'urgence liée à l'asthme	1 747	(3,7)	2 309	(2,5)

Tableau 2 : Risques relatifs d'une première hospitalisation ou consultation à l'urgence liées à l'asthme chez les asthmatiques dont le diagnostic est nouveau entre la période de prétransfert et la période de post-transfert, selon le groupe d'assurés relativement aux médicaments (N = 140 756).

Type d'événement, groupe d'assurés relativement aux médicaments et période	Nombre d'événements	Taux par 1 000 personnes-années	RR bruts	RR ajustés*	(IC à 95 %)
Hospitalisation (p=0,41**)					
Assurés au public					
Période de prétransfert	336	16,4	1,00	1,00	(référence)
Période de post-transfert	339	13,9	0,83	0,86	(0,74-1,00)
Assurés au privé					
Période de prétransfert	404	8,6	1,00	1,00	(référence)
Période de post-transfert	368	8,1	0,92	0,99	(0,86-1,15)
Ensemble de la population***	1 447	10,5			
Consultation à l'urgence (p=0,78**)					
Assurés au public					
Période de prétransfert	791	38,6	1,00	1,00	(référence)
Période de post-transfert	956	39,2	1,02	0,99	(0,90-1,09)
Assurés au privé					
Période de prétransfert	1 146	24,4	1,00	1,00	(référence)
Période de post-transfert	1 163	25,4	1,04	1,04	(0,96-1,13)
Ensemble de la population***	4 056	29,4			
Hospitalisation ou consultation à l'urgence (p=0,46**)					
Assurés au public					
Période de prétransfert	1 127	55,0	1,00	1,00	(référence)
Période de post-transfert	1 295	53,1	0,96	0,95	(0,88-1,03)
Assurés au privé					
Période de prétransfert	1 550	32,9	1,00	1,00	(référence)
Période de post-transfert	1 531	33,5	1,01	1,03	(0,96-1,10)
Ensemble de la population***	5 503	40,0			

* Risques relatifs ajustés pour le sexe, l'âge, la région, l'indice de comorbidité de Charlson et la discipline du médecin ayant posé le diagnostic.

** Valeur-p correspondant au test de l'interaction entre le groupe d'assurés et la période.

*** Le nombre d'événements et le taux sont calculés pour l'ensemble des assurés au public et au privé, pour la période du 1^{er} octobre 2001 au 30 septembre 2005.

4. DISCUSSION

La présente étude nous a permis de mesurer les répercussions d'un changement dans les modalités de paiement de deux médicaments destinés au traitement des personnes asthmatiques sur deux issues de traitement importantes dans l'asthme, soit les consultations à l'urgence et les hospitalisations. Il en ressort que, chez les personnes asthmatiques dont le diagnostic est nouveau, le risque d'un premier événement d'hospitalisation ou de consultation à l'urgence liées à l'asthme est demeuré inchangé entre la période de deux ans précédant le transfert des médicaments combinés (Advair^{MC} et Symbicort^{MC}) de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments* publiée par la RAMQ et la période de deux ans ayant suivi ce transfert, et ce, tant chez les personnes bénéficiant du régime public d'assurance médicaments que chez celles bénéficiant d'un régime privé d'assurance médicaments. On peut donc supposer que la mesure qui a été instaurée afin de limiter l'usage non optimal de ces médicaments n'a pas eu de répercussions sur le risque d'utilisation des services de santé d'urgence liés à l'asthme chez les asthmatiques dont le diagnostic est nouveau.

Le taux de consultations à l'urgence liées à l'asthme est de 29,4 par 1 000 personnes-années pour l'ensemble de la population étudiée, ce qui est supérieur au taux de 12,5 par 1 000 personnes-années qui a été observé dans une étude québécoise chez des personnes âgées de 5 à 44 ans en 1996¹⁰. Le taux d'hospitalisations liées à l'asthme est quant à lui de 10,5 par 1 000 personnes-années pour l'ensemble de notre population, ce qui est également supérieur au taux provincial québécois de 1,5 par 1 000 personnes-années rapporté par l'Institut canadien d'information sur la santé¹¹. Ces différences s'expliquent en bonne partie par le fait que la population à l'étude est constituée de personnes asthmatiques dont le diagnostic est nouveau, alors que les taux trouvés dans la littérature portent sur l'ensemble de la population incluant les personnes non asthmatiques. Notons également que dans notre étude l'asthme n'était pas nécessairement la principale cause de l'hospitalisation, ce qui a pu entraîner une surestimation des taux observés pour ce type d'événement. Par ailleurs, on remarque que les taux d'utilisation des services de santé d'urgence liés à l'asthme observés chez les bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments sont de 1,5 à 2 fois plus élevés que chez les personnes couvertes par un régime privé d'assurance médicaments. Cela s'explique principalement par le fait qu'une part importante des personnes bénéficiant du régime public d'assurance médicaments est composée de prestataires de l'assurance emploi qui ont un état de santé plus précaire et qui sont donc par conséquent plus susceptibles d'utiliser les services médicaux que la population générale^{12, 13}.

Parmi les principales forces de la présente étude, notons que la taille de la population étudiée est importante et qu'un groupe témoin composé des personnes bénéficiant d'un régime privé d'assurance médicaments a été utilisé. Cette façon de procéder a permis de s'assurer que les taux de consultations à l'urgence et d'hospitalisations n'auraient pas diminué davantage si aucune restriction n'avait été mise en place. Cette étude comporte également des limites, la plupart inhérentes au fait que les données provenaient de banques de données administratives qui ne sont pas spécialement conçues pour répondre à des questions de recherche. En effet, ces banques de données sont incomplètes, notamment parce que certaines variables possiblement confondantes, telles que le revenu, le niveau de scolarité ainsi que les renseignements cliniques (sévérité, symptômes, effets indésirables des médicaments, etc.) n'y sont pas disponibles. Seules les visites remboursées à l'acte sont considérées. De plus, l'utilisation des codes diagnostiques permet d'obtenir une idée de la raison de la consultation ou de l'hospitalisation. Toutefois, la sensibilité et la spécificité de ces données ne sont pas bien établies.

La méthode utilisée pour définir notre population d'asthmatiques ne permet pas de garantir la présence d'asthme chez les personnes retenues ni son absence chez les personnes exclues. En effet, selon Blais et collaborateurs, parmi les personnes âgées de 16 à 44 ans reconnues comme étant asthmatiques à partir d'une seule consultation à laquelle était associé un code diagnostique d'asthme, de 25 à 33 % ne seraient pas véritablement asthmatiques¹⁴. La valeur prédictive positive est donc limitée. La valeur prédictive négative serait quant à elle très élevée, celle-ci se situant à au-delà de 96 %. La mauvaise classification n'a toutefois probablement pas eu d'incidence sur les résultats obtenus puisque ce biais non différentiel pouvait affecter autant la population bénéficiant du régime public d'assurance médicaments que les personnes présumées couvertes par un régime privé d'assurance médicaments, et ce, pour l'ensemble de la période étudiée.

Étant donné que la durée de suivi était relativement courte (suivi médian : 344 jours), alors que l'asthme est une maladie dont l'évolution est lente, une modification de la médication pour un produit combiné ou des conséquences (consultation à l'urgence ou hospitalisation) auraient pu avoir lieu ultérieurement à notre période de suivi. Notre devis ne permettait pas de mesurer un effet éventuel dans une telle situation. En outre, seul le risque d'un premier événement a été considéré. Le transfert pourrait être lié à l'occurrence de plusieurs événements, ce qui n'a pas été vérifié.

Par ailleurs, la population visée par la présente étude étant restreinte aux personnes dont le diagnostic d'asthme était nouveau, les conclusions tirées pourraient par conséquent ne pas s'appliquer à toutes les personnes souffrant d'asthme. Cependant, le transfert des produits combinés de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments* visait précisément les asthmatiques au diagnostic nouveau étant donné que ce type de médicament n'est généralement pas recommandé comme traitement initial pour cette population. C'est dans cette optique que notre population à l'étude a été choisie. De plus, puisque les personnes qui étaient couvertes par le régime public d'assurance médicaments et qui avaient obtenu un remboursement pour un produit combiné dans les 365 jours précédant le transfert de ces produits n'ont pas été soumises à la mesure de médicaments d'exception, on peut penser que la majorité des personnes qui auraient pu être incluses dans la cohorte touchée par la mesure auraient été des asthmatiques dont le diagnostic était nouveau.

5. CONCLUSION

Il ressort de la présente étude que le transfert des produits combinés (Advair^{MC} et Symbicort^{MC}) de la section régulière à la section des médicaments d'exception de la *Liste de médicaments* n'a eu aucune répercussion quant à l'utilisation des services de santé d'urgence chez les asthmatiques dont le diagnostic était nouveau et qui bénéficiaient du régime public d'assurance médicaments du Québec. Depuis le 25 avril 2007, la procédure pour la prescription de certains médicaments d'exception, y inclus les produits combinés, a été allégée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'aide d'un système de codification. Cette modification de la mesure n'a pas été prise en considération lors de l'élaboration de la présente étude étant donné la période d'observation visée. Ainsi, les conclusions tirées ne font pas état du contexte actuel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Manfreda J, Becklake MR, Sears MR, et al. *Prevalence of asthma symptoms among adults aged 20-44 years in Canada*. CMAJ 2001;164:995-1001.
2. Laurier C, Blais L, Kennedy W, Koné A, Paré M, Perron M. *Epidemiological monitoring of asthma in Québec using administrative databanks*. Can J Clin Pharmacol 2003;10:38-9.
3. Chapman KR, Ernst P, Grenville A, Dewland P, Zimmerman S. *Control of asthma in Canada: failure to achieve guideline targets*. Can Respir J 2001;8 Suppl A:35A-40A.
4. Boulet LP. *L'asthme : notions de base, éducation, intervention*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1997.
5. Boulet LP, Becker A, Bérubé D, Beveridge R, Ernst P, (on behalf of the Canadian Asthma Consensus Group). *Canadian asthma consensus report, 1999*. Can Med Assoc J 1999;161:S1-S62.
6. Blais R, Grégoire JP, Rouleau R, Cartier A, Bouchard J, Boulet LP. *Ambulatory use of inhaled β_2 -agonists for the treatment of asthma in Quebec : a population-based utilization review*. Chest 2001;119:1316-21.
7. Conseil du médicament du Québec. *Revue de l'utilisation des agonistes β_2 inhalés et des agonistes des récepteurs des leucotriènes employés dans le traitement de l'asthme : Mise à jour et suivi d'utilisation, 2003*.
8. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. J Chronic Dis 1987;40:373-83.
9. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. *Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data*. Med Care 2005;43:1130-9.
10. Lajoie P, Laberte A, Lebel G, et al. *Cartography of emergency department visits for asthma - Targeting high-morbidity populations*. Can Respir J 2004;11:427-33.
11. Canadian Institute for Health Information, Canadian Lung Association, Health Canada, Statistics Canada. *Respiratory disease in Canada*. Ottawa: Health Canada; 2001.
12. Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Les Publications du Québec, 1998.
13. Pampalon R. *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998* : Institut national de santé publique du Québec, 2002.
14. Blais L, Lemiere C, Menzies D, Berbiche D. *Validity of asthma diagnoses recorded in the Medical Services database of Quebec*. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2006;15:245-52.

www.cdm.gouv.qc.ca