



Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016

NUMÉRO 34

PRINCIPAUX CONSTATS

+ Entre 2000 et 2016, la prévalence de la polypharmacie, définie comme l'usage de cinq médicaments et plus dans une année, est passée de 62,0 % à 72,8 % chez les Québécois de plus de 65 ans. Cette proportion s'est accrue de 26,0 % à 38,1 % pour ceux utilisant au moins dix médicaments par année. La polypharmacie représente ainsi une problématique de santé publique.

En 2016, l'âge avancé, le sexe féminin ainsi que la défavorisation matérielle et sociale étaient associés à une prévalence plus élevée de la polypharmacie. Il existe également des différences significatives entre certaines régions sociosanitaires du Québec dans la proportion d'aînés polymédicamentés.

Cette étude permet de faire ressortir les sous-groupes les plus touchés auprès de qui des interventions ciblées pourraient être envisagées. Des interventions populationnelles devraient également être mises en place, en gardant en tête le lien étroit entre multimorbidité et polypharmacie.

Introduction

En 2016-2017, 45,0 % des Québécois de plus de 65 ans avaient au moins deux maladies chroniques et 27,8 % en avaient trois et plus [1]. Le traitement des maladies chroniques implique souvent l'usage d'un ou plusieurs médicaments. De ce fait, on constate que de plus en plus d'aînés reçoivent de multiples traitements pharmacologiques concomitants. Cet usage simultané de médicaments est nommé polypharmacie.

Il n'existe pas de consensus sur la définition de polypharmacie, mais la consommation de cinq ou de dix médicaments sert souvent de seuil pour la caractériser [2]. La polypharmacie peut s'avérer nécessaire pour traiter adéquatement les problèmes de santé de plusieurs aînés. Elle peut également entraîner des problèmes potentiels. En effet, l'usage de plusieurs médicaments augmente le risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses et d'interactions médicaments-maladie [3]. Cet usage accroît aussi le risque de cascades médicamenteuses, où l'effet indésirable d'un premier médicament est interprété comme la manifestation d'une nouvelle condition pour laquelle on prescrit un second médicament. La polypharmacie a été associée à de nombreux impacts négatifs sur la santé, comme les hospitalisations accrues, un risque de mortalité plus élevé, les chutes et la fragilité [4,5]. Il convient ainsi d'effectuer une surveillance de cette condition dans la population. Au Québec, à ce jour, il n'existe pas de résultats permettant de suivre l'évolution de la polypharmacie.

Ce feuillet vise à dresser un premier portrait de la polypharmacie chez les aînés au Québec. Spécifiquement, il a pour objectifs : 1) d'estimer la prévalence de la polypharmacie (définie par l'usage de 5, 10 et 15 médicaments et plus) entre 2000 et 2016; 2) de caractériser les disparités liées à l'âge, au sexe, au statut socioéconomique, à la région de résidence et en fonction des maladies chroniques pour l'année financière 2016-2017.

Méthodologie

Devis et source de données

Cette étude populationnelle rétrospective a été effectuée à partir des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) [6]. Le SISMACQ intègre les données de cinq fichiers médico-administratifs du Québec, soit 1) le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA), 2) le fichier des hospitalisations MED-ECHO, 3) le fichier des décès du registre des événements démographiques, 4) le fichier des services médicaux assurés à l'acte, et 5) le fichier des services pharmaceutiques pour les personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments. Ce dernier fichier comprend toutes les demandes de remboursement de médicaments adressées au régime public d'assurance médicaments du Québec, et il couvre environ 90 % de la population de 65 ans et plus annuellement [6]. Pour les moins de 65 ans, la couverture est de l'ordre de 33 % de la population. Il est donc impossible de mener des études populationnelles à partir des données de réclamations de médicaments chez la population de moins de 65 ans.

Les réclamations de médicaments inscrites entre le 1^{er} avril et le 31 mars de l'année suivante ont été extraites à partir du fichier des services pharmaceutiques, et ce, pour chaque année à partir du 1^{er} avril 2000 jusqu'au 31 mars 2017. Les données des maladies chroniques ont été extraites à partir du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et du fichier des hospitalisations MED-ECHO pendant les mêmes périodes.

Aux fins de la présente étude, les critères d'inclusion ci-dessous ont été appliqués :

- avoir 66 ans et plus au 1^{er} avril de chaque année;
- être couvert par le régime public d'assurance médicaments du Québec durant toute l'année financière ou jusqu'au décès pour l'année en cours.

Le seuil de 66 ans a été choisi afin de permettre l'obtention de données jusqu'à un an avant l'entrée dans la cohorte, et permet la période de transition pour les individus qui ne passent pas immédiatement au régime public d'assurance médicaments à 65 ans. Les aînés résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont automatiquement exclus puisque

l'information sur l'usage des médicaments n'est pas disponible dans cette situation.

Mesure de la polypharmacie

Définition de la polypharmacie

La polypharmacie est définie comme l'usage de cinq médicaments et plus au cours d'une année (5+). Le seuil quantitatif de cinq médicaments correspond à celui utilisé dans une grande majorité d'études sur le sujet [7]. Dans l'idée d'effectuer une surveillance plus étendue, notre analyse s'attarde également à l'usage de dix (10+) et de quinze (15+) médicaments ou plus au cours d'une année.

Dénombrement des médicaments

Les médicaments utilisés ont été identifiés à partir des codes de dénomination commune qui se retrouvent au fichier des services pharmaceutiques. Un code de dénomination commune est un code unique par substance pharmacologique ou combinaison de substances. Par exemple, un code de dénomination commune unique est associé au pantoprazole, un médicament couramment prescrit pour traiter l'acidité gastrique. Un code de dénomination commune différent est attribué à l'oméprazole, un autre médicament pouvant être prescrit pour cette condition, et ce, même si les deux molécules font partie de la même classe thérapeutique. Ils sont donc comptabilisés comme deux médicaments distincts dans la somme effectuée.

On considère qu'une personne reçoit un médicament si une réclamation a été faite pour celui-ci au régime public d'assurance médicaments du Québec dans une année financière, et ce, sans égard à la dose, à la durée de traitement ou au nombre de renouvellements émis. Une réclamation correspond à l'exécution d'une ordonnance médicale dans une pharmacie, qui est ensuite enregistrée dans le fichier des services pharmaceutiques. Comme il s'agit d'une donnée de réclamation, le produit a été distribué, mais il n'est pas possible de déterminer s'il a été réellement utilisé par la personne.

Pour chacune des personnes respectant les critères d'inclusion, le nombre total de médicaments correspond à l'addition du nombre de codes de dénomination commune différents répertoriés pour une année financière donnée. La somme ainsi obtenue correspond

à la mesure de polypharmacie. Les médicaments peuvent ne pas avoir été utilisés de façon simultanée. Néanmoins, cette façon de procéder est similaire à la méthode employée par d'autres organisations [8], permettant les comparaisons.

Enfin, les médicaments doivent être inscrits sur la liste des médicaments remboursés par l'assurance médicaments du Québec afin d'être comptabilisés.

Analyses statistiques

Pour le premier objectif, les prévalences des différentes mesures de la polypharmacie (5+, 10+ et 15+) ont été calculées pour chaque année financière chez les individus de 66 ans ou plus. Par exemple, la prévalence de la polypharmacie 5+ se traduit par le rapport du nombre d'individus qui ont utilisé au moins cinq médicaments dans une année donnée sur le nombre total de personnes inscrites au fichier des services pharmaceutiques pour la même année. Pour chaque année étudiée, une moyenne du nombre de médicaments par personne ainsi que les écarts-types correspondants ont également été calculés. Les données ont été ajustées pour l'âge en utilisant la population québécoise de 2011 comme population de référence.

Pour l'objectif 2, les prévalences de chacune des mesures (5+, 10+, 15+) ont été calculées pour l'ensemble du Québec pour l'année financière 2016-2017, puis stratifiées selon certaines variables sociodémographiques (âge, sexe, défavorisation matérielle, défavorisation sociale et région sociosanitaire de résidence). Les indices de défavorisation matérielle et sociale sont établis à partir des données de recensement de 2016 et des codes postaux [9]. Ils sont divisés en quintiles, le premier représentant le quintile le moins défavorisé et le cinquième étant le quintile le plus défavorisé. La défavorisation sociale comprend les informations sur la proportion de personnes vivant seules, étant divorcées, séparées ou monoparentales, tandis que la défavorisation matérielle intègre la scolarité, le revenu et le statut d'emploi [10]. Ensuite, les prévalences ajustées de la polypharmacie 5+ pour chacune des régions sociosanitaires ont été comparées avec la prévalence ajustée pour l'ensemble de la province en utilisant le test de la loi normale. Le seuil de signification statistique établi est de 1 %, et il a été corrigé avec la méthode de Bonferroni. Cette méthode

permet d'effectuer des comparaisons multiples simultanées en apportant une correction au seuil de signification statistique, qui a été divisé par le nombre de régions sociosanitaires [14]. De plus, les prévalences des différentes mesures de polypharmacie ont été mises en relation avec les maladies chroniques. Le nombre de maladies chroniques pour 2016-2017 a été estimé en additionnant les codes diagnostics des cinq dernières années, et en utilisant des définitions de cas validées [6]. On considère un individu comme multimorbide s'il présente une cooccurrence de deux maladies chroniques ou plus [1]. Les maladies incluses sont les suivantes : hypertension artérielle (HTA), diabète, ostéoporose, maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, maladie vasculaire cérébrale et ischémie transitoire cérébrale, insuffisance cardiaque et fibrillation auriculaire), troubles mentaux (troubles anxio-dépressifs, schizophrénie), maladies respiratoires (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique) et maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. L'indice Combiné de comorbidité issu des indices de Charlson et Elixhauser a également été utilisé pour réaliser les analyses [11]. Cet indice, validé au Québec, attribue un poids aux maladies chroniques. Il permet ainsi de déterminer le fardeau individuel que posent les maladies chroniques pour chacune des personnes incluses.

Les intervalles de confiance ne sont pas présentés afin d'alléger le texte, mais sont disponibles sur demande. Toutes les analyses ont été réalisées avec SAS 9,4 (SAS Institute, Cary, NC).

Résultats

Évolution de la polypharmacie selon les années

La prévalence de la polypharmacie 5+ chez les plus de 65 ans s'est accrue de 62,0 % à 72,8 % de 2000 à 2016 (figure 1). Les proportions d'individus qui ont utilisé au moins 10 et 15 médicaments au cours d'une année ont respectivement augmenté de 26,0 % à 38,1 %, et de 8,7 % à 16,2 % durant la même période. Le nombre moyen de médicaments par personne a également connu une hausse, passant de 6,8 à 8,7 médicaments réclamés par année.

Figure 1 Prévalence ajustée pour l'âge des différentes mesures de polypharmacie selon les années (histogrammes) et le nombre moyen de médicaments par personne (courbe) chez les 66 ans et plus, Québec

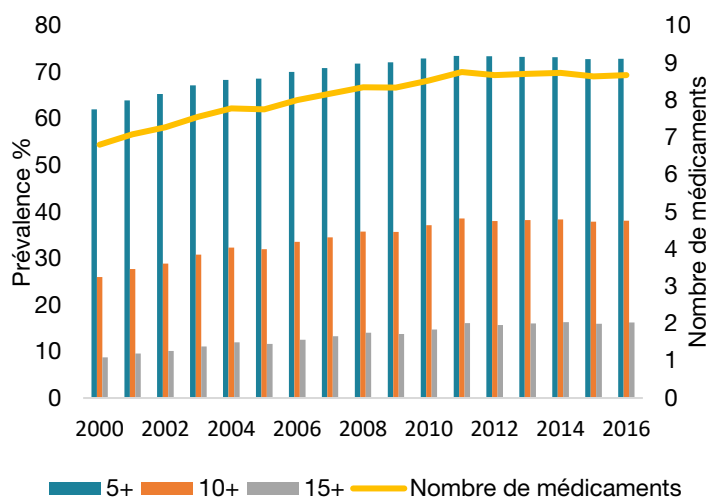
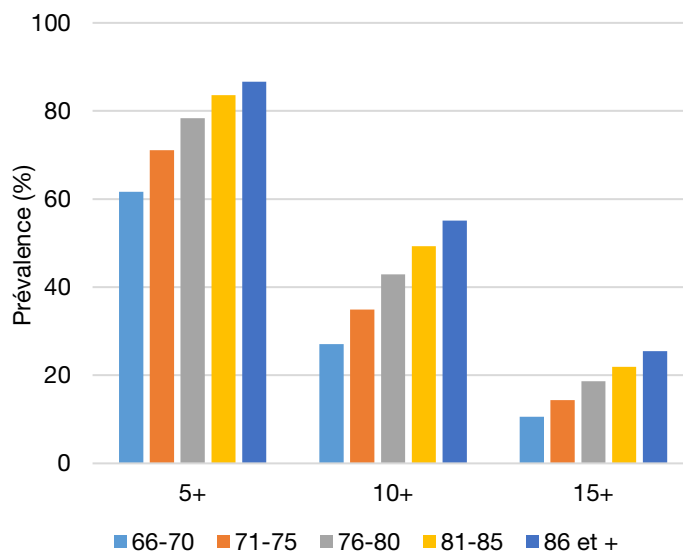


Figure 2 Prévalence brute des différentes mesures de polypharmacie selon les groupes d'âge, pour l'année 2016-2017, Québec



Polypharmacie selon l'âge en 2016-2017

Le nombre de médicaments utilisés augmente invariablement avec l'âge (figure 2). On estime que 86,6 % des personnes âgées de 86 ans et plus se sont vu prescrire au moins 5 médicaments au cours de l'année financière 2016-2017, alors que chez le groupe des 66-70 ans, cette même prévalence était de 61,6 %. Par ailleurs, 10,6 % des personnes de 66 à 70 ans utilisaient au moins 15 médicaments par année, mais cette proportion s'élevait à 25,5 % chez les 86 ans et plus.

Polypharmacie selon le sexe en 2016-2017

En 2016-2017, la prévalence de chacune des mesures de la polypharmacie (5+, 10+ et 15+) demeure de façon continue légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et ce, parmi tous les groupes d'âge (figure 3). La proportion de femmes de 66 ans et plus qui ont utilisé au moins cinq médicaments dans l'année s'élève à 75,1 %, tandis qu'elle est de 70,2 % chez les hommes. La différence entre les deux sexes est un peu plus faible pour la polypharmacie 15+, où la prévalence chez les femmes correspond à 17,1 %, et celle des hommes à 15,1 %. Parmi toutes les catégories de groupes d'âge confondues, les femmes de plus de 86 ans sont celles dont la prévalence de la polypharmacie 5+ est la plus haute, soit à 87,5 %.

Figure 3 Prévalence brute et nombre de personnes avec polypharmacie 5+, 10+ et 15+ par sexe et par âge dans la population des 66 ans et plus pour l'année financière 2016-2017, Québec



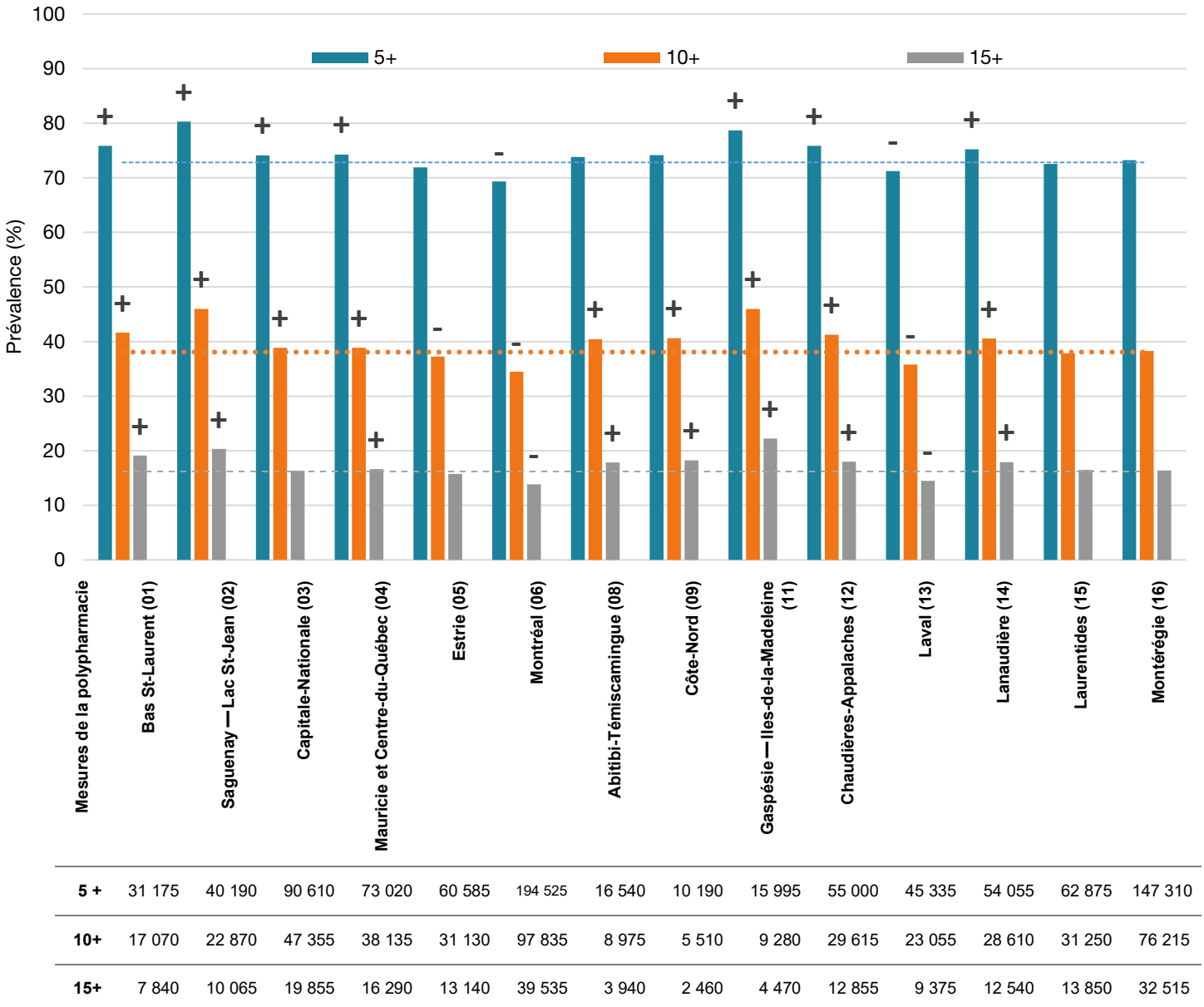
* Note : en raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

Polypharmacie selon les régions sociosanitaires en 2016-2017

La figure 4 présente les prévalences ajustées de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ pour 14 des 18 régions sociosanitaires du Québec. La proportion d'individus recevant une polypharmacie 5+ est plus élevée dans les régions de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et du Saguenay—Lac-St-Jean, où près de 80 % des personnes de plus de 65 ans ont réclamé au moins cinq médicaments en 2016-2017. La prévalence de polypharmacie 10+ et 15+ demeure également plus élevée dans ces mêmes régions, et ce, même après ajustement pour l'âge, afin d'éliminer le biais potentiel occasionné par l'âge plus élevé dans certaines régions.

La région de Montréal est celle où la prévalence de la polypharmacie est la plus faible, suivie par celle de Laval, après ajustement.

Figure 4 Prévalence ajustée pour l'âge des différentes mesures de polypharmacie chez les 66 ans et plus par région sociosanitaire, pour l'année 2016-2017, Québec*



* Après ajustement, chacune des régions est comparée à la moyenne du Québec. La présence des sigles (+) et [-] indique que la région a une prévalence ajustée (selon la répartition d'âge de la population du Québec en 2011) significativement plus (élevée) ou [faible] que le reste du Québec, au seuil de 1% corrigé pour les comparaisons multiples (méthode de Bonferroni). Les nombres situés dans le bas du graphique indiquent le nombre total de personnes exposées aux différentes mesures de polypharmacie pour chaque région.

Polypharmacie selon le statut socioéconomique en 2016-2017

La prévalence de la polypharmacie 5+ est plus élevée chez les individus les plus défavorisés, à la fois matériellement et socialement, à l’instar de la prévalence de la polypharmacie 10+ et 15+. Chez les individus les plus défavorisés matériellement, 73,5 % d’entre eux utilisaient au moins cinq médicaments par année, alors que cette proportion s’abaisse à 68 % chez les individus les moins défavorisés (figure 5). Les proportions sont très similaires en ce qui a trait à la défavorisation sociale (figure 6).

Figure 5 Prévalence brute de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ par indice de défavorisation matérielle pour l’année financière 2016-2017, Québec

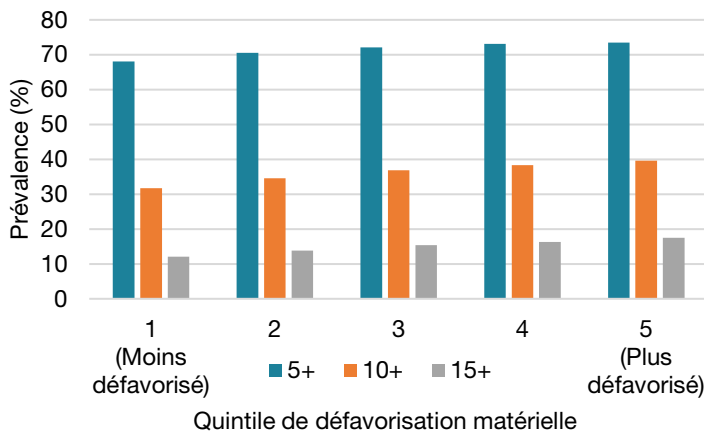
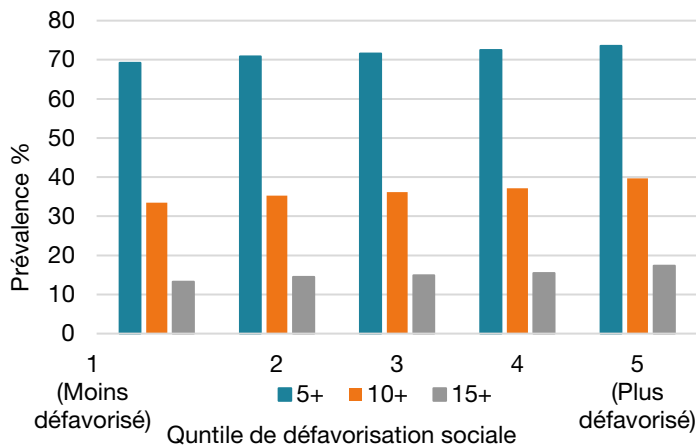


Figure 6 Prévalence brute de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ par indice de défavorisation sociale pour l’année financière 2016-2017, Québec



Polypharmacie en fonction des maladies chroniques en 2016-2017

Le fait pour une personne d’être atteinte de multimorbidité constitue un facteur de risque majeur de recevoir une polypharmacie [12]. Les individus de plus de 65 ans qui consomment moins de cinq médicaments par année ont en moyenne 0,9 maladie chronique. Le nombre moyen de maladies chroniques augmente à 2,4 pour les individus avec polypharmacie 5+ et à 4,4 pour les individus avec polypharmacie 15+. Une analyse de sensibilité a été effectuée avec l’indice Combiné de comorbidités, et les résultats obtenus sont similaires. L’indice Combiné de comorbidités permet d’intégrer le poids des comorbidités afin de mieux refléter le fardeau associé à la multimorbidité [11]. Ainsi, cet indice est supérieur pour les individus avec polypharmacie 15+ à celui obtenu pour les individus avec polypharmacie 5+.

Comme présenté dans la figure 7, 56,7 % des individus ayant utilisé au moins cinq médicaments au cours de 2016-2017 sont également considérés multimorbides. Pour les individus ayant réclamé 15 médicaments et plus, il s’agit de 82,3 % d’entre eux. L’hypertension artérielle est la maladie chronique la plus souvent rencontrée (près de 75 %) chez les personnes recevant moins cinq médicaments en 2016-2017. La figure 8 présente de façon plus détaillée la prévalence des maladies chroniques selon chacune des mesures de polypharmacie. Cette figure précise parmi tous les individus utilisant 5+, 10+ ou 15+ médicaments, combien de ces personnes ont une ou des maladies chroniques parmi celles listées.

Figure 7 Proportion des individus considérés multimorbides (2 maladies chroniques et plus) et non multimorbides avec polypharmacie (5+, 10+ et 15+), pour l'année 2016-2017, Québec

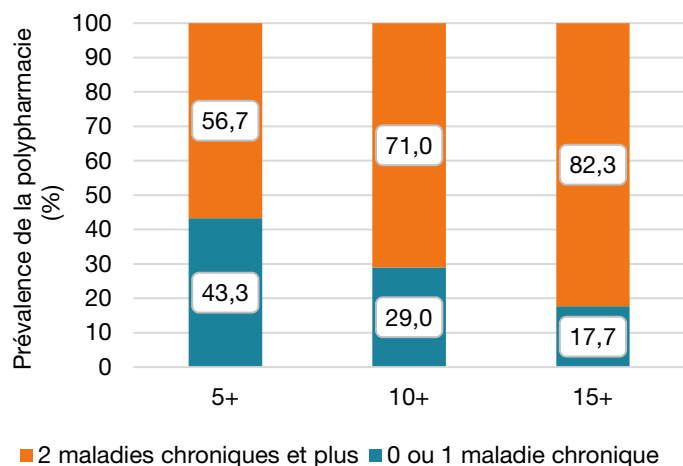
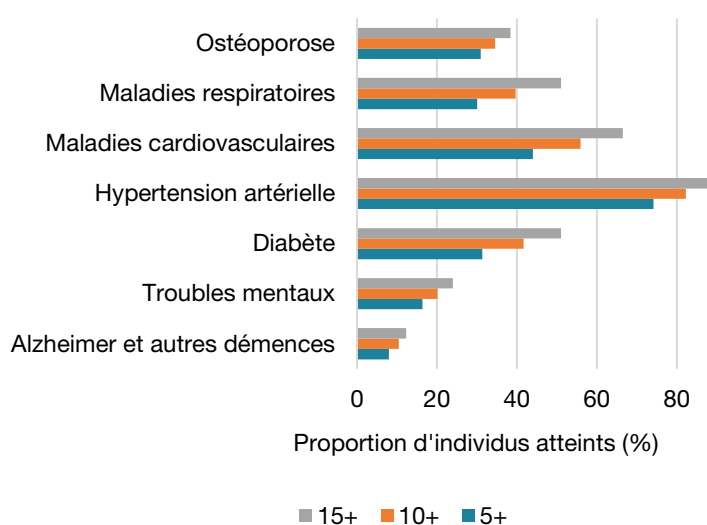


Figure 8 Proportion d'individus atteints pour chacune des principales maladies chroniques retrouvées chez les individus de 66 ans et plus par niveau de polypharmacie (5+, 10+ et 15+), en 2016-2017 au Québec



Discussion

Cette étude populationnelle longitudinale est la première au Québec à suivre l'évolution de la polypharmacie chez les aînés. Elle démontre qu'un nombre élevé d'individus de plus de 65 ans reçoivent au moins cinq médicaments différents par année, et que la proportion de personnes avec polypharmacie s'est accrue de manière significative entre 2000 et 2016, passant de 62,0 % à 72,8 %. Le nombre de médicaments par personne a également fait un bond, de 6,8 à 8,7 médicaments par année durant la même période. Il importe de souligner que cette croissance, autant pour la prévalence que le nombre de médicaments, s'est ralentie autour des années 2010, et depuis ce temps demeure stagnante, tel qu'illustré dans la figure 1. Ce phénomène est également observé ailleurs au Canada, selon les données rapportées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), où la proportion d'individus ayant utilisé au moins cinq médicaments a très peu varié de 2011 à 2016 [8]. En outre, la présente étude révèle que la prévalence de chaque mesure de polypharmacie (5+, 10+ et 15+) se trouve plus élevée au Québec que dans l'ensemble du Canada. En 2016, au Canada, près de 65,7 % des personnes âgées se sont vu prescrire cinq catégories de médicaments différentes ou plus (72,8 % au Québec), plus de 26,5 % ont reçu des ordonnances pour 10 catégories ou plus et 8,4 % pour 15 catégories ou plus (respectivement 38,7 % et 16,2 % au Québec) [8]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences interprovinciales, notamment la structure des régimes d'assurances en place [13]. Les dépenses liées aux médicaments sont d'ailleurs plus élevées au Québec que dans les autres provinces, en partie en lien avec le fait que le régime public d'assurance médicaments du Québec rembourse certains produits d'usage courant, tels que l'acétaminophène ou le carbonate de calcium, ce qui n'est pas forcément le cas dans les autres provinces [14]. Il faut aussi noter que la méthodologie employée par l'ICIS est différente de celle utilisée dans la présente étude, entre autres par le fait que les médicaments sont identifiés par classes thérapeutiques dans les travaux de l'ICIS. Par exemple, l'ICIS aurait considéré le pantoprazole et l'oméprazole, mentionnés en exemple plus tôt dans la section méthodologie, comme une seule classe de médicaments dans le décompte, puisqu'ils appartiennent à la même classe thérapeutique. Dans cette étude, nous les comptons pour deux médicaments distincts étant donné leurs

codes de dénomination différents. En l'occurrence, tous ces éléments peuvent contribuer à expliquer la différence observée.

De plus, il ressort de cette étude que le groupe d'âge le plus élevé, soit 86 ans et plus, est celui le plus touché par toutes les mesures de polypharmacie (5+, 10+ et 15+). L'âge avancé est en effet un des principaux facteurs de risque de recevoir une polypharmacie [15]. Ce groupe d'âge est également celui chez qui la prévalence de multimorbidité est la plus élevée [1]. Puisque le traitement des maladies chroniques nécessite l'emploi de plusieurs médicaments, il apparaît cohérent que cette population plus malade utilise davantage de médicaments. Or, ces personnes sont plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments et aux interactions potentielles. Elles représentent donc un groupe pour lequel des interventions telles que la déprescription pourraient être envisagées. Enfin, la prévalence de la polypharmacie est constamment plus élevée chez les femmes. Qui plus est, elles reçoivent davantage de médicaments potentiellement inappropriés, c'est-à-dire des médicaments dont les risques sont généralement plus élevés que les bénéfices [16]. Cet enjeu devrait être considéré dans le développement d'interventions.

En 2016-2017, les régions du Saguenay—Lac-St-Jean et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont celles dont la prévalence de la polypharmacie est la plus élevée. Ces régions représentent également celles où on retrouve la proportion la plus élevée d'individus multimorbides [1]. La région de Montréal est celle dont la prévalence de la polypharmacie est la plus faible, et contrairement à ce qui précède, la proportion de personnes multimorbides est plus élevée pour cette région que pour l'ensemble du Québec. Cette contradiction peut s'expliquer en partie par le fait que l'étude de l'INSPQ sur la multimorbidité s'attardait à la population adulte et non pas seulement aux aînés, mais ceux-ci représentent une bonne partie des personnes multimorbides [1]. Il est donc intéressant de reconnaître ce contraste entre polypharmacie et multimorbidité pour cette région, ce qui soulève des interrogations quant à la prise en charge pharmacologique des maladies chroniques, qui varie potentiellement d'une région à l'autre.

La prévalence de la polypharmacie est plus élevée chez les individus présentant la plus grande défavorisation

matérielle et sociale. Ce constat est similaire à celui de l'étude de l'ICIS, qui soulève que dans l'ensemble du Canada, le fait de demeurer dans un quartier dans lequel les revenus sont plus faibles est associé au fait d'utiliser un plus grand nombre de médicaments [8]. De même, l'usage de médicaments potentiellement inappropriés est également plus élevé dans les quartiers à plus faibles revenus [8]. Le même phénomène est également reproduit ailleurs dans le monde [17]. Il existe déjà un lien bien documenté entre la présence de maladies chroniques et la défavorisation matérielle et sociale, dans le pays et ailleurs dans le monde [1,18]. Le fardeau des maladies chroniques (et de la polypharmacie) n'est pas réparti de façon équitable dans chaque quintile, mais paraît plutôt distribué selon un gradient d'inégalités. Ces inégalités sociales de santé devraient donc certainement être ciblées dans le développement d'interventions visant à diminuer la prévalence de polypharmacie chez les aînés.

La forte association entre la multimorbidité et la polypharmacie est bien démontrée avec les données. Ce lien a été mis en évidence par plusieurs études, qui notent une forte association entre les deux phénomènes [19,20]. En l'occurrence, le nombre de médicaments prescrits tend à augmenter en fonction du nombre de comorbidités chez une personne, notamment puisque les traitements pharmacologiques sont souvent donnés pour traiter une pathologie en particulier, de façon cloisonnée [18]. Également, il a été suggéré que le nombre de maladies chroniques pourrait être un meilleur prédicteur de la polypharmacie en soi que l'âge [21].

Forces et limites

Cette étude présente plusieurs forces. D'une part, la large couverture populationnelle offerte par le SISMACQ permet d'obtenir un portrait très précis de la polypharmacie chez les individus québécois âgés de plus de 65 ans, excluant les personnes en CHSLD. L'aspect longitudinal de cette étude représente une première au Québec. De plus, il a été démontré que l'usage de données de réclamations extraites du régime public d'assurance médicaments est fiable et valide et que ces données peuvent être employées dans le cadre d'études pharmaco-épidémiologiques [22].

Cette étude comporte néanmoins certaines limites. Plusieurs d'entre elles sont inhérentes à la méthodologie

employée pour définir la polypharmacie, pour laquelle il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus scientifique. D'une part, dans cette étude, tous les codes de dénomination commune ont été inclus, et ce, peu importe la forme pharmaceutique. Par exemple, les crèmes ou les onguents prescrits ont été calculés dans le cumul de médicaments, alors qu'il est moins probable que ces substances soient impliquées dans des interactions ou occasionnent d'importants effets indésirables. De plus, le fait d'utiliser les codes de dénomination commune plutôt que des classes thérapeutiques peut potentiellement entraîner une surestimation de la polypharmacie. Plus précisément, il est possible qu'un médicament, par exemple un antiacide soit substitué par un autre antiacide en cours d'année. Il s'agit donc d'une même classe de médicaments, qui compte cependant pour deux médicaments distincts dans le dénombrement. En outre, la polypharmacie n'est pas évaluée à un moment précis dans l'année, mais on considère le nombre de médicaments différents servis dans une année, qu'ils aient été pris de façon simultanée ou non, à l'instar de ce qui est fait par d'autres organisations [8]. Ces éléments peuvent conduire à une surestimation de la prévalence de la polypharmacie. À l'inverse, seuls les médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments sont inclus dans l'étude, alors qu'il est possible que certaines personnes consomment des médicaments remboursés par une assurance privée, ou vendus sans ordonnance (ex. : ibuprofène, acétaminophène). Certains médicaments consommés sont également prescrits mais non remboursés. Cela peut occasionner une sous-estimation de la prévalence de polypharmacie.

La polypharmacie constitue une problématique plus complexe à étudier que le simple cumul du nombre de médicaments, qui est en soi incomplet pour caractériser la problématique en profondeur [7]. La surveillance de la polypharmacie se heurte au fait qu'il n'existe pas de consensus universel sur la façon de la définir [7]. Par exemple, outre l'aspect quantitatif, des indicateurs plus qualitatifs, tels que la présence de médicaments potentiellement inappropriés dans la pharmacothérapie, devraient certainement être intégrés dans un programme de surveillance de la polypharmacie. Cela permettrait de mieux caractériser la problématique. Malgré cela, ce feuillet présente un premier portrait évoquant des résultats importants, puisqu'il met en évidence le fardeau

médicamenteux considérable auquel sont exposées les personnes âgées au Québec.

Conclusion

Cette étude démontre que la polypharmacie chez les aînés est une problématique de santé dont la prévalence est élevée au Québec. Malgré une croissance moins importante dans les dernières années, il est fort probable que le problème continuera de s'accroître, soutenu par la croissance de la multimorbidité et le vieillissement de la population. Cette étude permet de faire ressortir les sous-groupes de la population les plus touchés par la problématique au Québec, dont les femmes et les aînés de plus de 86 ans, chez qui des interventions ciblées pourraient être envisagées. Néanmoins, des interventions populationnelles concertées à différentes échelles et impliquant plusieurs acteurs (regroupements d'experts, professionnels de la santé, groupes de défenses des droits des aînés/patients, etc.) devront être mises en place dans les prochaines années, en gardant en tête le lien étroit unissant multimorbidité et polypharmacie.

Références

1. Simard M, Dubé M, Gaulin M, Trépanier PL, Sirois C. La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017. Institut national de santé publique du Québec, Québec; Gouvernement du Québec (2019). Disponible : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf
2. Sirois C, Domingues NS, Laroche ML, Zongo A, Lunghi C, Guénette L, Kröger E, Émond V. Polypharmacy definitions for multimorbid older adults need stronger foundations to guide research, clinical practice and public health. *Pharmacy* 2019; 7(3): Pii:E126. doi: 10.3390/pharmacy7030126.
3. Johnell K, Klarin I. The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly. *Drug safety* 2007; 30(10) : 911-918.
4. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(12):2261-2272.

5. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero A, Inzitari M, Martinez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2018;84(7):1432-1444.
6. Blais C, Jean S, Sirois C, Rochette L, Plante C, Larocque I et al. Le système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice. *Maladies chroniques et blessures au Canada* 2014; 34(4) :247-256.
7. Sirois C, Simard M, Gosselin E, Gagnon ME, Roux B, Laroche ML. Mixeb bag “Polypharmacy” : Methodological pitfalls and challenges of this exposure definition. *Current Epidemiology Reports* 2019; 6(3): 390-401.
8. Institut canadien d’information sur la santé. *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.
9. Pampalon R, Raymond G. Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, Société et Solidarité* 2003, 1: 191-208.
10. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Philibert M, Raymond G, Simpson A. Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Can J Public Health* 2012; 103(2) :S17-S22.
11. Simard M, Sirois C, Candas B. Validation of the combined comorbidity index of Charlson and Elixhauser to predict 30-day mortality across ICD-9 and ICD-10. *Med Care* 2018; 56(5):441-447.
12. Rieckert A, Trampisch US, Klaatzen-Mielke R, Drewelow E, Esmail A, Johansson T et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. *BMC Fam Pract* 2018; 19(1):113.
13. Smolina K, Morgan S. The drivers of overspending on prescription drugs in Quebec. *Healthcare Policy* 2014; 10(2), 19.
14. Morgan S, Smolina K, Mooney D, Raymond C, Bowen ML, Gorczyński C, Basham KAR. *The Canadian Rx Atlas*. Vancouver, BC: UBC Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia (2013).
15. Walckiers D, Van der Heyden J, Tafforeau J. Factors associated with excessive polypharmacy in older people. *Arch Public Health* 2015; 73(1):50.
16. Roux B, Simard M, Gagnon ME, Sirois C. Utilisation des médicaments potentiellement inappropriés chez les aînés québécois présentant des maladies chroniques ou leurs signes précurseurs : portrait 2014-2015. Institut national de santé publique du Québec, Québec; Gouvernement du Québec (2019). Disponible : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2575_utilisation_medicaments_potentiellement_inappropriés_aînés.pdf
17. Haider SI, Johnell K, Thorslund M, Fastbom J. Analysis of the association between polypharmacy and socioeconomic position among elderly aged ≥ 77 years in Sweden. *Clin Ther* 2008; 30(2):419-427.
18. Rosella L, Kornas K. Putting a population health lens to multimorbidity in Ontario. *Healthc Q* 2018; 21(3):8-11.
19. van den Akker M, Vaes B, Goderis G, Van Pottelbergh G, De Burghgraeve T, Henrard S. Trends in multimorbidity and polypharmacy in the Flemish-Belgian population between 2000 and 2015. *PLoS One* 2019; 14(2):e0212046.
20. Sinnott C, Bradley CP. Multimorbidity or polypharmacy: two sides of the same coin? *J Comorb* 2015; 5:29-31.
21. Feng X, Tan X, Riley B, Zheng T, Bias T, Sambamoorthi U. Polypharmacy and multimorbidity among medicaid enrollees: A multistate analysis. *Popul Health Manag* 2018; 21(2):123-129.
22. Tamblyn R, Lavoie G, Petrella L, Monette J. The use of prescription claims databases in pharmacoepidemiological research: the accuracy and comprehensiveness of the prescription claims database in Québec. *J Clin Epidemiol* 1995; 48(8), 999-1009.

Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016

AUTEURS

Emmanuelle Gosselin
Marc Simard
Marjolaine Dubé
Caroline Sirois
Bureau d'information et d'études en santé des populations

RÉVISEURS EXTERNES

Benoît Cossette, Université de Sherbrooke
Camille Gagnon, Réseau canadien pour la déprescription

MISE EN PAGE

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

SOUS LA COORDINATION DE

Éric Pelletier, chef d'unité scientifique
Institut national de santé publique du Québec

POUR CITER CE DOCUMENT

Gosselin E, Simard M, Dubé M, Sirois C. Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016. Institut national de santé publique du Québec, Québec; Gouvernement du Québec (2020).

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 – 3^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 1922-1762 (PDF)
ISBN : 978-2-550-87190-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2679