



# Services de santé non assurés

## Bulletin sur l'évaluation de l'utilisation des médicaments (EUM)

novembre 2004

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) fournit aux Indiens inscrits et aux Inuits résidant au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre.

Visitez notre site Web à : [www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna](http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna)

### Utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) et des médicaments antiplaquettaires pour le traitement du diabète chez les membres des Premières nations et les Inuits bénéficiaires du programme des SSNA.

#### RECOMMANDATIONS SOMMAIRES

En décembre 2003, le programme des SSNA a créé un Comité consultatif d'évaluation de l'utilisation des médicaments (CCEUM)<sup>1</sup> chargé de lui recommander des moyens d'améliorer l'état de santé de ses bénéficiaires membres des Premières nations et Inuits, grâce à un usage efficace des produits pharmaceutiques. La liste complète des membres du CCEUM se trouve à la fin du bulletin.

Ce bulletin sur l'EUM présente les conclusions du Comité à l'issue de l'évaluation de l'utilisation des médicaments chez les bénéficiaires diabétiques du programme des SSNA et formule les recommandations suivantes :

1. Les médecins et les pharmaciens devraient veiller à ce que tous les adultes souffrant de diabète se voient prescrire des traitements médicamenteux qui réduisent le risque de maladies cardiovasculaires, notamment des inhibiteurs de l'ECA, en particulier chez les femmes. Le traitement aux statines devrait également être prescrit au besoin, sauf en cas de contre-indications.

2. Afin d'assurer une intervention optimale pour la prévention ou le traitement des maladies cardiovasculaires, les médecins et les pharmaciens doivent garder en tête que l'acide acétylsalicylique (AAS), y compris l'AAS à faible dose, est pleinement remboursée en vertu du programme des SSNA.

Le diabète est un problème national qui a pris des proportions épidémiques. Cette maladie chronique entraîne des complications graves, dont les maladies rénales et cardiaques, la cécité et les amputations.

Le diabète est un problème de santé important chez les Premières nations et les Inuits. En fait, les taux de diabète au sein des populations autochtones au Canada sont de trois à cinq fois plus élevés que ceux de la population canadienne en général, et les femmes autochtones sont particulièrement vulnérables. Les taux de diabète des Inuits ne sont pas aussi élevés que ceux des autres populations autochtones; on observe toutefois que les taux de diabète de type 2 augmentent aussi chez les Inuits<sup>2</sup>.

Pour soigner et traiter le diabète, il faut prendre en charge non seulement la glycémie, mais aussi le risque de maladie cardiovasculaire afin de réduire le risque et l'incidence des complications du diabète. Les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (ACD) de 2003<sup>3</sup> mentionnent ce qui suit : « La principale priorité de la prévention des complications du diabète doit être de réduire le risque cardiovasculaire en protégeant l'appareil vasculaire par une démarche exhaustive et comportant plusieurs facettes. » Le traitement médical visant à abaisser le risque de maladie cardiovasculaire devrait donc débuter au moment du diagnostic du diabète de type 2.

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur le CCEUM, veuillez consulter le Bulletin pharmaceutique des SSNA de novembre 2004.

<sup>2</sup> Pour plus d'information, voir le site : [www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/ida/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pc/ida/index.htm)

<sup>3</sup> Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Can J Diabetes 2003. Voir le site : [www.diabetes.ca/cpgfrançais/default.aspx](http://www.diabetes.ca/cpgfrançais/default.aspx)

D'entrée de jeu, le CCEUM a recommandé que le programme des SSNA évalue l'utilisation des médicaments visant à réduire le risque de maladie cardiovasculaire chez les bénéficiaires du Programme souffrant de diabète. Ce sujet satisfait aux critères prédéfinis pour les problèmes pharmacologiques graves étant donné que le diabète est très répandu dans les communautés des Premières nations et les communautés inuites, que l'utilisation des médicaments utilisés pour le traiter varie énormément et que ces médicaments ont des effets positifs et mesurables sur l'état de santé.

## OBJET DE CETTE ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Les stratégies éprouvées pour la réduction du risque de maladie cardiovasculaire chez les patients diabétiques comprennent des traitements médicamenteux notamment des agents antiplaquettaires, des inhibiteurs de l'ECA et des statines. Cette évaluation de l'utilisation des médicaments visait donc à déterminer la fréquence de prescription des inhibiteurs de l'ECA et du traitement antiplaquettaire chez les bénéficiaires diabétiques du programme des SSNA. L'analyse a également porté sur l'usage des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) parce qu'ils sont recommandés par les Lignes directrices de l'ACD à la fois pour la protection des reins et pour le traitement de l'hypertension et qu'ils sont souvent utilisés en cas d'intolérance aux inhibiteurs de l'ECA.

## MÉTHODES

Il s'agissait d'une analyse rétrospective d'un ensemble de données chiffrées respectant les renseignements personnels sur les patients. La population à l'étude se composait des bénéficiaires du programme des SSNA qui avaient reçu, entre avril 2002 et décembre 2003, au moins deux ordonnances de traitement antihyperglycémique. Comme le diabète de type 1 est rare chez les Premières nations, nous avons supposé qu'un diabète de type 2 avait été diagnostiqué chez la grande majorité des bénéficiaires auxquels un traitement antihyperglycémique avait été prescrit.

Nous avons déterminé le nombre de bénéficiaires qui, au sein de cette population, ont reçu au moins

une ordonnance d'inhibiteurs de l'ECA, un ARA ou un traitement antiplaquettaire (AAS ou clopidogrel).

Les inhibiteurs de l'ECA ont été définis comme le bédazépril, le captopril, le cilazapril, l'énalapril, le fosinopril, le lisinopril, le périndopril, le quinapril, le ramipril, le trandolapril et leurs associations avec d'autres antihypertenseurs. Les ARA ont été définis comme le candésartan, l'éprosartan, l'irbésartan, le losartan, le telmisartan, le valsartan et leurs associations avec d'autres antihypertenseurs.

La principale mesure des effets a consisté à déterminer si les inhibiteurs de l'ECA et/ou les ARA étaient utilisés dans une proportion de plus de 75 % chez les patients de plus de 55 ans et si le traitement antiplaquettaire était utilisé dans une proportion de plus de 80 % chez les patients de plus de 30 ans. Ces repères statistiques sont tirés de Health Disparities Collaborative<sup>4</sup>.

## DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Pendant la période visée par l'analyse, environ 35 000 bénéficiaires du programme des SSNA ont reçu au moins deux ordonnances de traitement antihyperglycémique. L'âge moyen de cette population, composée de femmes dans une proportion de 58 %, était de  $54,6 \pm 14,5$  ans. Au total, 1 589 bénéficiaires (4,6 %) avaient moins de 30 ans. Ces données sont conformes aux données publiées sur le diabète chez les Premières nations; en général, les jeunes et les femmes ont une plus grande représentation de patients diabétiques chez les Premières nations que dans la population non autochtone.

## CONCLUSIONS PRINCIPALES

1. Dans l'ensemble, des inhibiteurs de l'ECA et des ARA ont été prescrits à 76,7 % des bénéficiaires âgés de 55 ans et plus, ce qui semble s'apparenter aux seuils recommandés par les US Diabetes Collaborative Outcome Models. Un inhibiteur de l'ECA a été prescrit à 70 % des bénéficiaires de 55 ans et plus; un ARA a été prescrit à un plus grand nombre de femmes que d'hommes. Dans l'ensemble de la cohorte, des inhibiteurs de l'ECA ou des ARA ont été prescrits à 65,4 % des bénéficiaires diabétiques du programme des SSNA, et le taux d'utilisation des inhibiteurs de l'ECA se situe à 60 %.

<sup>4</sup> Measures of Diabetes Population 2003-04, Health Disparities Collaboratives, US Department of Health and Human Services. [www.healthdisparities.net](http://www.healthdisparities.net)

2. Un traitement antiplaquettaire a été prescrit à environ 43 % des bénéficiaires diabétiques du programme des SSNA de plus de 30 ans. Les femmes de plus de 55 ans étaient moins nombreuses que les hommes du même âge à se voir prescrire un traitement antiplaquettaire. Ce taux d'utilisation est inférieur au taux recommandé, mais cela tient peut être du fait que l'AAS est disponible sans ordonnance et ne fait pas toujours partie des prestations des SSNA.

3. L'utilisation du traitement médicamenteux recommandé pour réduire le risque de maladie cardiaque différait selon la région de résidence. Le taux d'utilisation d'un inhibiteur de l'ECA et/ou d'un ARA variait d'une province à l'autre (intervalle de 54,5 % à 79,2 %), mais les variations étaient beaucoup plus grandes dans le cas de l'utilisation du traitement antiplaquettaire (intervalle de 24,8 % à 58,6 %) (voir les figures 1 et 2).

### LIMITES DE L'ANALYSE

Les bénéficiaires auxquels on a prescrit un traitement antihyperglycémique ne sont peut-être pas représentatifs de l'ensemble des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète. Les bénéficiaires auxquels on n'avait prescrit qu'un seul médicament antihyperglycémique pendant la période spécifiée n'ont pas été analysés de même que ceux qui n'avaient pas accès au programme des SSNA ou qui n'en étaient pas bénéficiaires. Il se peut aussi que l'usage du traitement antiplaquettaire soit sous estimé parce qu'il est disponible en vente libre.

### CONCLUSIONS

L'utilisation des inhibiteurs de l'ECA chez les bénéficiaires diabétiques plus âgés du programme des SSNA semble satisfaire à des critères prédéfinis. Se référant à ces critères, cette utilisation est égale ou supérieure quant à l'utilisation de ces traitements dans les populations non autochtones, mais elle est plus faible chez les patients jeunes et de sexe féminin. Ce phénomène, de même qu'un recours moins important aux traitements antiplaquet-taires, peut signaler la nécessité d'un examen des écarts

dans les traitements si l'on veut améliorer la santé cardiovasculaire chez les bénéficiaires diabétiques du programme des SSNA issus des communautés des Premières nations et des communautés inuites.

### MEMBRES DU CCEUM DES SSNA

#### **Richard MacLachlan (Président)**

Chef du Département de médecine familiale  
Université Dalhousie

#### **Bob Nakagawa (Vice-Président)**

Directeur des Services pharmaceutiques  
Régie de la Santé de la Fraser

#### **Ingrid Sketris**

Professeure, Faculté de pharmacie  
Université Dalhousie

#### **Dawn Frail**

Gestionnaire, Évaluation de la technologie des médicaments

Alliance pour l'Évaluation des médicaments de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

#### **Michael Perley**

Professeur adjoint en médecine familiale  
Université Dalhousie

#### **Cornelia Wieman**

Consultante en psychiatrie, Services de santé Six Nations

Codirectrice, Programme de développement de la recherche sur la santé des autochtones, Université de Toronto

#### **Marlyn Cook**

Conseil des Mohawks d'Akwesasne  
Département de santé

#### **Anne Unsworth**

Gestionnaire des services de santé communautaire  
Grand Conseil Prince Albert

#### **Rick Volpel**

Président directeur général  
Commission de santé de Bigstone

Figure 1: Utilisation d'inhibiteurs de l'ECA et/ou de ARA par les bénéficiaires des Premières nations et des Inuits N=34,478

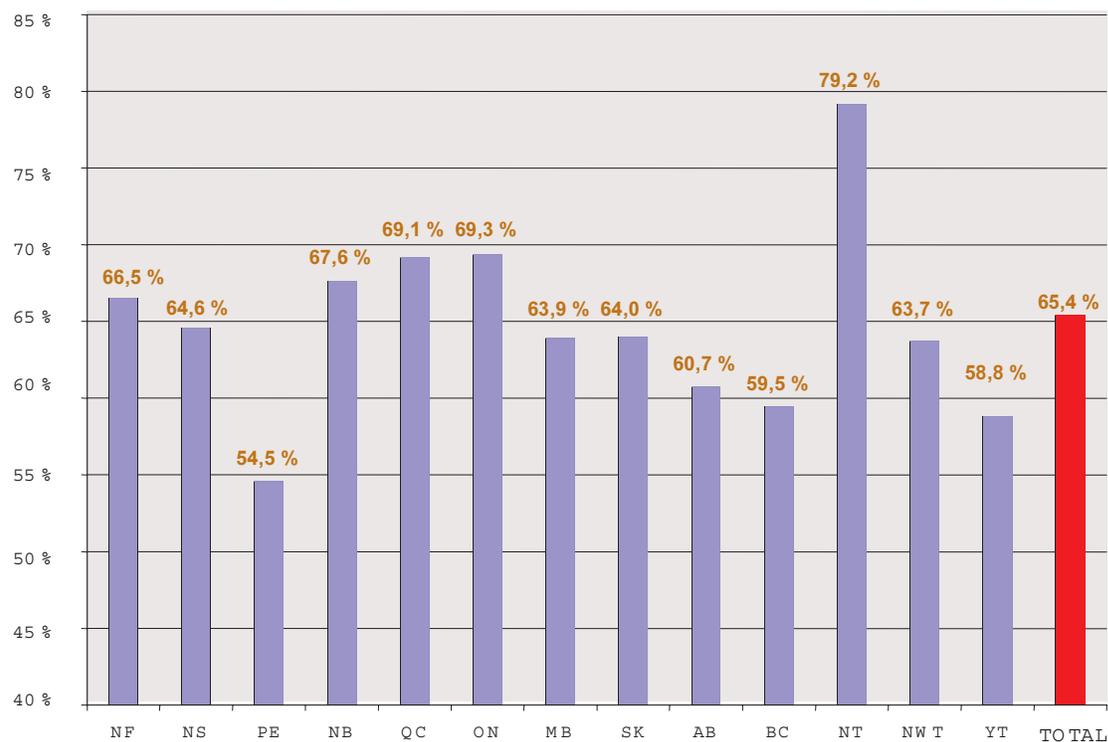


Figure 2: Utilisation de l'AAS et/ou de clopidogrel par les bénéficiaires des Premières nations et des Inuits N=34,478

