

## Médicaments obtenus par le Programme d'accès spécial de Santé Canada dans les CHU du Québec – Analyse descriptive du programme de gestion thérapeutique des médicaments

Élaine Pelletier<sup>1</sup>, B.Pharm., M. Sc.  
Benôit Cossette<sup>2</sup>, B.Pharm., M. Sc.  
Céline Dupont<sup>3</sup>, B.Pharm., M. Sc.  
Nathalie Marcotte<sup>4</sup>, B. Pharm., M. Sc.  
Marie-Claude Michel<sup>4</sup>, B. Pharm., M. Sc.  
France Varin<sup>5</sup>, B. Pharm., M. Sc.  
Louise Deschênes<sup>4</sup>, M.D.  
Paul Farand<sup>2</sup>, M.D.  
Daniel Froment<sup>5</sup>, M.D.  
Pierre Gaudreault<sup>1</sup>, M.D..  
Raghu Rajan<sup>3</sup>, M.D.

1 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine  
(CHU Sainte-Justine)  
2 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)  
3 Centre hospitalier universitaire de Santé McGill (CUSM)  
4 Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)  
5 Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)  
1 à 5 : Programme de gestion thérapeutique des médicaments  
(PGTM)

**Introduction :** Les CHU du Québec ont souvent recours aux médicaments autorisés par le Programme d'accès spécial (« médicaments-PAS »). En effet, plusieurs patients de ces centres présentent des pathologies rares, complexes ou réfractaires aux médicaments classiques disponibles sur le marché canadien. Santé Canada a publié une nouvelle version de sa ligne directrice définissant les principes et les pratiques d'utilisation en 2008.

La description de l'utilisation des médicaments-PAS au sein des CHU permet de détailler un profil global et d'évaluer dans quelle mesure sont appliquées les modalités de gestion proposées par Santé Canada.

**Objectifs :** Décrire le profil global des médicaments-PAS et la conformité des CHU aux modalités de gestion proposées par Santé Canada.

**Méthodologie :** Identification rétrospective de tout médicament-PAS utilisé au cours de l'année 2008-2009. Échantillonnage pour définir les principales caractéristiques et mesurer la conformité à cinq critères de gestion et de suivi.

**Résultats :** Le profil met en évidence la diversité, la répartition et l'importance des médicaments-PAS utilisés. Ces médicaments font l'objet d'environ 12000 ordonnances pour l'année, représentent 10,4M\$ soit 7,5 % du budget annuel global de médicaments des CHU et correspondent à plus de 140 dénominations communes. La fréquence de prescription et les coûts ont été mesurés. La conformité aux critères s'est révélée très variable. Des observations qualitatives intéressantes et des lacunes ont été identifiées à plusieurs étapes du circuit de ces médicaments.

**Conclusion :** Les CHU doivent améliorer l'encadrement de l'utilisation des médicaments-PAS, notamment la documentation et l'archivage, la surveillance clinique et le financement.

## Incidence des événements thromboemboliques post-prothèse de genou à l'Hôpital St-François d'Assise, CHUQ

Sylvie Plante<sup>1</sup>, B.Pharm., M.Sc  
Dominique Fréchette<sup>1</sup>, B.Pharm., M.Sc  
Jean Lefebvre<sup>2</sup>, B.Pharm., M.Sc, Ph.D

1 Hôpital St-François d'Assise (HSFA), Centre Hospitalier  
Universitaire de Québec (CHUQ)  
2 Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec

**Introduction :** La survenue d'événements thromboemboliques (ETE) à la suite de la pose d'une prothèse du genou (PTG) est une complication connue. En présence d'une thromboprophylaxie, l'incidence d'ETE uniquement symptomatique varie de 0,6 % à 5,7 %. Plus spécifiquement, les thromboses veineuses profondes (TVP) proximales sont de l'ordre de 0,33 % à 2,1 % et les embolies pulmonaires (EP) de 0 % à 1 %. La perception par les pharmaciens travaillant en orthopédie d'une incidence accrue d'ETE a mené à la réalisation de l'étude.

**Objectif :** Valider l'incidence d'ETE à HSFA et l'analyser en fonction des facteurs de risques thromboemboliques connus.

**Méthodologie :** Étude rétrospective réalisée à partir des dossiers médicaux couvrant la période du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 30 avril 2010. Tous les patients hospitalisés pour une PTG élective et recevant de la daltéparine à dose prophylactique pendant 14 jours ont été inclus.

**Résultats :** L'analyse de 246 dossiers a été effectuée. Quinze pour cent (15 %) des patients ont présenté un ETE, soit 2 % une thrombose veineuse superficielle, 11 % une TVP distale, 2 % une TVP proximale et 0,9 % une EP. Trente-cinq pourcent (35 %) des patients ont eu une investigation d'ETE. Le délai d'introduction de la daltéparine après la chirurgie (12 heures *versus* 24 heures et plus) influence significativement le taux d'ETE (< 0,001).

**Conclusion :** Une incidence plus élevée d'ETE est retrouvée à HSFA. Une proportion importante de patients a été investiguée, ce qui pourrait mener à la détection d'ETE asymptomatiques. Un début plus précoce de la thromboprophylaxie devrait être envisagé. Le risque de saignement (non évalué dans cette étude) devra alors être considéré.

# Évaluation de la qualité de l'acte : clinique d'anticoagulation ambulatoire gérée par les pharmaciens

Julie Méthot<sup>1,2</sup>, M.Sc., Ph.D.

*1 Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec*

*2 Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec*

**Introduction :** Depuis février 1998, les pharmaciens de notre institut ont mis sur pied un programme de suivi à domicile de l'anticoagulothérapie en phase aiguë. Ce projet s'inscrit dans un processus d'évaluation de la qualité de l'acte, nous voulions évaluer ce programme.

**Objectif :** L'objectif était de décrire les caractéristiques cliniques de la clientèle suivie au sein du programme ainsi que de décrire les paramètres liés à l'anticoagulation.

**Méthodologie :** Une étude descriptive rétrospective a été réalisée à l'été 2011. Les patients référés à la clinique ambulatoire d'anticoagulation suivis par les pharmaciens ont été inclus. Une fraction d'échantillonnage d'un dossier sur 50 a été utilisée pour sélectionner un échantillon probabiliste incluant 100 patients suivis du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 mars 2011.

**Résultats :** Les résultats obtenus démontrent que la principale raison d'anticoagulation était la fibrillation auriculaire, suivi de la thrombose veineuse profonde ou de l'embolie pulmonaire. Les types de dossiers suivis incluaient : amorce d'une anticoagulation à la warfarine associée à une héparine de faible poids moléculaire (68 %), corridor de sécurité (suivi unique de

la warfarine) (21 %) ou désanticoagulation (11 %). Les sujets suivis étaient âgés de 70 ans  $\pm$  12. Le nombre moyen de ratio normalisé international (RNI) analysé par sujet était de 11  $\pm$  9. La durée moyenne de suivi des patients par les pharmaciens était de 30 jours  $\pm$  16.

**Conclusions :** Les résultats démontrent que la clientèle suivie est relativement âgée. La durée moyenne du suivi est plus élevée comparativement aux objectifs initialement prévus.

---

## Usage optimal et médicaments obtenus par le Programme d'accès spécial : le cas de l'étomodate en pédiatrie

Jean-François Bussièrès<sup>1,2</sup>, B. Pharm., M. Sc., M.B.A., F.C.S.H.P.  
Guillaume Hébert<sup>1</sup>, Interne en pharmacie  
Christopher Marquis<sup>1</sup>, B. Pharm., M. Sc.

*1 Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), CHU Sainte-Justine, Montréal*

*2 Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal*

**Introduction :** L'étomodate est un agent indiqué pour l'induction en anesthésie générale et le soutien à d'autres agents anesthésiques en maintien lors de procédures. Disponible aux États-Unis depuis 1983, il n'est pas commercialisé au Canada.

**Objectif :** Évaluer de façon rétrospective la conformité de l'utilisation de l'étomodate à la règle d'utilisation locale.

**Méthodologie :** À partir des étiquettes nominales complétées par le personnel soignant pour la documentation des doses administrées, un dossier sur deux a été consulté de décembre 2008 à juillet 2010. Des données de conformité relatives au prescripteur, à l'indication, à la dose et au suivi ont été recueillies.

**Résultats :** Les patients étaient âgés en moyenne de 7,2  $\pm$  7,3 ans et pesaient 27  $\pm$  26 kg. Cent pour cent des ordonnances étaient conformes quant au prescripteur et 93% des ordonnances étaient conformes quant à l'indication (intubation rapide d'urgence (n = 6) et induction (n = 22), concernant les patients hémodynamiquement instables). Soixante-dix-sept pour cent des patients inclus avaient une cardiopathie. La dose moyenne utilisée était de 0,297  $\pm$  0,049 mg/kg en intubation rapide d'urgence (93% des doses conformes à  $\pm$ 20% de la dose recommandée localement soit 0,3 mg/kg) et de 0,267  $\pm$  0,046 en induction (96% des doses conformes à  $\pm$  0% de la dose recommandée localement soit 0,2-0,3 mg/kg). La cortisolémie a été monitorée seulement chez un patient, et on a eu recours à des corticoïdes pour quatre patients.

**Conclusion :** Un niveau élevé de conformité de l'utilisation de l'étomodate à la règle d'utilisation locale était observé. Il y avait des difficultés administratives à recenser toutes les doses administrées d'un médicament obtenu par le programme d'accès spécial.

# Étude comparative des organismes d'agrément en Europe, aux États-Unis et au Canada

Isabelle Barthélémy<sup>1</sup>, interne en pharmacie  
Lionel Brisseau<sup>1</sup>, interne en pharmacie  
Jordane Alemanni<sup>1</sup>, interne en pharmacie  
Régis Vaillancourt<sup>2</sup>, B. Pharm., Pharm.D. F.C.S.H.P  
Jean-François Bussièrès<sup>1,3</sup>, B. Pharm., M. Sc., M.B.A., F.C.S.H.P

*1 Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), CHU Sainte-Justine, Montréal*

*2 Département de pharmacie, Children Hospital of Eastern Ontario*

*3 Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal*

**Introduction :** Depuis la publication de la norme sur la gestion des médicaments par Agrément Canada en 2008, les pharmaciens sont davantage interpellés par les activités d'évaluation. Une bonne compréhension des organismes d'agrément des établissements de santé à l'échelle internationale peut être utile à l'évolution optimale du circuit du médicament.

**Objectif :** L'objectif de cette étude descriptive était de comparer les organismes d'agrément au Canada, aux États-Unis et en Europe.

**Méthodologie :** L'enquête du Belgian Health Care Knowledge Centre (2008) présentait un état des lieux des organismes d'agrément en Europe. Nous avons consulté les sites web des deux principaux organismes nord-américains afin de recenser les éléments comparatifs et de faire ressortir les similitudes et différences.

**Résultats :** L'enquête comportait 65 questions regroupées en cinq thématiques (c.-à-d. *policy, governance, methods, funding mechanisms, evaluation*). Il en ressort que 52 % des pays européens avaient un ou plusieurs organismes d'agrément et 7 % en planifiaient la mise en place. La consultation internet de Joint Commission et Agrément Canada a permis de répondre à 26 des 65 questions. Plusieurs pays européens ont développé un cadre d'agrément basé sur les expériences américaines et canadiennes. Si le processus est obligatoire dans sept pays européens, il demeure volontaire au Canada sauf au Québec. Au moins deux pays (UK, ÉUA) n'annoncent pas forcément leur visite. Au moins huit pays européens et les ÉUA rendent public les rapports d'agrément contrairement à l'organisme canadien.

**Conclusion :** Il existe de nombreuses différences entre les organismes d'agrément en Europe et en Amérique du Nord.

---

## Hierarchisation des activités pharmaceutiques : simulation auprès de leaders en pharmacie

Sophie Renet<sup>1</sup>, interne en pharmacie  
Kevin Hall, B. Pharm., Pharm. D  
Jean-François Bussièrès<sup>1,2</sup>, B. Pharm., M. Sc., M.B.A., F.C.S.H.P

*1 Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), CHU Sainte-Justine, Montréal*

*2 Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal*

**Introduction :** Il existe peu de données démontrant le processus décisionnel utilisé par les pharmaciens pour prioriser des activités pharmaceutiques.

**Objectif :** Évaluer le niveau de hiérarchisation des activités accordé par les leaders dans le cadre d'une simulation et identifier et hiérarchiser les facteurs d'influence sur le processus décisionnel individuellement et en équipe.

**Méthodologie :** Étude descriptive/transversale à partir d'un jeu simulé de 32 activités (142 étiquettes). Une étiquette permet de déterminer un niveau de couverture des besoins ou des patients. Les leaders étaient répartis par équipes (4 à 6). Chaque équipe représentait l'équipe de gestion d'un département de pharmacie devant hiérarchiser les activités et leur niveau de couverture. Individuellement et par équipe, les participants devaient hiérarchiser par ordre décroissant les facteurs d'influence sur le processus.

**Résultats :** Trente et un (31) leaders en pharmacie répartis en six équipes. Le poids relatif moyen de chacun des domaines était de 35 % pour les activités cliniques, de 29 % pour les activités de distribution, de 19 % pour les activités de gestion, de 11 % pour l'enseignement et de 6 % pour la recherche. Les équipes ont sélectionné de 23 à 28 des activités proposées. Les facteurs identifiés en équipe comme ayant le plus influencé le processus décisionnel étaient la volonté de respecter le cadre législatif ou normatif (n° 1), la perception de l'impact favorable des activités sur les résultats de santé (n° 2) et sur la prestation sécuritaire de soins (n° 3) ainsi que la dynamique départementale favorable (n° 4).

**Conclusion :** À notre connaissance, il s'agit de la première simulation de hiérarchisation des activités pharmaceutiques au Québec.

# Hierarchisation des programmes de soins avec présence décentralisée de pharmaciens: technique delphi auprès de chefs pharmaciens

Lionel Brisseau<sup>1</sup>, interne en pharmacie  
Jean-François Bussièrès<sup>1,2</sup>, B. Pharm., M. Sc., M.B.A., F.C.S.H.P  
Denis Bois<sup>3</sup>, B. Pharm. M.Sc.  
Marc Vallée<sup>4</sup>, B. Pharm. M.Sc.  
Marie-Claude Racine<sup>5</sup>, B.Pharm., M.Sc.  
André Bonnici<sup>6</sup>, B. Pharm., M.Sc.

1 Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), CHU Sainte-Justine, Montréal  
2 Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal  
3 Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal  
4 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke,  
5 Centre hospitalier universitaire de Québec, Québec  
6 Centre universitaire de santé McGill, Montréal

**Introduction :** Le contexte économique et la pénurie de pharmaciens obligent les décideurs à faire des choix.

**Objectif :** Établir une priorisation consensuelle des programmes de soins selon l'impact perçu de la présence de pharmaciens décentralisés.

**Méthodologie :** Cinq chefs de département de pharmacie de CHU ont été exposés aux données canadiennes publiées et aux preuves de l'impact de la présence décentralisée de pharmaciens dans les programmes de soins. Dans une démarche structurée (technique Delphi), chacun a coté individuellement sa perception de l'impact des pharmaciens décentralisés par programme selon trois critères (c.-à-d. résultats de santé, coûts et risque d'erreurs) et attribué un rang à chaque programme en fonction de l'impact pressenti. À partir de ces cotations et consensus, il a été convenu du rang final de ces programmes ambulatoires et hospitalisés.

**Résultats :** En moyenne, 36 % et 53 % des programmes de soins ambulatoires (n = 17) et hospitaliers (n = 18) bénéficient de pharmaciens décentralisés. Nous avons recensé des données probantes « suffisantes » pour 40 % de ces programmes. À l'issue de la démarche, le classement proposé par les répondants obtient une bonne corrélation (0,760 ambulatoire; 0,796 hospitalisation) avec celui de l'enquête canadienne. Cependant, un tel classement ne permet pas d'établir le nombre minimal de programmes à couvrir.

**Conclusion :** Il s'agit de la première étude explorant la hiérarchisation des programmes de soins avec présence décentralisée de pharmaciens.

---

## Évaluation de l'implantation de cabinets décentralisés en établissement de santé

Lionel Brisseau<sup>1</sup>, interne en pharmacie  
Jean-François Bussièrès<sup>1,2</sup>, B. Pharm., M. Sc., M.B.A., F.C.S.H.P  
Denis Lebel<sup>1</sup> B.Pharm., M. Sc., F.C.S.H.P  
Suzanne Atkinson<sup>1</sup> B.Pharm., M. Sc.,  
Michel Lemay<sup>1</sup>, M.Sc.

1 Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), CHU Sainte-Justine, Montréal  
2 Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal

**Introduction :** Peu de données existent sur l'utilisation et les retombées des cabinets automatisés décentralisés (CAD) en établissements de santé.

**Objectif :** L'objectif principal du projet était d'évaluer la conformité (globale et pour chaque processus du circuit du médicament) à la suite de l'implantation des CAD.

**Méthodologie :** Sept stations CAD ont été implantées en 2009-2010. La conformité de nos pratiques a été évaluée à partir des lignes directrices portant sur l'utilisation sécuritaire des CAD de l'Institute for Safe Medication Practice (ISMP) et de son outil d'auto-évaluation. La conformité de la pratique a été évaluée par consensus par l'équipe d'implantation à 30 jours et à 120 jours après l'implantation, et l'analyse portait sur les étapes de réapprovisionnement, de planification, de préparation et d'enregistrement des doses.

**Résultats :** Le profil de conformité global est passé de 66 % [35 %-93 %] à 74 % [66 %-100 %] en trois mois. La conformité de du processus de formation du personnel (de 35 % à 70 %) et de la gestion des retours de médicaments (de 80 % à 100 %) montrent une excellente amélioration. Parmi les critères de non-conformité révélés par l'évaluation, notons au niveau technologique, l'affichage inadéquat des allergies des patients et, au niveau organisationnel, l'absence de restriction des accès par usager en fonction de l'unité de soins.

**Conclusion :** Cette faible amélioration observée sur trois mois s'expliquait par des écarts technologiques requérant des changements sur le produit. Les difficultés étaient souvent corrélées aux spécificités du contexte de soins pédiatriques. L'utilisation des lignes directrices a permis de cibler les écarts et d'orienter nos actions, dans l'optique de réduire les erreurs médicamenteuses.

## Audits en soutien à la préparation d'une visite d'Agrément Canada

Estelle Huet<sup>1</sup>, résidente en pharmacie  
Suzanne Atkinson<sup>1</sup>, B.Pharm., M.Sc.  
Louis Rocheleau<sup>1</sup>, MA  
Jean-François Bussièrès<sup>1,2</sup>, B.Pharm., M.Sc., F.C.S.H.P.

*1* CHU Sainte Justine, Montréal

*2* Faculté de pharmacie, université de Montréal

**Introduction :** La préparation à la visite d'agrément nécessite un investissement important en ressources humaines et en coordination compte tenu de l'étendue de la pratique pharmaceutique et du circuit du médicament dans un établissement de santé. Pour satisfaire aux exigences de la norme sur la gestion des médicaments et notamment pour les pratiques organisationnelles requises, le pharmacien doit réaliser des audits. Ces audits permettent l'identification des écarts et l'évaluation de l'impact des mesures correctrices proposées.

**Objectif :** Décrire une démarche pratique d'audits en soutien à la préparation d'une visite d'Agrément Canada.

**Méthodologie :** À partir du rapport d'auto-évaluation, un plan d'amélioration de la qualité a été établi selon le modèle suivant : équipe, numéro et libellé du critère, priorité, interprétation (c.-à-d. non-conformité, conformité partielle, personnel mal informé, critère non explicite), parties prenantes,

actions correctives proposées, responsable, échéancier, progression, explication des écarts, audits proposés, actions correctives identifiées lors de la précédente visite.

**Résultats :** Vingt-sept audits ont été réalisés en mars 2011 pour un total d'environ 80 heures d'observation, d'analyse et de rédaction par deux résidents en pharmacie, un assistant technique en pharmacie et dix cadres-conseils infirmiers. Pour chaque audit, nous avons utilisé le gabarit de la méthode scientifique, soit objectif et description, méthode, résultats, discussion, limites.

**Conclusion :** Il existe peu de données sur la réalisation d'audits en soutien à la préparation d'une visite d'agrément. Dans plusieurs cas, on note des écarts par rapport aux critères formulés. Les résultats des audits seront utilisés afin d'établir un plan d'intervention avant la visite d'agrément.

---

## Mise en œuvre du plan d'indexation du *Pharmactuel* dans Medline

Julie Méthot<sup>1,2</sup>, M.Sc., Ph.D.  
Roxane Therrien<sup>3</sup>, B.Pharm., M.Sc.,  
Marie-Claude Poulin<sup>4</sup>, B.Pharm., M.Sc.  
Louise Mallet<sup>5,6</sup>, B.Sc.Pharm., Pharm.D., CGP

*1* Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec

*2* Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec

*3* CHU Ste-Justine, Montréal

*4* Ordre des pharmaciens du Québec, Montréal

*5* Centre universitaire de santé McGill, Montréal

*6* Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal

**Introduction :** L'indexation dans Medline constitue un objectif du comité de rédaction du *Pharmactuel* qui permettrait une reconnaissance scientifique la revue.

**Objectif :** Décrire les étapes de mise en œuvre du plan d'indexation de la revue menant au dépôt du dossier d'indexation dans Medline par le comité de rédaction.

**Méthodologie :** En 2007, la rédactrice en chef adjointe a été nommée responsable du dossier d'indexation dans Medline.

**Résultats :** La première étape de mise en œuvre a été de placer l'éditorial sous la responsabilité de la rédactrice en chef. Une seconde étape fut la visite auprès d'un rédacteur en chef américain ayant récemment vécu le processus d'indexation dans Medline pour s'en inspirer. Un comité consultatif incluant quatre représentants de la francophonie hors Québec (France

(2), Suisse et Belgique) a été créé pour intégrer un volet international à la revue. Un processus de révision par les pairs a aussi été mis en place. La structure et le fonctionnement du comité de rédaction ont été revus. Les recommandations aux auteurs ont été modifiées. La licence de publication a été mise à jour et l'obligation de signer une déclaration de conflit d'intérêts a été ajoutée au processus de publication. Finalement, un logiciel de soumission et de révision des articles en ligne a été déployé afin de permettre une saine gestion des articles soumis.

**Conclusion :** Toutes les étapes du plan d'indexation ont été complétées. Le dossier pour l'indexation de la revue dans Medline a été déposé le 1<sup>er</sup> avril dernier. L'appui de l'A.P.E.S. dans la réalisation de ce projet fut inconditionnel.

Julie Méthot et Louise Mallet sont respectivement rédactrice en chef et rédactrice en chef adjointe du *Pharmactuel*. Louise Mallet était aussi responsable du dossier d'indexation dans Medline. Tous les auteurs ont été membres du sous-comité d'indexation du *Pharmactuel*.

# Mécanismes pharmacologiques comme facteurs modifiables de la prescription de *SITTERS*

Ariane Lessard<sup>1</sup>, B. Pharm., M.Sc.  
Anne-Marie Charbonneau<sup>1</sup>, B. Pharm., M.Sc.  
Jessica Fluet<sup>2</sup>, B. Pharm., M.Sc.  
Christian Rochefort<sup>3</sup>, Ph.D.  
Robyn Tamblyn<sup>3,4</sup>, Ph.D.  
Louise Mallet<sup>1,5</sup> B.Sc.Pharm., Pharm.D.

<sup>1</sup> Département de pharmacie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal

<sup>2</sup> Département de pharmacie, CSSS de Rouyn-Noranda au CHRN

<sup>3</sup> Groupe de recherche en informatique de la santé, Université McGill, Montréal

<sup>4</sup> Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Université McGill, Montréal

<sup>5</sup> Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal

**Introduction :** L'usage de médicaments psychotropes a été identifié comme un facteur de risque lié à l'utilisation de sitters, mais les mécanismes pharmacologiques expliquant cette association sont inconnus.

**Objectifs :** Décrire les associations entre trois mécanismes pharmacologiques potentiellement modifiables (soit la charge anticholinergique, la présence de médicaments non ajustés à la fonction rénale et d'interactions médicamenteuses), et l'usage de sitters.

**Méthodologie :** Une étude rétrospective de type cas-témoin a été réalisée sur 286 patients, extraits d'une cohorte de patients de 65 ans et plus hospitalisés au Centre Universitaire de Santé McGill entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2010 ayant eu ou non un sitter. L'ensemble des variables significatives dans l'analyse univariée a été utilisé dans une régression logistique multivariée avec une sélection de modèles selon la stratégie pas à pas sur la fonction de vraisemblance.

**Résultats :** Les deux groupes avaient une moyenne d'âge et une durée de séjour à l'urgence similaire. À la suite de l'analyse multivariée, il a été démontré que pour chaque médicament avec une charge anticholinergique de niveau 1, le risque d'avoir recours à un sitter était augmenté de 40% (RC 1,4 [IC 95% 1,1-1,7], p = 0.005). L'association entre l'ajustement des médicaments en insuffisance rénale ou les interactions et la prescription de sitter n'a pu être démontrée.

**Conclusion :** Puisque la charge anticholinergique est un facteur prédicteur et modifiable de la prescription de sitter, l'utilisation de médicaments sans charge anticholinergique devrait être favorisée dans la population gériatrique hospitalisée.

Ce projet a été effectué au Centre universitaire de santé McGill, dans le cadre du projet de maîtrise en pratique pharmaceutique, option établissement de santé, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

## RÉVISEURS POUR LE VOLUME 44 – ANNÉE 2011

### Remerciements aux réviseurs et aux membres du comité de rédaction pour 2011

Le *Pharmactuel* désire souligner le travail remarquable effectué par les réviseurs et le comité de rédaction au cours de l'année 2011. En effet, tous les articles du magazine ont fait l'objet d'une révision éditoriale et linguistique. De plus, les articles de quatre chroniques du *Pharmactuel*, soit Cas clinique en direct de l'unité, Évaluation critique de la documentation scientifique, Pharmacothérapie et Recherche ont bénéficié de la révision de deux pairs. Quant aux chroniques de nature clinique (Au centre de l'information; Gestion; Risque, qualité, sécurité; Votre expérience avec), elles ont fait l'objet de révision lorsque cela s'avérait nécessaire. L'expertise des réviseurs et le temps consacré aux révisions ont permis d'améliorer la qualité et le contenu des articles avant leur publication. Nous tenons également à remercier les auteurs qui ont effectué les changements demandés et ont répondu aux commentaires, parfois nombreux, des réviseurs. Leurs efforts ont été récompensés par la publication de leur article. Merci aux membres du comité de rédaction et du comité consultatif qui s'investissent pour faire du *Pharmactuel* une revue de qualité.

Benoît Allenet  
Anita Ang  
Marie Auclair  
Marie-France Beauchesne  
Luc Bergeron  
Lucie Blais  
Denis Bois  
Anne Bouchard  
Jean-François Bussièrès  
Marie-Josée Boily  
Julie Boisvert  
Nathalie Châteauvert  
Lyne Constantineau

Jean-Philippe Côté  
Christian Coursol  
Valérie Crépeau  
Olivia Dalleur  
Marie-Soleil Delisle  
Annick Dufour  
Isabelle Dupont  
Antoine Dupuis  
France Gauvin  
Simon-Pierre Guay  
Bertrand Guignard  
Christine Hamel  
Sylvie Hébert

François E. Lalonde  
Marie-Sophie Lambert  
Annie Lavoie  
Laurent Lebeau-Charbonneau  
Nathalie Letarte  
Brigitte Martin  
Louise Mallet  
Julie Méthot  
Thanh Thao Ngo  
Marc Parent  
Marc Perreault  
Marie-Claude Poulin

Roxane Pouliot  
Mounir Rhalimi  
Caroline Robitaille  
Yves Rousseau  
Maxime Thibault  
Daniel Thirion  
Roxane Therrien  
Eve Tonietto  
Annie Viau  
Eric Villeneuve  
Leon Wilmotte  
Ursula Winterfeld