



FOND DE L'HISTOIRE

JUILLET - AOÛT 2016



**LA MÉDECINE PERSONNALISÉE OFFRE
UNE MYRIADE DE POSSIBILITÉS**

PAGE 2

PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES :

Bénéficiaires des subventions du Programme des dons
communautaires 2016

PAGE 6

NOUVEAUTÉS...

Rapport de compte rendu de la première conférence

« Un Canada en bonne santé »

Étude sur les antidépresseurs dans la presse

Désaccoutumance au tabac dans la presse

PAGE 7



DES PREUVES SCIENTIFIQUES CONTRIBUERONT À EN FAIRE UNE RÉALITÉ

Hier encore, semble-t-il, les technologies mobiles telles que les téléphones cellulaires et les iPods suscitaient un véritable engouement; maintenant, ce sont les technologies prêt-à-porter comme les Fitbits, les montres Apple et les lunettes Google qui, en un rien de temps, ont conquis le marché. Des enregistreurs numériques personnels à Netflix... des voitures électriques aux voitures sans conducteur... aujourd'hui, le changement technologique rapide est la norme.

Les nouvelles technologies ont heureusement le potentiel d'améliorer nos vies de nombreuses manières, l'une étant le recours possible à la médecine personnalisée pour améliorer la qualité des soins de santé. En fait, certains aspects de la médecine personnalisée sont devenus réalité de sorte que la question consiste non pas à savoir si son utilisation est de l'ordre du possible, mais plutôt s'il convient de la couvrir en tant que garantie admissible.

D'abord, un rappel au sujet de la médecine personnalisée

Comme cette expression le laisse entendre, le concept qui sous-tend la médecine personnalisée consiste à individualiser le traitement médical en fonction du bagage génétique de chacun. Également appelée médecine individualisée ou médecine de précision, la médecine personnalisée adapte les décisions médicales, les traitements et les produits à chaque patient en fonction de son profil génétique pour prédire les effets thérapeutiques ou indésirables de différents traitements.

Fascinant, n'est-ce pas? Particulièrement si l'on songe au potentiel de personnalisation des soins de santé en ayant recours à de nombreuses techniques, soit de nouveaux médicaments, de nouvelles technologies, de nouveaux outils diagnostics et de nouveaux procédés pour soigner les patients. Sans oublier le potentiel de personnalisation des soins de santé à toutes les étapes de leur prestation, soit la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi.

Un jour, les membres de votre régime se feront peut-être prescrire des médicaments formulés en fonction de leurs caractéristiques génétiques. Comme la pharmacogénomique est maintenant une possibilité, le jour où la médecine personnalisée deviendra une réalité n'est peut-être pas si lointain. À suivre!

Pharmaco... quoi?

La pharmacogénomique est un type de médecine personnalisée dont l'objectif est de guider la rédaction des ordonnances pour que les patients reçoivent un traitement pharmacologique optimal. Cette discipline vise à répondre à la question suivante : le membre du régime présente-t-il certaines mutations génétiques ayant l'effet connu d'influer d'une manière quelconque sur sa réponse à un médicament?

L'idée sous-jacente est que les variations du profil génétique d'un patient peuvent aider à déterminer comment ce dernier répondra à certains médicaments. Selon le profil génétique du patient, mis en lumière par un test génétique, les médecins et les pharmaciens peuvent utiliser les résultats pour choisir les médicaments les mieux appropriés dans chaque cas.

L'innovation technologique à l'œuvre

- **Des pouvoirs de guérison dignes de Wolverine et de Deadpool :** Des chercheurs ont utilisé des techniques d'impression et d'imagerie en 3D pour rétablir les fonctions sensorielles et motrices de rats de laboratoire ayant subi des lésions. Ces techniques ont en fait permis la régénération des nerfs endommagés. Un homme a eu la vie sauve grâce à l'impression en 3D : il possède maintenant une cage thoracique et un sternum en titane imprimés en 3D. Une fillette de trois ans a subi la toute première chirurgie reconstructive complète du crâne à l'échelle planétaire à l'aide de la technologie d'impression en 3D, qui a permis de créer un nouveau crâne en titane.
- **Une nouvelle manière de voir le traitement des cataractes :** Pour traiter la cataracte – l'opacification du cristallin est la principale cause de cécité dans le monde – des chercheurs ont mis au point un collyre qui la fait fondre. Une fois que son application chez les humains aura été approuvée, ce traitement pourrait éliminer le recours aux chirurgies ophtalmiques et réduire les risques de cécité.
- **Combattre les tumeurs du cerveau par la réingénierie :** En plus d'avoir détecté et détruit des cellules cancéreuses, un poliovirus obtenu par réingénierie a évité la détérioration des cellules normales. Ce poliovirus est à l'étude depuis des dizaines d'années, et la U.S. Food and Drug Administration devrait prendre une décision en 2016 quant à sa « percée thérapeutique¹ ».

Idéalement, la pharmacogénomique permet de prédire qui répondra positivement à un médicament, par opposition à qui n'y répondra pas du tout ou qui subira des effets secondaires indésirables. La pharmacogénomique consiste expressément à déterminer la tolérance aux médicaments et l'efficacité de ceux-ci. Ce champ de recherche est différent des autres types d'essais génétiques tels que la détermination des mutations génétiques qui accroissent le risque de causer des problèmes de santé d'origine génétique, ou la confirmation d'un diagnostic de maladie dans le cas où le médecin soupçonne un problème de santé donné à partir de symptômes physiologiques.

Voici comment cela fonctionne :

- Un patient fournit un échantillon de salive, qui est identifié seulement par un code numérique. L'échantillon est envoyé au laboratoire où il fait l'objet d'une analyse visant à déterminer précisément les variations génétiques en cause dans les processus physiologiques tels que la métabolisation des médicaments;
- Les résultats sont transmis au patient ou au fournisseur de soins de santé ayant demandé l'échantillon (c.-à-d. le médecin, le pharmacien ou le conseiller en génétique). Le patient peut également montrer les résultats du test à son pharmacien, qui pourra envisager de modifier une ordonnance ou la posologie du médicament, ou discuter avec le médecin;
- Le fournisseur de soins de santé passe en revue les résultats du test et détermine quels médicament et posologie seront vraisemblablement indiqués pour le patient. Par exemple, une personne présentant une variation génétique associée à la métabolisation plus lente que la moyenne d'un médicament se verrait prescrire une dose plus faible puisque son organisme prend plus de temps à assimiler et à éliminer ce médicament. Au contraire, une dose plus forte serait prescrite à une personne dont le métabolisme est rapide. Il se peut aussi que le médecin juge que le patient devrait carrément éviter de prendre ce médicament.

La pharmacogénomique à l'œuvre

L'utilisation de tests génétiques pour prédire la réponse à une thérapie médicamenteuse est déjà répandue dans certains centres de recherche et cliniques. La première clinique de médecine personnalisée du Canada, qui a ouvert ses portes en 2008, se concentre sur les problèmes de santé complexes et les médicaments tels que la warfarine, qui est un anticoagulant, les statines qui font baisser la cholestérolémie et le tamoxifène, qui combat le cancer du sein.

Cependant, le pharmacologue clinique qui a fondé cette clinique explique que le dosage d'un traitement médicamenteux en fonction d'un test génétique n'est pas aussi simple qu'on le prétend souvent, car si tel était le cas « tous les hôpitaux en Amérique du Nord le feraient ». Le fondateur de cette clinique explique que les niveaux de concentration réels d'un médicament dans l'organisme varient beaucoup, même chez des patients dont les profils génétiques se ressemblent.

Il estime que les tests pharmacogénomiques peuvent être utiles, mais qu'ils font appel à des connaissances spécialisées : « Il ne serait pas approprié de sauter sur cette solution comme s'il s'agissait d'une panacée² ».

Ce genre de test génétique est en train de devenir plus accessible partout au Canada de sorte que son accessibilité n'est pas problématique. Le vrai problème consiste à savoir qui paiera la facture et si cet investissement rapportera quelque chose. En poussant un peu plus loin notre réflexion, nous pourrions nous demander si les régimes de garanties de soins de santé devraient un jour couvrir la pharmacogénomique en tant que garantie admissible.

Couvrir ou ne pas couvrir, telle est la question de l'avenir

Les fournisseurs qui proposent des tests génétiques pharmacogénomiques invoquent de multiples motifs en faveur de leur acceptation en tant que garantie admissible. En théorie, une capacité accrue de prescrire des médicaments mieux appropriés à chaque patient devrait réduire les réponses négatives aux médicaments et les hospitalisations. De plus, il serait moins nécessaire de procéder par essai-erreur pour trouver la thérapie la plus efficace; l'état des patients risque de se détériorer encore plus pendant ce laps de temps.

Par ailleurs – là encore, en théorie – le fait d'éviter grâce à la pharmacogénomique que des médicaments inappropriés soient prescrits devrait permettre une amélioration de l'état de santé des membres d'un régime et, partant, de la productivité, de l'absentéisme et de l'invalidité. Il devrait en résulter une baisse du coût des médicaments parce qu'il y aurait moins de gaspillage et que les coûts associés à l'absentéisme et à l'invalidité seraient moindres. Voilà le « rendement » potentiel du capital investi au sujet duquel nous nous interrogeons.

Il est emballant de songer à l'impact possible de la pharmacogénomique du point de vue de l'amélioration de la santé des membres d'un régime. Pour évaluer plus précisément l'état actuel de la pharmacogénomique, nous nous sommes tournés vers la science.

Qu'en pensent les scientifiques?

Un certain nombre d'études ont examiné l'association entre une mutation génétique donnée et les résultats d'une pharmacothérapie, et les observations ont tendance à être non concluantes ou non concordantes.

Par exemple, plusieurs études montrent que l'incidence de la toxicité d'un antidépresseur donné est plus élevée chez les patients dont le métabolisme est considéré comme lent ou moyen. Cependant, un nombre aussi important d'autres études ne font pas état de corrélations statistiquement significatives.

Comme l'explique Ned Pojskic, chef de la stratégie pharmaceutique de GSC : « Il est encourageant de constater que la méthodologie scientifique fondamentale qui sous-tend les tests pharmacogénomiques est solide, mais les preuves scientifiques n'indiquent pas clairement s'il s'agit d'une option viable en matière de gestion des médicaments pour les promoteurs de régime. À cet égard, d'autres preuves devront être recueillies avant que les tests pharmacogénomiques puissent devenir une pratique courante ».

Et que dire du contexte plus large de la santé du patient? Par exemple, l'âge, le sexe, le régime alimentaire, le tabagisme, les interactions entre les médicaments et la comorbidité ne sont que quelques-uns des multiples autres facteurs qui doivent entrer en ligne de compte dans l'interprétation des résultats des tests parce qu'ils influent sur la manière dont les patients métabolisent les médicaments et y réagissent. Enfin, il se peut que des facteurs présents dans le milieu ambiant du patient influent sur ses réponses.

« Il est important, observe Ned Pojskic, de reconnaître que le bagage génétique individuel des patients n'est qu'un des nombreux facteurs qui influent sur la manière dont ils répondront à un médicament en particulier. En fait, des preuves attestent que le profil génétique individuel explique seulement un faible pourcentage des variations observées dans les réponses à un médicament donné. »

Que faut-il en conclure? Bon, allons-y!

**La présence d'une mutation génétique n'est pas garante de l'effet indésirable d'un médicament sur un patient.
Et l'absence de mutation ne signifie pas que le patient ne répondra pas négativement au médicament.**

Compris? Cette notion n'est peut-être pas évidente de prime abord, mais le message est en substance que même si les tests génétiques sont très prometteurs du point de vue de l'amélioration de la gestion des médicaments, des décisions avisées en matière d'ordonnances ne devraient pas reposer uniquement sur les tests génétiques. La génétique n'est qu'un facteur parmi d'autres.

Très prometteur...mais pas tout à fait au point

Les preuves scientifiques étant insuffisantes, la pharmacogénomique n'est pas tout à fait au point, en ce sens que rien ne justifie encore son acceptation en tant que garantie admissible en 2016. Des experts expliquent que « malgré le rythme rapide des découvertes et de la mise au point des tests, l'utilisation courante des tests pharmacogénétiques est contrecarrée par le manque de données démontrant leur utilité clinique, ou de preuves que leur utilisation améliorera l'état de santé d'un patient donné. Bien que les essais contrôlés aléatoires restent la règle d'or en matière de preuves cliniques, très peu d'essais de ce type ont été menés en pharmacogénétique³ ». (Soit dit en passant, maintenant que vous réussissez enfin à prononcer le mot pharmacogénomique, sachez que cette discipline est également appelée pharmacogénétique.)

Prenons la warfarine, par exemple, qui est l'un des médicaments les plus couramment prescrits dans le monde pour traiter les problèmes cardiovasculaires, mais présente aussi un risque élevé d'effets secondaires indésirables. Des résultats de recherche concluent que « bien que le profil génétique influe peut-être beaucoup sur le dosage de la warfarine, les tests pharmacogénomiques prospectifs courants ne sont pas évalués par la FDA ni par d'autres groupes d'experts parce qu'il n'y a pas assez de preuves justifiant leur recommandation ou leur contre-indication⁴ ».

Et les autres catégories de médicaments? Puisque des recherches sont en cours sur l'utilisation de la pharmacogénomique et la prescription des antidépresseurs, nous avons interrogé un éminent psychiatre canadien. Voici l'avis de Michael Rosenbluth, MD, FRCPC, chef du Département de psychiatrie de l'Hôpital Toronto East General et professeur associé à l'Université de Toronto :

« Les tests pharmacogénétiques représentent un champ de recherche relativement nouveau et passionnant qui, un jour, portera peut-être fruit et renforcera les travaux que nous effectuons pour optimiser les traitements des patients. À en juger par les recensions, toutefois, il n'existe actuellement pas d'essais contrôlés aléatoires à grande échelle pour évaluer l'utilité des tests pharmacogénétiques courants. La faible corrélation entre la génétique et la réponse clinique écarte dans l'immédiat toute possibilité de conclure à l'utilité des tests pharmacogénétiques pour prescrire des antidépresseurs. »

Et voici la position de Santé Canada au sujet des applications actuelles et futures de la pharmacogénomique : « La pharmacogénomique n'est pas encore une discipline importante au Canada. Cependant, la nécessité de réduire les effets indésirables de la prise de médicaments et les coûts pour le système de soins de santé peut encourager la mise sur pied de programmes de recherche en pharmacogénomique, tant de la part des entreprises privées que des pouvoirs publics⁵ ».

Jusqu'à maintenant, toutes les preuves pointent vers la même conclusion, à savoir que la pharmacogénomique est prometteuse, mais qu'elle n'en est qu'à ses débuts et que rien, dans l'état actuel des choses, ne justifie sa couverture par les régimes de garanties. Cependant, puisque la pharmacogénomique présente un potentiel réel, ne serait-il pas opportun de réunir des preuves en faveur de son utilisation?

Appel aux chercheurs

GSC a saisi l'occasion de devenir l'un des subventionnaires de la deuxième phase d'une étude de la British Columbia Pharmacy Association, intitulée *Genomics for Precision Drug Therapy in the Community Pharmacy*.

La première phase avait jeté les bases de la toute première étude en pharmacogénomique dans le secteur des pharmacies communautaires. Y ont participé 33 pharmaciens communautaires de régions rurales et urbaines de la Colombie-Britannique, qui avaient recruté 200 patients volontaires auxquels ils avaient demandé des échantillons de salive⁶.

Des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique ont terminé le séquençage des échantillons en janvier et effectueront une analyse rétrospective de l'ADN pour découvrir en quoi la génétique aurait modifié la posologie des médicaments prescrits aux patients. D'autres travaux de base entrepris au cours de la première phase ont porté sur la mise au point de procédures pour le prélèvement d'échantillons de salive de patients, le traitement et le séquençage de l'ADN ainsi que la création d'outils de sensibilisation des patients utilisés par les pharmaciens.

Mettant à profit les travaux préliminaires de la première phase, la deuxième phase devrait démarrer cet automne et s'échelonnera sur environ un an et demi. La deuxième phase porte essentiellement sur les catégories de médicaments destinés au traitement des maladies mentales, des maladies cardiovasculaires, de la douleur et peut-être des troubles respiratoires (la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'asthme). Cette phase comportera le prélèvement d'échantillons de salive auprès de 1 000 patients volontaires des pharmacies participantes à Vancouver, Winnipeg, Toronto et Halifax⁷.

Cette étude permet d'obtenir une foule de connaissances utiles, car, en plus de déterminer en quoi les tests pourraient influencer sur la rédaction d'ordonnances, elle évaluera si l'information génétique s'est révélée utile aux prescripteurs et si la médication ou la posologie a été modifiée ou interrompue. Nous apprendrons également si la pharmacogénomique en pharmacie communautaire est un service viable, ce qui nous aidera à déterminer son incidence financière possible sur les régimes privés de remboursement des médicaments.

On s'en occupe!

L'adoption d'une approche proactive à l'appui des preuves émergentes nous aidera à suivre de près les avancées de la pharmacogénomique. Nous serons à l'avant-scène des nouvelles percées, ce qui signifie que vous le serez aussi.

CHEZ VOUS ET AILLEURS... DES ÉVÉNEMENTS À NE PAS MANQUER

Conférence régionale de l'ICRA – Québec et Ontario – Du 12 au 14 septembre 2016

Fairmont Tremblant, Mont-Tremblant (Québec)

<http://www.cpbi-icra.ca/fr/Activit%C3%A9s/D%C3%A9tails/Qu%C3%A9bec/2016/09-12-Conf%C3%A9rence-r%C3%A9gionale-2016-12-au-14>

Sources :

¹ « 7 Of The Biggest Medical Breakthroughs Of 2015 », *Medical Daily*. Consulté en juillet 2016 : <http://www.medicaldaily.com/7-biggest-medical-breakthroughs-2015-364636>

² « Your pharmacist's secret weapon: How your DNA can help perfect your medication », Adriana Barton, le 14 février 2016, *The Globe & Mail*. Consulté en juillet 2016 : www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/researchers-look-to-personalize-medicine-by-unlocking-secrets-in-dna/article28745033/

³ « Pharmacogenetic testing: current evidence of clinical utility », Jivan Moaddeb et Susanne B. Haga, août 2013, National Center for Biotechnology Information. Consulté en juillet 2016 : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765014/

⁴ Pharmacogenomic testing: Relevance in medical practice, Why drugs work in some patients but not in others, Joseph P. Kitzmiller, David K. Goen, Mitch A. Phelps et Wolfgang Sadee, le 14 mai 2012, National Center for Biotechnology Information. Consulté en juillet 2016 : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351041/

⁵ Pharmacogénomique, Science et recherche, Santé Canada. Consulté en juillet 2016 : <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/tech/biotech/about-à-propos/pharma-fra.php>

⁶ « B.C. pharmacies complete role in first-of-its-kind genomics project », British Columbia Pharmacy Association, le 27 janvier 2016. Consulté en juillet 2016 : www.bcpharmacy.ca/genome

⁷ « BC Genomics Project moves to second phase, BCPhA expanding its cutting edge genomics project to cities across Canada », British Columbia Pharmacy Association, le 7 juin 2016. Consulté en juillet 2016 : www.bcpharmacy.ca/files/news/1465406091.pdf

PROGRAMME DES DONNS COMMUNAUTAIRES

VOICI COMMENT NOUS CONTRIBUONS À L'INTÉRÊT COMMUN...



Tracer la voie pour un avenir plus prometteur

Voici comment les organismes que nous finançons changent le cours des choses

Les soins de première ligne – notamment les soins dentaires, soins de la vue, médicaments d'ordonnance, services de gestion de la maladie et services de soutien en santé mentale – peuvent être un catalyseur du changement. C'est pourquoi le Programme des dons communautaires de GSC s'attache à aider les organismes et initiatives qui fournissent des soins de première ligne aux personnes sous-assurées ou non assurées. Tous les organismes financés ont une composante « intervenant pivot » – ce qui signifie un changement positif en dirigeant les personnes vulnérables vers des services supplémentaires susceptibles d'améliorer leur situation.

Cette année, GSC accorde 2,5 millions de dollars à 29 organismes canadiens, d'un océan à l'autre, de Yellowknife à Moncton.

Et voici la liste des bénéficiaires des subventions au titre du Programme des dons communautaires 2016 :

Cerebral Palsy Association of British Columbia
Community Counselling and Resource Centre (CCRC)
Dr. Bornha Meisami Commemorative Foundation /
Project Restoring Smiles
Encompass Support Services Society
Essex County Dental Society
Halton Peel Dental Association (HPDA)
Hamilton Health Sciences Foundation
Homeless Connect Toronto
Hope Place Centres
Horizons for Youth
Inn From the Cold Society
Jubilation Residential Centres Inc.
Maryvale
Mississauga Parent-Child Resource Centres
MukiBaum Accessibility Centre
Northern Alberta Home for Women Society (NAHWS)
Pine River Foundation

Project SHARE of Niagara Falls Inc.
Salvus Clinic Inc.
Sanguen Health Centre
Saskatoon Student Wellness Towards Community Health (SWITCH)
SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement
Square One Older Adult Centre (SOOAC)
The Downtown Mission of Windsor
The Umbrella Multicultural Health Co-operative
United Way of St. Catharines & District
Veith House
Youth Without Shelter
YWCA of Yellowknife

GSC
soins  de première ligne^{MC}

NOUVEAUTÉS

UN RAPPORT FAIT LE COMPTE RENDU DE LA PREMIÈRE CONFÉRENCE « UN CANADA EN BONNE SANTÉ »

L'Alliance canadienne pour des soins de santé durables (ACSSD) a diffusé un compte rendu de la première conférence « Un Canada en bonne santé » : Modèles financiers et incitations fiscales : actes de la Conférence Canada en santé. Cette conférence et le rapport qui l'accompagne s'inscrivent dans la première d'une série de conférences « Un Canada en bonne santé » organisées par l'ACSSD.

La conférence a porté essentiellement sur ce qui motive le comportement d'un point de vue financier et fiscal et, comme le compte rendu l'indique, communique des connaissances pratiques et des solutions fondées sur des preuves sur la mise à profit des modèles financiers et des incitatifs fiscaux pour améliorer la santé de la population et la viabilité de notre système de soins de santé.

Les principaux messages de la conférence véhiculent notamment l'idée que bien que la maîtrise des coûts des soins de santé soit une question complexe, il existe des modèles financiers et de financement innovateurs. De plus, les obstacles à la mise en œuvre des modèles ne sont pas insurmontables; une meilleure compréhension de ces obstacles aidera les parties prenantes à les surmonter. Par exemple, une excellente manière d'accomplir des progrès vers la mise en œuvre d'approches innovatrices et l'élimination des obstacles consiste à mettre fin au cloisonnement du financement.

Pour lire le rapport *Modèles financiers et incitations fiscales : actes de la Conférence Canada en santé*, veuillez consulter le site Web du Conference Board à http://www.conferenceboard.ca/elibrary/abstract.aspx?did=8039&utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=share

Le pouvoir des encouragements

Le rapport donne des exemples cités par des participants à la conférence pour illustrer comment promouvoir des modes de vie sains en accordant des récompenses :

- Une appli de fidélisation qui récompense les utilisateurs en leur accordant des points lorsqu'ils se renseignent sur la santé et le mieux-être, et les encourage à opter pour des modes de vie sains.
- Un programme de mieux-être des employés qui fait appel à une méthode en trois volets, soit la sensibilisation, les possibilités de participation et les incitatifs financiers, pour atteindre stratégiquement les objectifs du programme de mieux-être.
- Un portail sur la gestion de la santé en ligne qui utilise des points de fidélisation et des récompenses financières pour encourager les membres du régime à faire des choix plus sains.

Ça vous rappelle quelque chose? Le troisième exemple est le portail *Changerpourelavie* de GSC, dont le succès démontre le pouvoir de motivation des récompenses. Saviez-vous que les membres du régime peuvent gagner 100 points rien qu'en s'inscrivant? Ils peuvent ensuite utiliser leurs points pour obtenir des récompenses. Mais nous nous emballons... Ne manquez pas de lire le numéro de septembre du *Fond de l'histoire*, dans lequel le portail *Changerpourelavie* sera en vedette.

UNE ÉTUDE SUR LES ANTIDÉPRESSEURS DANS LA PRESSE

Des antidépresseurs non conformes à la monographie

L'utilisation des antidépresseurs en Amérique du Nord a continué d'augmenter au cours des 20 dernières années. Des chercheurs de l'Université McGill à Montréal soupçonnaient que cette tendance s'expliquerait peut-être par la hausse des ordonnances d'antidépresseurs pour traiter des troubles autres que la dépression. Peu de travaux de recherche avaient été menés sur cette question, et ces chercheurs ont décidé d'effectuer une étude pour examiner précisément les raisons pour lesquelles les antidépresseurs sont prescrits.

L'étude conclut notamment que seulement 55 % des antidépresseurs sont prescrits pour le traitement de la dépression. Des médecins ont également rédigé des ordonnances d'antidépresseurs pour traiter les troubles anxieux (18,5 %) et une foule de problèmes tels que l'insomnie, la douleur, les troubles de la douleur, la migraine, le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les problèmes digestifs et certains symptômes de la ménopause.

Selon ces chercheurs, l'étude révèle que l'existence d'une ordonnance d'antidépresseur n'est pas synonyme de traitement de la dépression, et met en évidence la nécessité d'évaluer les preuves corroborant l'utilisation des antidépresseurs non conformes à la monographie.

Pour lire l'étude « Treatment Indications for Antidepressants Prescribed in Primary Care in Quebec, Canada, 2006-2015 », veuillez consulter le *Journal of the American Medical Association* à jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.3445

La plupart des antidépresseurs sont inefficaces chez les enfants et les adolescents, mais d'autres recherches s'imposent

Des chercheurs ont récemment procédé à un examen et une analyse de tous les essais cliniques aléatoires, publiés ou non, comparant les effets de 14 antidépresseurs sur les enfants et les adolescents atteints de troubles dépressifs majeurs. Selon les résultats obtenus, la plupart des antidépresseurs sont inefficaces et certains peuvent être dangereux pour les enfants et les adolescents atteints de dépression majeure. Les résultats ont montré ce qui suit :

- La fluoxétine est le seul antidépresseur dont les bienfaits sont supérieurs aux risques;
- La nortriptyline est « nettement moins efficace » que sept autres antidépresseurs et un placebo;
- L'imipramine, la venlafaxine et la duloxétine se classent bonnes dernières en matière de tolérabilité;
- La venlafaxine est également liée à un risque accru de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide.

Les chercheurs ont également évalué le risque d'erreur systématique et la qualité globale des essais cliniques inclus dans leur analyse. Ils ont constaté que la majeure partie des études comportaient un risque élevé d'erreur systématique et que les preuves étaient de piètre qualité de sorte que les résultats présentent des applications limitées du point de vue de la pratique clinique. De plus, les chercheurs font la mise en garde suivante : l'efficacité réelle et le potentiel de toxicité des antidépresseurs chez les jeunes demeurent incertains en raison du nombre limité d'études sur l'utilisation des antidépresseurs chez les enfants et les adolescents.

Les chercheurs notent également que le cerveau des jeunes est encore en croissance et que la prudence est de mise dans la prescription de médicaments. Des normes internationales en matière de traitement de la dépression majeure recommandent, dans un premier temps, le recours à des approches non pharmacologiques telles que la thérapie comportementale cognitive ou la thérapie interpersonnelle, dont l'efficacité est prouvée.

Pour accéder à une étude intitulée « Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis », veuillez consulter *The Lancet* à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30385-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30385-3/abstract)

LA DÉSACCOUTUMANCE AU TABAC DANS LA PRESSE

Il y a des leçons à retenir de deux récentes études américaines, et le Canada tente aussi de réduire le tabagisme par une série d'interventions comprenant l'ajout d'éléments graphiques sur les paquets de cigarettes.

Diminution du tabagisme, diminution des coûts des soins de santé

Une récente étude américaine a révélé que, de 1992 à 2009, les coûts médicaux avaient été nettement moins élevés dans les régions où les taux de tabagisme étaient peu élevés. De plus, les coûts médicaux des États ayant mis en place des politiques publiques pour réduire le tabagisme sont beaucoup plus modestes, et ceux des États dépourvus de politiques publiques en la matière font face à des coûts médicaux plus substantiels.

Enfin, l'étude a démontré que des changements sont rapidement observés dans les coûts des soins de santé une fois que le comportement à l'égard du tabagisme a commencé à changer. Les politiques étatiques et nationales en faveur de la réduction du tabagisme sont non seulement salutaires à longue échéance, mais en plus elles devraient être considérées comme un facteur important dans la réduction à brève échéance des coûts des soins de santé. L'investissement dans la lutte antitabac sauve des vies et permet de réaliser des économies.

Les chercheurs concluent que les constatations corroborent le fait que les interventions en matière de lutte antitabac rapportent.

Pour lire l'étude « Smoking Behavior and Healthcare Expenditure in the United States, 1992–2009: Panel Data Estimates », veuillez consulter PLOS Medicine à <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002020>

Des images morbides sur les paquets de cigarettes ont un effet dissuasif

De la fumée qui s'échappe d'un trou dans le cou, des poumons mal en point, des dents très tachées, un patient à l'agonie... ces photos macabres, qui témoignent des méfaits du tabac, visent à encourager les fumeurs à renoncer au tabac. Les résultats d'une nouvelle étude fournissent de nombreuses preuves en provenance du monde entier de l'efficacité des mises en garde visuelles de grande taille. Plus de 89 pays, dont le Canada et l'Australie, exigent maintenant l'inscription de mises en garde visuelles, et des pays membres de l'Union européenne – mais pas encore les États-Unis – dénoncent le « lobby de l'industrie du tabac » sur Google.

Dans cette étude, plus de 2 000 fumeurs de la Californie et de la Caroline du Nord ont été désignés au hasard pour recevoir des paquets de cigarettes comportant simplement des textes de mise en garde, ou des paquets dont les deux côtés présentaient aussi des photos décrites comme étant « de grande taille et affreuses ».

Selon les données recueillies, 40 % des fumeurs dont les paquets de cigarettes comportaient des mises en garde visuelles étaient enclins à cesser de fumer, comparativement à 34 % de ceux dont les paquets comportaient strictement des textes de mise en garde. À la fin de l'étude, près de 6 % des participants dont les paquets de cigarettes comportaient des mises en garde visuelles avaient cessé de fumer depuis une semaine, comparativement à environ 4 % de ceux dont les paquets comportaient seulement des textes de mise en garde.

Les chercheurs ont constaté que les mises en garde visuelles étaient efficaces – non parce que les fumeurs se sentaient davantage à risque ou pensaient que le tabagisme était plus nocif – mais parce qu'ils étaient hantés par les images et ne pouvaient s'empêcher de penser aux torts causés par le tabac.

Pour lire cette l'étude, intitulée « Effect of Pictorial Cigarette Pack Warnings on Changes in Smoking Behavior A Randomized Clinical Trial », veuillez consulter *JAMA Internal Medicine* à <https://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2526671>

Quoi de neuf au sujet du Programme de désaccoutumance au tabac de GSC?

Nous sommes heureux que vous posiez la question! En février 2016, nous avons apporté des améliorations à notre programme, qui fait appel à des pharmaciens pour offrir des services de désaccoutumance au tabac aux membres du régime. Ce programme – qui est devenu la référence pour tous les régimes l'an dernier – est maintenant :

- offert dans les pharmacies de tout le Canada (sauf en Saskatchewan et en Alberta, où il y a des programmes publics);
- doté d'une structure et d'un modèle de remboursement normalisés en fonction du Programme de désaccoutumance au tabac de l'Ontario Pharmacists Association, ce qui permet de rationaliser davantage son administration;
- accessible en tant que service de consultation en pharmacie ou pharmacothérapie, de sorte que les membres du régime ont plus de choix;
- non assujetti à l'adhésion fermée, ce qui signifie que les membres du régime peuvent participer quand ils sont prêts à arrêter de fumer.

GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **V. REVENKO, Calgary (Alberta)**, gagnant de notre tirage mensuel d'un Fitbit. Dans le cadre de ce concours, le nom d'un membre sera tiré au sort parmi les membres du régime qui se sont inscrits aux Services en ligne des membres du régime.



greenshield.ca

London	1.800.265.4429	Vancouver	1.800.665.1494
Toronto	1.800.268.6613	Windsor	1.800.265.5615
Calgary	1.888.962.8533	Montréal	1.855.789.9214
	Service à la clientèle		1.888.711.1119