

Projet de Loi no 98
*Loi modifiant la Loi sur l'assurance
médicament et d'autres dispositions
législatives*

Présentation à la Commission des affaires sociales

Ordre des pharmaciens du Québec

28 mai 2002



Table des matières

Présentation de l'Ordre des pharmaciens	3
1. <i>Introduction</i>	4
2. <i>Une politique du médicament</i>	5
3. <i>Le financement du régime</i>	7
4. <i>Le Conseil du médicament</i>	9
5. <i>La revue d'utilisation des médicaments</i>	10
6. <i>L'industrie pharmaceutique</i>	12
7. <i>Conclusion</i>	13

**ANNEXE 1 : Le projet d'un institut de revue d'utilisation du médicament
(IRUM) québécois**

Présentation de l'Ordre des pharmaciens du Québec

L'Ordre des pharmaciens du Québec, constitué en vertu du Code des professions, est chargé d'assurer la protection du public en matière de services pharmaceutiques. Pour ce faire, l'Ordre émet les permis d'exercice, évalue la compétence professionnelle de ses membres, exerce une fonction disciplinaire et assure la qualité des services dispensés.

L'Ordre des pharmaciens compte 6 099 membres en date du 28 mai 2002. Environ 70% des membres exercent en officine, soit comme salariés, soit comme propriétaires d'une des 1 621 pharmacies que compte le Québec. Un peu plus de 17% des pharmaciens oeuvrent dans des établissements de santé. Enfin, les autres membres pratiquent dans divers milieux tels que l'industrie pharmaceutique, les universités, les associations ou divers organismes gouvernementaux.

Fondée en 1870, l'Association pharmaceutique de la province de Québec devint, en 1944, le Collège des pharmaciens. Suite à l'adoption du Code des professions en 1974, le Collège des pharmaciens fut désormais connu sous le nom d'Ordre des pharmaciens du Québec, qu'il a gardé jusqu'à ce jour.

1. Introduction

L'Ordre des pharmaciens du Québec remercie la Commission des affaires sociales de lui permettre de se prononcer sur le projet de Loi 98, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicament et d'autres dispositions législatives*. Le régime général d'assurance médicament constitue en effet une pièce maîtresse de la politique de santé du Québec, et il nous apparaît qu'il convient de lui accorder toute l'importance et toute l'attention qu'il mérite.

D'entrée de jeu, nous souhaitons réitérer l'appui de l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'égard d'un régime d'assurance médicament qui assure à tous les Québécois et les Québécoises les services pharmaceutiques et les médicaments dont ils ont besoin. Cette position n'est pas nouvelle : notre Ordre, qui regroupe les professionnels dont le champ d'expertise se situe précisément à ce niveau, a en effet dans ses mémoires antérieurs accordé son appui aux principes d'universalité et d'équité qui ont présidé à la création du régime. Nous avons également évoqué les aspects positifs du régime dans le mémoire que nous déposons devant cette Commission le 11 février 2000, sous le titre « *L'évaluation du régime général d'assurance médicament québécois* ».

Ceci ne signifie pas pour autant que le régime ne nécessite pas des modifications susceptibles d'en améliorer l'efficacité et surtout d'en assurer la pérennité. Nous avons d'ailleurs, dans le mémoire précité, suggéré ce que nous nommions alors des « ajustements », dont la pertinence demeure aujourd'hui. Néanmoins, nous comprenons que le dépôt du projet de Loi 98 porte sur certains aspects seulement du régime d'assurance médicament, notamment sur son financement. À toutes fins pratiques et à une exception près, nous limiterons donc la portée de ce mémoire à ces aspects, ce dont il nous paraît que la Commission nous saura gré, en rappelant toutefois que la portée et l'ampleur de ce régime mériteraient une réflexion plus approfondie et plus large.

2. Une politique du médicament

Comme nous le précisons en introduction, notre objectif n'est pas ici de discuter du régime d'assurance médicament dans sa globalité, ni de la place du médicament dans l'ensemble des mesures mises sur pied pour favoriser une meilleure santé pour notre population. Cependant, il nous semble important de revenir sur une proposition que nous avons déjà émise antérieurement, à savoir le développement d'une véritable politique du médicament.

Lors de l'instauration du programme d'assurance maladie au début des années soixante-dix, il n'est pas apparu nécessaire d'inclure dans ce programme la couverture des services pharmaceutiques et des médicaments. Ceci a, dès le départ, créé une situation paradoxale, où les services diagnostiques étaient entièrement gratuits pour la population, alors que la principale mesure thérapeutique, à savoir le médicament, ne l'était pas. Ce paradoxe n'a fait que croître parallèlement au développement du médicament comme outil thérapeutique.

Bien sûr, diverses mesures ont été prises au fil des années pour corriger ce paradoxe, de l'instauration de la politique des médicaments aux malades sur pied de la fin des années soixante-dix à celle du régime général d'assurance médicament en 1997. Il demeure toutefois que, pour la population, l'accès aux services pharmaceutiques et aux médicaments reçoit un traitement fort différent de celui accordé aux services diagnostiques et à l'hospitalisation, par exemple. Dans le premier cas, la plupart des patients doivent déboursier une prime annuelle clairement identifiée, en plus de participer au financement de chaque prestation de service par une franchise et une coassurance. Cette situation doit faire l'objet d'une réflexion globale, dont le résultat se traduira par une politique du médicament reconnaissant celui-ci comme une arme thérapeutique constituant le complément essentiel et quasi incontournable du diagnostic.

Une telle politique devrait également considérer les connaissances acquises au cours des années, notamment à la suite des travaux du Dr R. Tamblyn¹, sur l'impact négatif des déboursés au point de service (franchise et coassurance) sur la consommation des médicaments essentiels. Cet impact négatif se traduisant par une hausse des visites médicales et des hospitalisations, les économies au niveau des déboursés relatifs aux médicaments et aux services pharmaceutiques sont compensées par des hausses à d'autres niveaux, affectant au passage l'état de santé de la population.

¹ Tamblyn, R., et coll., Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicament, Université McGill, Mars 1999.

3. Le financement du régime

Le projet de Loi prévoit diverses mesures pour accroître le financement du régime d'assurance médicament, tout en tentant de répartir cette croissance à différents niveaux pour en minimiser l'impact. Sous réserve de ce qui a été évoqué à la section précédente du mémoire et de ce que nous évoquerons ci-après, nous ne pouvons qu'appuyer le principe de la répartition de la croissance des coûts.

Nous supportons également le principe des mesures prises pour améliorer l'équité en ce qui concerne le financement du régime par les assurés. C'est le cas, notamment, en ce qui concerne l'article 12 du projet de Loi, qui tente d'éliminer ce que nous avons maintes fois dénoncé ces dernières années, à savoir la possibilité pour un assuré de contourner le paiement de la franchise en multipliant les renouvellements hâtifs d'ordonnances, en demandant l'exécution pour plusieurs mois, ou encore en évitant le paiement de la prime annuelle. Non seulement cette situation était-elle inéquitable, mais encore elle accroissait de façon significative le volume d'ordonnances à exécuter en début et fin de mois par nos membres exerçant en pratique privée, au détriment de la qualité des services rendus à l'ensemble de la clientèle.

Si nous appuyons, comme nous l'avons dit, le principe visant à corriger cette situation, nous nous questionnons sur son applicabilité et sur son impact sur la charge de travail administrative qui en découlera pour le pharmacien. À moins que le sens ne nous en échappe, l'article 12 ne paraît pas d'une limpidité absolue. Très concrètement, les mots «s'il y a lieu», à la quatrième ligne du premier alinéa, semblent référer à des situations qui ne sont pas précisées.

Nous ne pourrions qu'applaudir si cet article permet effectivement la réduction des périodes de pointes en pharmacie. Cependant, le maintien de la franchise en tant que

mécanisme de financement du régime continuera à imposer un lourd fardeau administratif au personnel de nos pharmacies.

Comme nous avons eu aussi l'occasion de le dire souvent, le régime public d'assurance médicament est complexe. À cause précisément de l'existence de la franchise, les sommes à déboursier par un patient pour une même ordonnance peuvent varier d'un renouvellement d'ordonnance à l'autre. Il y a ici une sorte de manque de respect envers les assurés, qui sont en droit de s'attendre à comprendre aisément la nature de leur contribution au régime, et envers les pharmaciens qui, par la force des choses, sont amenés à offrir les explications pour y parvenir.

Il ne nous appartient pas de déterminer les paramètres financiers du régime d'assurance médicament. Nous croyons toutefois qu'il existe d'autres moyens d'en assurer le financement, ou à tout le moins des moyens qui pourraient en réduire l'impact psychologique sur les patients et l'impact administratif sur le personnel de nos pharmacies. Nous réitérons donc ici une demande émise antérieurement à l'effet de former un groupe de travail restreint, dont le mandat serait de discuter rapidement de cette question, et nous vous offrons notre collaboration à cet égard.

4. Le Conseil du médicament

En établissant un Conseil du médicament, le projet de Loi se rend à de nombreuses recommandations antérieures. Nous en appuyons donc le principe, tout en émettant quelques réserves sur divers aspects de cette création.

D'emblée, nous notons que le Conseil du médicament comportera un nombre élevé de membres, soit 15 en incluant son président. Nous croyons que la lourdeur d'une telle structure porte en elle-même le gène d'une relative inefficacité.

D'autre part, nous constatons que de façon statutaire, les professionnels de la santé (pharmaciens et médecins) ne constituent que 40% des membres du Conseil. Il est évidemment concevable que certains des autres membres puissent être de fait des professionnels de la santé; il demeure que théoriquement une majorité des membres du Conseil pourraient être étrangers au domaine qui fait l'objet du mandat du Conseil, ou à tout le moins étrangers à la réalité clinique qui entoure l'utilisation des médicaments dans notre société. On peut d'ailleurs souhaiter que l'expérience clinique s'accompagne d'une expertise en épidémiologie et en économie de la santé.

Toujours en ce qui concerne la composition du Conseil, nous considérons enfin inacceptable que la représentation des médecins et des pharmaciens au Conseil ne soit pas paritaire. Considérant le mandat du Conseil et l'expertise unique des pharmaciens en ce qui concerne les médicaments, les services pharmaceutiques qui y sont reliés, et les revues d'utilisation des médicaments, nous estimons que notre profession doit être représentée au Conseil au même niveau que la profession médicale, dont la participation est par ailleurs indispensable.

5. La revue d'utilisation des médicaments

Le projet de Loi confie au Conseil du médicament le mandat de réaliser des activités de revue d'utilisation des médicaments ou d'en soutenir la réalisation. Ici encore, nous ne pouvons qu'appuyer, au niveau du principe, toute mesure visant à assurer une meilleure utilisation des médicaments. Les pharmaciens ont été au Québec, il y a plus de vingt ans, les instigateurs de la revue d'utilisation des médicaments. Pour sa part, notre Ordre a été dès le départ associé, à titre d'organisme promoteur, à la création du Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM), et a appuyé par la suite concrètement le Comité de revue d'utilisation des médicaments (CRUM) dans ses activités.

À cet égard, l'intérêt de réunir les structures actuelles que sont le Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM) et le Comité de revue d'utilisation des médicaments (CRUM) nous paraît évident, et nous nous rallions à cette mesure. Il n'existe pratiquement plus de frontières aujourd'hui entre les médicaments utilisés en établissements de santé et hors-établissements. En conséquence, il ne doit plus exister de frontières entre l'évaluation de l'utilisation appropriée de ces médicaments dans l'un et l'autre contexte. Nous saluons également l'intégration éventuelle des employés du RRUM à une éventuelle structure élargie de revue d'utilisation de médicaments, ce qui devrait permettre de continuer à bénéficier de l'expertise qu'ils ont acquise au cours des dernières années.

Toutefois, nous continuons à penser que la revue d'utilisation des médicaments, processus de contrôle de la qualité des actes des professionnels qui utilisent les médicaments (médecins et pharmaciens) doit se faire principalement par les pairs, notamment avec l'implication des ordres professionnels concernés, et dans un contexte où la perspective de contrôle administratif cède le pas au contrôle de la qualité de l'acte professionnel.

C'est pourquoi nous avons proposé il y a quelques années la création d'un Institut de revue d'utilisation du médicament (IRUM). Nous croyons que l'intérêt de cette mesure demeure, et nous incluons en annexe de ce mémoire la position développée par notre Ordre à cet égard.

Par ailleurs, nous ne pouvons qu'appuyer les autres volets du mandat confié au Conseil dans le but de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments (formation, information, etc.). Il ne fait pas de doute dans notre esprit que si ces mesures sont orientées vers les problèmes de santé prioritaires, elles contribueront à améliorer l'utilisation des médicaments et partant l'état de santé de notre population. Il faut toutefois se rappeler qu'une utilisation optimale des médicaments ne se traduit pas nécessairement pas une économie au niveau des coûts reliés aux médicaments. Les économies de cette utilisation optimale se refléteront ailleurs, dans un recours moindre aux services hospitaliers, par exemple.

Enfin, pour clore cette section du mémoire, nous trouvons intéressante l'idée de projets pilotes où le pharmacien aurait accès à l'intention thérapeutique, lui permettant ainsi d'effectuer un meilleur monitoring thérapeutique.

Toutefois, nous croyons dépassée la référence à l'intention thérapeutique. D'emblée, c'est de l'accès au diagnostics et aux résultats des tests de biologie médicale dont il faut parler, dans la perspective développée par le Groupe de travail Bernier². D'autre part, nous nous questionnons sur l'obligation faite au pharmacien de communiquer à la Régie de l'assurance maladie l'intention thérapeutique indiquée sur l'ordonnance, alors même qu'aucune obligation n'est faite au prescripteur de l'y inscrire.

² Rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, (Groupe de travail Bernier ou 6^{ième} chantier), Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines, Novembre 2001.

6. L'industrie pharmaceutique

Le projet de Loi fait une place à l'industrie pharmaceutique dans le financement d'activités ayant pour objet l'amélioration de l'utilisation des médicaments (article 14). Cependant cette place est peu explicite, et il faut référer au document « *L'assurance médicament : un acquis social à préserver* » pour apprendre la création d'une table de concertation qui précisera la nature de cette place. Il nous paraît d'emblée que si cette table de concertation paraît indispensable, il y aurait lieu de l'intégrer au projet de Loi lui-même.

Sans nier que les fabricants de produits pharmaceutiques constituent des intervenants incontournables quand il s'agit de discuter du coût des médicaments, sans nier également qu'ils ont un intérêt à ce que les produits qu'ils développent et mettent en marché soient bien utilisés, nous devons aussi rappeler que la première priorité de toute entreprise de cette nature se situe ailleurs.

Nous croyons donc qu'une mise en garde s'impose. Il faut notamment éviter que l'implication de l'industrie pharmaceutique dans les activités décrites à l'article 14 en viennent à favoriser indûment l'utilisation de médicaments coûteux, une utilisation qui serait certes meilleure, mais qui se ferait au détriment du recours à une médication moins coûteuse. Le choix des priorités d'études pourrait être compromis, si trop de place est accordée à l'industrie pharmaceutique comme source de financement.

7. Conclusion

En conclusion, nous voudrions simplement réitérer, d'une part notre appui au régime d'assurance médicament, et d'autre part rappeler que des ajustements plus importants que ceux qui y seront apportés par le présent projet de Loi demeurent nécessaires.

Nous rappelons en particulier notre intérêt à participer à un groupe de travail restreint dont le mandat serait de discuter et d'étudier, le cas échéant, les mesures qui contribueraient à faciliter, pour les assurés, la compréhension du régime, et pour les pharmaciens à en réduire les impacts sur leurs activités quotidiennes. Comme nous l'avons dit plus haut, c'est une question, non seulement d'efficacité mais aussi de respect pour l'un et l'autre groupe.

ANNEXE 1

LE PROJET D'UN INSTITUT DE REVUE D'UTILISATION DU MÉDICAMENT (IRUM) QUÉBÉCOIS