

**LE RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS :**  
**PROGRAMME D'ASSURANCE OU**  
**VÉRITABLE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA**  
**SANTÉ POUR LES QUÉBÉCOISES ET LES QUÉBÉCOIS**

**Mémoire de la Conférence des régies régionales  
de la santé et des services sociaux du Québec**

**dans le cadre du bilan déposé par  
le ministère de la Santé et des Services sociaux  
quant au régime d'assurance-médicaments**

**Février 2000**

## PRÉAMBULE

Ce mémoire a été réalisé grâce à la collaboration de professionnels en santé publique, des responsables en organisation de services des Régions régionales, ainsi que de l'expertise d'un groupe de médecins, de pharmaciens et de gestionnaires du réseau de la santé.

Il a été adopté par le Conseil d'administration de la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec.

Vous pouvez obtenir des copies supplémentaires de ce document au coût de 10\$ l'unité en vous adressant à :

Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec  
Service des communications  
888, rue Saint-Jean  
Québec, (QC)  
G1R 5H6  
Téléphone : (418) 523-4290  
Télécopieur : (418) 523-8382

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2000  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN : 2-921349-26-4

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Pages</b>
1. INTRODUCTION	2
2. HISTORIQUE DES TRAVAUX DE LA CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES	4
3. LA RÉVISION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS (RGAM) : UN DÉBAT D'ASSURANCE OU DE SOINS DE SANTÉ ?	6
4. RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'ÉQUITÉ DE L'ACCESSIBILITÉ	7
4.1 Différents problèmes d'équité dans l'accès	7
4.2 L'équité et l'accessibilité lors du séjour hospitalier écourté	8
4.3 L'accessibilité aux médicaments non commercialisés	12
4.4 Réviser les paramètres du régime	13
4.5 Le partage des responsabilités : public versus privé	14
5. DES ENJEUX ÉCONOMIQUES, MAIS SURTOUT DES ENJEUX DE SANTÉ	16
6. DES SOLUTIONS D'ENSEMBLE AU REGARD DE L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ	18
6.1 Des stratégies de soutien et d'intervention	19
6.2 Favoriser la fidélité au traitement	24
7. UN FINANCEMENT À LA MESURE DE NOS PRÉOCCUPATIONS ET DE NOS ACTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ	27
8. CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES ET DOCUMENTS CONSULTÉS	

## 1. INTRODUCTION

La mise en oeuvre d'un régime universel d'assurance-médicaments au Québec est une initiative d'envergure qui a favorisé une meilleure accessibilité aux médicaments à près de 1,5 millions de citoyens ne bénéficiant d'aucune couverture avant l'entrée en vigueur du régime le 1er janvier 1997. Les objectifs poursuivis par le régime étaient d'assurer l'universalité, l'accessibilité\* et l'équité de la couverture d'assurance. Sans aucun doute, les principes d'universalité ont été atteints depuis l'instauration du régime, mais les principes d'accessibilité et d'équité doivent être examinés de plus près.

Notre système de santé est soumis à d'énormes pressions associées à l'augmentation des coûts et les médicaments sont souvent pointés du doigt comme étant une cause importante d'accroissement des coûts. Il faut pourtant reconnaître que le médicament est l'une des interventions thérapeutiques des plus efficaces pour juguler la maladie.

Statistiques Canada<sup>1</sup>, dans son rapport publié en 1999, indique que l'usage des médicaments a contribué à réduire considérablement le taux de mortalité entre 1979 et 1986 pour un bon nombre de maladies. Le rapport indique notamment une baisse de la mortalité de 40 % dans les cas d'infections respiratoires, de 26 % des cas de cardiopathie ischémique, de 24 % des maladies de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum, de 22 % d'emphysème et de 20 % d'hypertension. Ces résultats mettent l'accent sur les bénéfices incontournables de l'usage des médicaments pour améliorer la santé. De plus, il est généralement admis que les médicaments ont remplacé des interventions chirurgicales, ont contribué à prévenir des complications médicales et ont favorisé le virage ambulatoire en permettant d'écourter le séjour hospitalier<sup>2-4</sup>, ce qui est confirmé par divers organismes et par les rapports de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)<sup>2-5</sup>. Également, des données présentées par le MSSS confirment une diminution du taux d'hospitalisation pour la majorité des pathologies analysées (13/21). Les données médico-administratives recueillies portaient à la fois sur la chirurgie d'un jour et les services médicaux ambulatoires<sup>5</sup>.

---

\* Dans le texte, le terme accessibilité au régime réfère plus spécifiquement à l'accessibilité financière, puisque le déploiement des services pharmaceutiques privés (officines) ou publics (établissements de santé) couvre l'étendue du territoire québécois et est accessible.

**Sans aucun doute, le régime d'assurance-médicaments est en quelque sorte tributaire du succès remporté par la thérapie médicamenteuse quant à l'amélioration des taux de mortalité et de morbidité dans la population.** Par ailleurs, il faut aussi admettre que le rythme effréné avec lequel les nouveaux médicaments deviennent disponibles impose un grand défi aux médecins et aux pharmaciens : celui de maintenir à jour leurs connaissances et d'assurer le choix thérapeutique le plus approprié. Ainsi, l'objectif d'assurer la pertinence de la prescription, le choix judicieux et l'utilisation rationnelle des médicaments sont plus difficiles à atteindre dans ces conditions. Le recours à des stratégies pour soutenir la pratique médicale et pharmaceutique s'avère de plus en plus nécessaire.

Le présent mémoire s'inscrit dans une démarche de réflexion instaurée par la Conférence, suite au dépôt, le 15 décembre dernier par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) du *bilan sur le régime général d'assurance médicaments* (RGAM). L'objectif poursuivi par la Conférence est de proposer des avenues permettant de résoudre différents problèmes d'application du RGAM. **Pour ce faire, la Conférence préconise des solutions d'ensemble permettant une meilleure intégration du RGAM au système de santé québécois et sa mutation vers un véritable programme de santé pour le bénéfice des citoyennes et des citoyens aux prises avec la maladie. En conséquence, le présent mémoire porte principalement sur les préoccupations suivantes :**

- **La nécessité de faire migrer la couverture d'assurance-médicaments en un véritable programme de santé capable de compléter judicieusement la couverture des soins médicaux déjà offerte par l'assurance-maladie du Québec.**
- **La nécessité de résoudre les problèmes actuels d'iniquité dans l'accès aux médicaments.**
- **La nécessité de mettre en oeuvre des actions concertées et des stratégies d'interventions liées à des objectifs d'amélioration de la santé de la population.**
- **La nécessité de revoir le financement du régime et ses modalités.**

Ainsi, les chapitres 3 et 4 du présent mémoire traitent des problèmes reliés à l'application du régime et des perspectives de santé qui s'y rattachent. Le chapitre 6 identifie les stratégies d'interventions et les actions qui favorisent les changements de pratiques et l'utilisation optimale des médicaments. Finalement les enjeux économiques et le financement du régime sont discutés au chapitre 7 du mémoire.

## 2. HISTORIQUE DES TRAVAUX DE LA CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES

Dès l'implantation du régime par le gouvernement, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec s'est préoccupée de l'organisation optimale des soins et des services de santé au regard du nouveau régime. Pour assurer un suivi, documenter les problèmes reliés à l'application du régime, en évaluer les impacts et les solutions potentielles, des groupes de travail ont été formés dès 1996. Déjà, en juin 1997, la Conférence faisait connaître des recommandations quant à l'application du régime d'assurance-médicaments<sup>6</sup>.

Guidée par l'objectif de contribuer à l'amélioration du réseau de santé et par ses responsabilités en matière d'organisation des services et des soins, la Conférence a innové en présentant des recommandations originales relatives aux régimes universels d'assurance-médicaments et d'assurance-maladie. Ainsi, en mai 1999, après plusieurs mois de travaux et des consultations, la Conférence proposait un ensemble de solutions permettant de circonscrire les problèmes d'accessibilité et de continuité des soins associés à la cessation prématurée de médicaments jugés essentiels, par des malades atteints de maladies chroniques (cardio-vasculaires, respiratoires, arthritiques ou souffrant de maladies mentales)<sup>7</sup>. Ces recommandations incluaient notamment des stratégies d'intervention pour contrecarrer les problèmes d'inobservance thérapeutique mis en évidence par l'étude réalisée par des chercheurs de McGill à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux au regard des impacts du RGAM auprès des clientèles vulnérables<sup>8</sup>.

Parallèlement à ceci, en juin 1999, la Conférence proposait un nouveau projet médical québécois permettant d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux de qualité<sup>9</sup>. L'ensemble des recommandations avait pour objectif de favoriser une meilleure répartition des soins et des services médicaux au regard des principes d'accessibilité, d'équité et des besoins de la population. Les systèmes de santé fortement orientés vers *l'offre de services* plutôt que vers la *demande de services* peuvent entraîner une inadéquation entre les soins et les services offerts par rapport à ceux jugés prioritaires au regard des besoins de santé de la population. De fait, traditionnellement le développement de notre système de santé a été orienté en fonction de *l'offre de services* plutôt que vers la *demande de services*.

Ceci a parfois entraîné des problèmes d'iniquité dans la répartition et l'accessibilité de soins et de services (notamment des soins médicaux). **Tant l'accessibilité aux médicaments et aux soins s'y rattachant que celle reliée aux services médicaux influent sur les coûts de santé et sur l'organisation de l'ensemble des services de santé.** C'est pourquoi la Conférence souhaite aborder la question globalement en faisant valoir des solutions d'ensemble. L'utilisation non optimale des médicaments et des obstacles à l'accessibilité conduisent à des coûts de santé improductifs qui se répercutent sur les individus et dans les autres composantes du réseau de santé.

Afin de mieux répondre aux objectifs d'équité et d'accessibilité liés au régime d'assurance-médicaments, l'étendue des solutions proposées porte sur divers aspects, tels les paramètres du régime, son intégration aux programmes de santé, la mise en oeuvre de stratégies de soutien et d'intervention pour maximiser les bénéfices du régime et l'utilisation optimale des médicaments.

### 3. LA RÉVISION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS (RGAM) : UN DÉBAT D'ASSURANCE OU DE SOINS DE SANTÉ ?

Bien que l'instauration du RGAM par le gouvernement ait été surtout basée sur les principes liés à l'assurance, il n'en demeure pas moins qu'il constitue une composante importante de nos soins de santé. Généralement, un programme d'assurance vise à minimiser et à prendre en charge un *risque économique* individuel qui autrement pourrait représenter une charge financière excessive pour l'individu compromettant l'accessibilité aux soins et services. Au-delà du *risque économique* apparaît un *risque d'atteinte à la santé* si l'accessibilité aux médicaments et aux soins qui s'y rattachent est compromise. Cette accessibilité peut être précaire en raison d'obstacles tels un coût jugé trop élevé, des problèmes d'organisation, de couverture inégale d'un régime à l'autre ou en raison de problèmes liés à l'inobservance thérapeutique. Il faut donc reconnaître que le régime d'assurance-médicament ne peut être considéré isolément si l'on veut qu'il produise les bénéfices escomptés en termes d'amélioration de la santé publique. Il doit être parfaitement intégré aux autres composantes du réseau et s'ajuster aux besoins de santé de la population, au même titre que d'autres programmes de soins médicaux.

La révision du RGAM ne doit pas se limiter à un débat d'assurance, mais porter plutôt sur l'évaluation des objectifs atteints en termes d'amélioration de la santé. **Puisque le médicament fait partie intégrante des soins et qu'il ne suffit pas simplement de le rendre accessible ou de le fournir pour en assurer les bénéfices en termes d'amélioration de la santé, il est plus judicieux de considérer le débat sous l'angle d'un programme de soins.**

## 4. RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'ÉQUITÉ DE L'ACCESSIBILITÉ

Il est rappelé dans le bilan déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, que l'instauration du RGAM repose sur des principes d'universalité, d'accessibilité et d'équité. L'expérience pratique démontre que le premier objectif a été pleinement atteint, puisque l'ensemble des citoyennes et des citoyens du Québec est couvert par une assurance médicaments. Toutefois, malgré les efforts déployés, des problèmes persistent encore en ce qui concerne l'accessibilité et l'équité. Ces problèmes occasionnent parfois des difficultés dans la continuité des soins et doivent être résolus.

### 4.1 Différents problèmes d'équité dans l'accès

Deux sortes de problèmes sont soulevés en matière d'équité. L'équité d'accès pharmacologique aux médicaments et l'équité financière faite aux usagers. Ainsi, l'équité d'accès aux nouvelles technologies médicamenteuses repose sur la capacité ou la volonté de l'assureur à rembourser. Ceci introduit des différences quant à la gamme de médicaments couverts par le régime selon qu'il est public ou privé.

#### L'équité d'accès pharmacologique

L'équité d'accès pharmacologique touche particulièrement les personnes couvertes par le régime public (RAMQ) qui ne peuvent avoir accès à certains médicaments pourtant couverts par le régime privé. De plus, les conditions d'accès pour des médicaments coûteux ou à indications spécifiques dans le régime public sont soumises à des procédures administratives, tels les *médicaments d'exception* et les *malades d'exception*. Ces mesures existaient à la RAMQ bien avant l'instauration du régime.

Bien qu'il soit nécessaire de favoriser la mise en place de mécanismes de contrôle des coûts et que ces mécanismes peuvent parfois contribuer à une meilleure utilisation des médicaments, ils peuvent aussi limiter l'accès aux médicaments, surtout s'ils ne sont pas intégrés à l'évolution des pratiques cliniques. Il faut donc utiliser avec prudence les contrôles bureaucratiques ou administratifs qui peuvent parfois constituer un *obstacle* à l'accessibilité. Il faut aussi constater que l'accessibilité est inégale selon le régime (privé ou public), en raison de l'étendue des médicaments couverts. Ceci constitue, aux yeux des personnes couvertes par le régime public, une forme d'iniquité.

## **L'équité financière**

L'équité financière, pour avoir accès aux médicaments, n'est pas toujours évidente quand on examine les conditions faites aux personnes couvertes par le régime privé en comparaison du régime public. Ainsi, la contribution financière exigée par les régimes privés d'assurance-médicaments est beaucoup plus élevée que celle du public. Pourtant, certains travailleurs à revenus modestes, couverts par le régime privé, font face à des contributions financières plus élevées et inéquitables par rapport aux personnes couvertes par la RAMQ. Ceci peut expliquer l'engouement pour le régime public et l'arrivée des nouveaux adhérents pour la RAMQ, doublé d'un phénomène de *glissement* des assurés privés vers le régime public. D'un autre côté, un certain nombre de personnes couvertes par le régime public peuvent disposer de ressources financières parfois très au-dessus du *seuil de pauvreté* et pourraient contribuer davantage au régime.

Également, l'équité financière n'est pas établie entre les deux régimes (privé et public) en ce qui a trait à la gratuité d'accès aux médicaments accordée aux enfants. Les enfants, dont les parents sont assurés à la RAMQ, bénéficient de la gratuité, alors que ce n'est pas le cas pour les assurés du régime privé.

### **4.2 L'équité et l'accessibilité lors d'un séjour hospitalier écourté**

Selon Statistiques Canada dans son rapport publié en 1999, les nouveaux médicaments sont parmi les éléments qui ont favorisé la tendance à écourter le séjour hospitalier<sup>1</sup>. Cependant, on y rappelle que les médicaments fournis gratuitement lors de l'hospitalisation deviennent subitement à la charge du malade lorsqu'il accepte de compléter sa convalescence à la maison, ce qui peut représenter un obstacle à l'accessibilité.

Au Québec, l'avènement du RGAM a contribué à diminuer ce problème dans les cas où la convalescence post-hospitalisation représente des coûts de médicaments modestes et de courte durée pour le malade (soins post-chirurgicaux, analgésiques, etc.). Cependant, le problème persiste pour d'autres types de thérapies parentérales coûteuses nécessitant un monitoring soutenu, telle l'antibiothérapie parentérale ambulatoire.

Des difficultés relatives à l'accessibilité et à l'équité des conditions d'accès ont été mises en évidence, pour diverses thérapies parentérales dont notamment l'antibiothérapie parentérale ambulatoire. Tant qu'un malade est gardé hospitalisé, il reçoit gratuitement les médicaments avec les soins qui s'y rattachent. Toutefois, aussitôt que le même malade voit son séjour hospitalier écourté et qu'il accepte de poursuivre son traitement et sa convalescence à la maison, les choses se compliquent. Les conditions financières d'accès ne sont plus les mêmes et l'équité dans l'accessibilité n'est plus garantie. De plus, ces conditions d'accès deviennent variables d'un hôpital à l'autre et d'une région à l'autre, en raison de décisions administratives locales. **Il arrive fréquemment que le malade se retrouve *entre deux chaises*, entre l'assurance-hospitalisation et l'assurance-médicaments.**

Des données fournies par les régies régionales et une analyse effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 1999, mettent en évidence les conditions variables d'accessibilité et les problèmes causés aux usagers qui requièrent ces soins<sup>10</sup>. Cette analyse, découlant de données recueillies conjointement avec la Conférence des régies auprès de plus de 267 hôpitaux et CLSC de la province à partir de questionnaires préparés par le MSSS, confirme l'inégalité des conditions d'accès faite aux usagers.

### **La continuité des soins compromise**

Rappelons que la continuité des soins en matière d'antibiothérapie parentérale ambulatoire prend une dimension toute particulière en ce qui a trait à la santé publique. En effet, les conséquences d'une cessation prématurée du traitement par le malade sont multiples : surinfection, résistance microbienne, consultations médicales répétées, réhospitalisation. Ces conséquences peuvent être évitées en facilitant l'accessibilité au traitement et une meilleure équité dans l'accès.

Par exemple, certains antibiotiques par voie parentérale requis pour compléter l'épisode de soins après un séjour hospitalier écourté peuvent représenter pour l'utilisateur des coûts de l'ordre de 75 à 200 \$ par jour en médicaments et en fournitures. Ces traitements peuvent se poursuivre plusieurs semaines, ce qui représente une charge financière importante pour l'utilisateur. De plus, l'épisode de traitement exige que le malade se présente successivement à plusieurs points de services (hôpital ou CLSC) pour y recevoir les traitements et la surveillance clinique que ceux-ci requièrent. Puisque les CLSC et les hôpitaux ne sont pas tenus de fournir les médicaments aux malades non hospitalisés, ceux-ci doivent, soit recevoir leurs médicaments et les fournitures requises par une entente avec l'hôpital et le CLSC, soit sont laissés à eux-mêmes pour se les procurer et en assument le coût. Ces situations illustrent bien le problème d'iniquité dans les conditions d'accès (gratuit, quand l'hôpital complète le traitement, à la charge du malade, dans l'autre cas). **Ce système à deux vitesses pour un même épisode de soins compromet la continuité des soins et le succès de la thérapie, parce que plusieurs malades refusent de poursuivre leur traitement dans ces conditions peu facilitantes et doivent soit être gardés hospitalisés, soit sont retournés à l'urgence ou dans une unité ambulatoire de l'hôpital pour y poursuivre leur traitement.** D'autant plus, que le recours à des ressources plus lourdes telles que l'urgence, déjà bien assez sollicitée par les problèmes d'engorgement, n'est pas souhaitable.

Rappelons que même si les CLSC étaient assujettis à la Loi sur l'assurance-hospitalisation tout comme le sont les hôpitaux, cette loi ne s'appliquerait pas dans un cas comme dans l'autre pour assurer l'accessibilité à la gratuité aux médicaments fournis en ambulatoire. Ceci illustre le manque d'intégration du RGAM dans le réseau. **Ne devrait-il pas y avoir une meilleure transition garantissant la continuité et l'équité dans les conditions d'accès faites aux malades ?** Si le RGAM n'existait pas au Québec, l'ensemble des établissements auraient tendance à fournir ces médicaments, mais l'avènement du régime a fait en sorte que certains hôpitaux ont choisi plutôt de référer leur clientèle à l'assurance-médicaments, d'autres pas.

## **Assurer la gratuité de la thérapie parentérale ambulatoire destinée à écourter le séjour hospitalier**

La Conférence suggère que ces situations soient corrigées par une meilleure intégration du RGAM en assurant l'interface avec l'assurance-hospitalisation dans les cas où l'épisode de soins implique des médicaments administrés par voie parentérale nécessitant une surveillance clinique soutenue. La Conférence estime qu'il faut assurer la gratuité d'accès aux médicaments parentéraux pour écourter le séjour hospitalier dans le contexte où ces traitements nécessitent la surveillance clinique et les plateaux techniques hospitaliers. La majorité des hôpitaux du Québec fournissent déjà ces médicaments gratuitement aux malades, mais d'autres ne les fournissent pas, imposant ainsi aux usagers des conditions inégales d'accès en plus de fractionner les services au lieu de les intégrer. Bien que l'antibiothérapie parentérale soit souvent citée en exemple, d'autres médicaments parentéraux peuvent présenter les mêmes problèmes d'équité dans l'accès (ex. : médicaments anticancéreux, anticoagulants, etc.).

À cet égard, il faudra préciser les obligations mutuelles des hôpitaux et des CLSC pour la fourniture de ces médicaments et des soins qui s'y rattachent de la même façon que le gouvernement a vu la nécessité de le faire pour la chimiothérapie parentérale des cancers, la nutrition parentérale à domicile et la dialyse rénale.

CONSIDÉRANT les conditions inéquitables d'accès faites aux malades, les problèmes de continuité des soins qui en résultent et leurs conséquences sur la santé des individus et de la population;

CONSIDÉRANT l'importance des traitements anti-infectieux en termes de santé publique;

**LA CONFÉRENCE RECOMMANDE la gratuité d'accès à l'antibiothérapie parentérale ambulatoire.**

### **Pour ce faire, il est proposé :**

DE reconnaître, favoriser et développer un *Programme d'antibiothérapie parentérale ambulatoire*, comme étant un programme de soins spécifiques doté d'une organisation de services reposant sur les CH et les CLSC;

QU'une enveloppe budgétaire spécifique soit consacrée au déploiement du programme. Cette enveloppe devrait être liée à la clientèle visée et déterminée selon les coûts réels observés. Elle devrait inclure notamment : les coûts de médicaments et des fournitures nécessaires à leur administration, les coûts de main-d'oeuvre et les honoraires professionnels. **Le financement selon la clientèle nous permet de croire que nous introduirions un incitatif pour les producteurs de soins à offrir des services de qualité selon les besoins de cette clientèle;**

QUE l'administration de ce programme soit confiée aux régies régionales et que la gestion en soit confiée aux établissements.

### **4.3 L'accessibilité aux médicaments non commercialisés**

D'autres problèmes reliés à l'application du régime d'assurance-médicaments peuvent influencer sur l'accessibilité et l'équité. Il s'agit du fait que des médicaments utilisés couramment, soit dans des maladies graves ou rares (orphelines), ne sont pas couverts par le régime. Ce sont les médicaments généralement non commercialisés, sans numéro d'identification DIN (drug information number), parce qu'ils n'ont pas reçu l'avis de conformité de Santé Canada. Ces médicaments ne sont pas commercialisés pour différentes raisons, soit qu'il s'agit de médicaments d'urgence ou pour fins humanitaires dont les études cliniques n'ont pas été complétées pour satisfaire aux normes fédérales, soit qu'il s'agit de médicaments *orphelins* utilisés dans des maladies rares, mais dont la commercialisation n'est pas envisagée, en raison du trop petit nombre de malades requérant ces traitements.

Au Québec, aucune disposition dans la loi et ses règlements ne prévoit l'encadrement concernant les médicaments *orphelins*. En vertu de la Loi canadienne, ils sont considérés comme des médicaments d'urgence et ne sont pas couverts par le RGAM du Québec. Plusieurs de ces médicaments sont coûteux et des hôpitaux aux prises avec des restrictions budgétaires refusent de les fournir gratuitement aux malades non hospitalisés. Il en résulte des problèmes d'accessibilité et d'équité puisque les malades requérant ces médicaments ne peuvent avoir recours au régime d'assurance-médicaments pour obtenir un remboursement.

L'une des solutions envisagées pour rendre accessibles ces médicaments aux malades ambulatoires qui les requièrent, parfois pour un traitement à vie, est de demander aux hôpitaux de fournir gratuitement ces médicaments. Une proposition en ce sens a déjà été formulée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. **La Conférence est favorable à cette solution, mais son application nécessite des budgets additionnels de médicaments de l'ordre de 3 à 4 millions de dollars par année pour l'ensemble des régions du Québec (données recueillies par les régies régionales, octobre 1999).**

#### **4.4 Réviser les paramètres du régime**

Dans son bilan sur le RGAM, le gouvernement met en valeur les mesures d'ajustement mises en oeuvre depuis l'instauration du régime, afin de tenir compte des plus démunis. Ces mesures, tels l'étalement mensuel des contributions financières et l'exemption de la contribution pour les bénéficiaires de la sécurité du revenu jugés inaptes au travail, sont fort louables et étaient nécessaires. Cependant, elles ne sont pas suffisantes. En effet, malgré la croissance des dépenses en médicaments et le déficit financier estimé à 78,8 millions de dollars au fonds de l'assurance-médicaments pour l'année 1999-2000, il faut résister à la tentation d'accroître davantage la contribution financière des plus démunis. **La Conférence estime que des personnes à faibles revenus sont confrontées à des contributions financières souvent supérieures à leur capacité de payer. Ces personnes doivent être prises en compte dans la révision des paramètres du régime, afin de réduire davantage leur contribution.**

Les résultats de l'étude menée par les chercheurs québécois portant sur l'impact du régime d'assurance-médicaments sur les clientèles vulnérables démontrent que la contribution financière exigée influe sur la décision de la personne de cesser prématurément des médicaments jugés essentiels<sup>9</sup>. Même si ce facteur n'est pas le seul en cause, il est reconnu que l'imposition de tarifs additionnels sous forme de franchise ou de coassurance peut contribuer à réduire la consommation de médicaments essentiels et a pour conséquence le recours à des soins de santé plus coûteux<sup>11-13</sup>.

#### 4.5 Le partage des responsabilités : public versus privé

À la page 92 du texte déposé par le MSSS sur le bilan du régime général d'assurance-médicaments, il est fait état que le régime fonctionne bien sur le plan du partage public-privé. **Pourtant, les témoignages et les données obtenues sont à l'effet qu'il y a eu un glissement de clientèles vers la RAMQ.** Ainsi, les personnes à revenus modestes ou les jeunes retraités ont trouvé plus avantageux d'opter pour le régime public, parfois à la suggestion même de leur assureur. Il faut reconnaître que cela ressemble à un régime dans lequel le *mauvais risque* demeure du côté public et la partie la plus rentable du côté du privé. Ainsi, selon les données présentées dans son bilan, le MSSS indique que les nouveaux adhérents à la RAMQ étaient vraisemblablement en plus mauvaise santé que les personnes couvertes par le secteur privé. Selon les chiffres présentés (tirés de la banque de données de la RAMQ), en 1996, avant leur adhésion au régime, ces personnes auraient eu davantage recours à des visites ambulatoires (3,4 versus 3,1), à un plus grand nombre de services médicaux (8,7 versus 8,1) et le phénomène est le même en ce qui a trait aux durées d'hospitalisation.

Selon les données publiées par Statistiques Canada, l'utilisation des médicaments s'accroît avec l'âge et la portion des fonds publics allouée aux dépenses en médicaments d'ordonnance a augmenté considérablement depuis 1975. Une étude internationale révélait en 1975 qu'une fois les coassurances et les franchises prises en compte, les régimes publics ont remboursé environ 45 % des frais de médicaments au Canada. En comparaison, d'autres pays comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas remboursaient 90 % de ces frais par leur régime public. En contrepartie, les États-Unis limitait à 25 % les frais remboursés<sup>1</sup>. **Ces données témoignent du fait que le partage des responsabilités public versus privé peut varier selon les systèmes de santé et les choix des gouvernements.**

Selon le bilan présenté, le MSSS indique que les coûts du RGAM sont partagés en proportion de 69 % remboursé par le public et de 31 % par le privé. Les données présentées indiquent également que les coûts moyens par prescription dans le régime public sont inférieurs à ceux du régime privé (25,97 \$ par rapport à 28,35 \$ en 1998). Ainsi, le fait que les personnes en moins bonne santé soient majoritairement couvertes par le régime public (RAMQ), que les coûts supportés par celui-ci sont deux fois plus élevés que ceux du privé, nous incitent à penser que ces personnes ont davantage recours aux médicaments. Malgré ce recours accru aux médicaments, le coût moyen par ordonnance demeure plus bas dans le régime public, ce qui permet de croire à une meilleure efficacité. **À la lueur de ces données, la Conférence s'interroge sur la pertinence de recommander que le secteur privé prenne une plus large part de responsabilité dans le régime.**

## 5. DES ENJEUX ÉCONOMIQUES, MAIS SURTOUT DES ENJEUX DE SANTÉ ...

Le médicament s'avère être une technologie de soins des plus efficaces et a remplacé d'autres alternatives thérapeutiques telles certaines chirurgies, tout en prévenant avec succès les complications médicales de plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies mentales et autres).

En contrepartie, la disponibilité d'un grand nombre de nouveaux médicaments, la plupart du temps plus efficaces ou entraînant moins d'effets indésirables que des médicaments plus anciens, ajoute aux pressions exercées sur le système de santé. L'abondance des nouveaux médicaments et leur utilisation ne sont pas sans causer des accroissements de coûts dont le RGAM subit les contrecoups. Cependant, cette croissance rapide des coûts n'est pas nouvelle ni exclusive au Québec. Elle est pratiquement universelle lorsqu'on examine les données à travers le Canada et dans les autres pays. De fait, le bilan déposé par le MSSS présente des dépenses en médicaments per capita au Québec comparables ou inférieures à celles de la plupart des pays industrialisés dont la France, les États-Unis, la Belgique, l'Allemagne et même le Canada.

Dans son bilan, le MSSS indique que la croissance des coûts est l'un des principaux risques qui menacent le RGAM. On observe en même temps que la croissance des coûts de 15 % par année entre 1997 et 1999 est comparable à celle observée au Québec pour les régimes privés, ainsi que dans les autres provinces et aux États-Unis.

### **Des coûts de santé improductifs**

Il est bien connu que l'utilisation non optimale des médicaments entraîne des coûts de santé improductifs tels le recours aux consultations médicales répétées, les séjours à l'urgence, l'utilisation de soins de santé plus coûteux en raison de complications médicales ou même de décès prématurés. L'étude menée par la docteure Tamblyn de l'équipe des chercheurs de McGill présente des données dans ce sens en estimant les coûts reliés à des consultations médicales répétées, les visites à l'urgence, etc. à 4,1 millions de dollars pour un échantillon très limité de personnes. Ils sont estimés à 7 à 9 milliards de dollars par année au Canada<sup>13</sup>. Au Québec, les experts estiment ces coûts comme étant de l'ordre de 1,8 à 2,2 milliards par année. De son côté, le Conseil de la Santé et du Bien-Être indiquait en 1995 que l'utilisation inappropriée des médicaments était responsable de 15 à 35 % des coûts des services de santé<sup>11</sup>.

## Des objectifs de contrôle des dépenses

Bien qu'ils soient légitimes, les objectifs de contrôle des dépenses reliées aux médicaments ne doivent pas compromettre ceux reliés à l'amélioration de la santé. **Pour atteindre les objectifs de contrôle des coûts, toute mesure qui aurait pour effet, soit d'augmenter la contribution financière des individus au régime, soit de provoquer une diminution de la consommation des médicaments essentiels ou d'en restreindre l'accessibilité, nous apparaît périlleuse, tant que la question de pertinence et d'utilisation optimale des médicaments, ainsi que des changements de pratique ne seront pas pris simultanément en compte.**

Il faudra donc sans tarder prévoir la mise en oeuvre de stratégies concertées en soutien à l'utilisation optimale des médicaments et des interventions permettant de juguler les coûts improductifs de santé, tout en permettant de contraindre globalement la hausse des coûts de santé. Ces mesures doivent être déployées afin de renforcer les bénéfices du régime en termes d'amélioration de la santé et leur succès permettra d'exercer un meilleur contrôle sur les dépenses.

En conséquence, la Conférence estime qu'il faut éviter d'évaluer isolément les dépenses reliées aux médicaments. Elles doivent plutôt être analysées en prenant en compte leurs effets sur les coûts des autres composantes du réseau. **Ainsi, les études suggèrent qu'une meilleure accessibilité aux médicaments, associée à des interventions permettant de favoriser l'adhésion thérapeutique du malade à son traitement, peuvent améliorer le contrôle de la maladie et permettre d'éviter le recours à des soins de santé plus coûteux.** Également, les méthodes permettant l'appréciation de la qualité et le contrôle par les pairs (revue d'utilisation des médicaments par critères objectifs, discussions de cas, etc.), l'utilisation de guides de pratique et l'approche médicale basée sur les données probantes (evidence - base medicine), de même que la disponibilité pour les médecins et les pharmaciens d'un dossier patient incluant le plan de soins pharmaceutiques et les médicaments consommés, sont des moyens qui peuvent être utilisés pour favoriser l'usage optimal des médicaments.

## 6. DES SOLUTIONS D'ENSEMBLE AU REGARD DE L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ

Plusieurs organismes ont proposé la mise en oeuvre de stratégies de soutien à la décision médicale et des moyens permettant d'améliorer l'utilisation des médicaments<sup>11-15</sup>. D'autres proposent de modifier les pratiques médicales par diverses approches nécessitant le soutien technologique (systèmes d'information informatisés), le recours à des approches pédagogiques et l'évaluation par les pairs<sup>11</sup>.

### La modification des pratiques médicales

Il semble que les guides de pratiques, les documents d'information publiés et diffusés auprès des médecins, de même que les recommandations cliniques ont peu d'influence sur la pratique médicale<sup>2-4,12,14</sup>. Il a également été démontré que l'approche coercitive destinée à modifier les pratiques médicales entraîne peu de bénéfices et est très mal acceptée par les médecins qui y voient là une ingérence à leur liberté professionnelle. L'approche coercitive introduit des notions contre-productives de *déviante* de pratique, c'est pourquoi elle ne devrait pas être privilégiée. Également, il est préférable d'éviter l'extension des contrôles bureaucratiques sur les pratiques professionnelles. Ces mesures ont donné peu de résultats dans le passé et occasionnent souvent des glissements thérapeutiques ou des coûts indirects de santé. À titre d'exemple, mentionnons l'utilisation par certaines provinces de listes restrictives de médicaments dans un effort pour mieux contrôler leurs coûts. Ces mesures, bien qu'elles puissent conduire à une baisse apparente des coûts de médicaments compromettent l'accessibilité et peuvent se traduire par l'utilisation compensatoire de d'autres soins de santé plus coûteux.

La capacité d'assurer l'acceptation de guides de pratique et leur intégration à la pratique médicale repose sur trois facteurs : l'approbation par les pairs et par les experts reconnus, de même que l'absence de controverse des recommandations proposées. Si les guides de pratiques reposent sur l'intégration de concepts reliés aux données probantes (evidence - based medicine), ils ont plus de chance d'être intégrés à la clinique et de réduire l'écart entre les pratiques optimales et les pratiques observées, qu'il s'agisse de prescription de médicaments ou de tests diagnostiques. D'autres stratégies comme les revues d'utilisation des médicaments (RUM) ont une influence sur les pratiques médicales et sont généralement bien acceptées par le corps médical.

## 6.1 Des stratégies de soutien et d'intervention

Diverses stratégies de soutien et d'intervention peuvent être proposées pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Certaines d'entre elles s'adressent aux médecins, aux pharmaciens et à d'autres professionnels de la santé, tandis que d'autres sont orientées vers les malades eux-mêmes.

### Les revues d'utilisation des médicaments

Les approches reposant sur l'évaluation par *critères objectifs* peuvent influencer les pratiques médicales, surtout lorsqu'elles reposent sur une validation par les pairs. Cette approche est mise à profit par des activités telles les revues d'utilisation des médicaments (RUM). Au Québec, le réseau hospitalier s'est doté dès les années 90, d'un système de revue d'utilisation des médicaments (RRUM) et cela a permis d'intégrer ces activités à la pratique hospitalière<sup>16</sup>. Plus récemment, fort des résultats obtenus par le RRUM, le comité de RUM ambulatoire (CRUM) a été créé en lien avec l'implantation du régime d'assurance-médicaments. **Toutefois, les deux organismes, voués aux activités RUM n'ont jamais été arrimés, ni intégrés. Bien que poursuivant des objectifs communs d'améliorer l'utilisation des médicaments, ils ont fonctionné en parallèle, sans mettre en commun leurs choix de cible, ni leurs actions.**

De plus, dans les hôpitaux, les résultats d'études RUM sont généralement présentés et discutés avec les médecins impliqués. Les protocoles cliniques découlant des interventions destinées à améliorer l'utilisation médicamenteuse sont généralement adoptés par le Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP), un organisme responsable d'assurer la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique dans l'établissement. La Loi sur la santé et les services sociaux prévoit la présence de CMDP dans les hôpitaux, mais aussi dans les CLSC où le nombre de médecins le justifie. Le CRUM ne dispose pas de la présence d'un CMDP pour favoriser l'intégration clinique de ses recommandations.

**Pourtant l'arborisation des mécanismes de revue d'utilisation des médicaments sur le plan régional et la disponibilité de profils de pratique locaux des médecins et des pharmaciens seraient utiles et créeraient un effet synergique pour améliorer l'utilisation des médicaments.**

## **Un meilleur arrimage**

**La Conférence propose de favoriser une unification des deux réseaux parallèles de RUM (CRUM ET RRUM), afin d'améliorer leur contribution à l'utilisation optimale des médicaments.** Un meilleur arrimage professionnel et administratif permettrait d'assurer la pérennité de ces activités reconnues efficaces pour améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments. Leurs préoccupations mutuelles permettraient d'intervenir dans une perspective d'action concertée, tant dans le cadre des soins de santé offerts dans le contexte hospitalier que communautaire de manière continue.

**En conséquence :**

**La Conférence recommande de fusionner les deux réseaux RUM, le CRUM et le RRUM et de consolider leur budget de fonctionnement et leurs activités.**

## **La création d'une commission médico-pharmaceutique régionale**

De plus, afin d'assurer une plus grande efficacité, il est proposé de créer une commission médico-pharmaceutique régionale de soutien permettant aux médecins et aux pharmaciens de partager des préoccupations et des actions concertées au regard de l'objectif de favoriser l'harmonisation des pratiques et l'utilisation optimale des médicaments.

Cette commission serait mandatée par les instances régionales (régies) pour se préoccuper de la qualité des soins et des pratiques médicales et pharmaceutiques. Elle aurait pour but de soutenir les professionnels (médecins et pharmaciens) en concertation avec les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens des établissements de santé et les ordres ou corporations professionnelles. Cette structure régionale devrait également travailler en étroite collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG) mis en place suite à l'adoption en 1998 de la loi 404. Ainsi, le réseau provincial RUM fusionné agirait en synergie avec cette commission médico-pharmaceutique régionale et le DRMG afin d'optimiser l'utilisation des médicaments.

## **Le partage de l'information clinique**

Plusieurs organismes, appuyés par des études sur le sujet, recommandent de soutenir le développement et la diffusion d'outils d'information permettant aux médecins et aux pharmaciens d'assurer un meilleur suivi de la médication prescrite<sup>11,14-15,23-24</sup>. Des logiciels informatiques permettant la diffusion d'informations sur les médicaments, d'outils électroniques d'aide à la décision médicamenteuse et de suivis pharmaceutiques seraient d'une grande utilité.

Une étude québécoise, réalisée par une équipe de santé publique (Etude IMPPPaC : Improving Physicians, Pharmacists and Patients communication and Concordance), indique la nécessité du partage et de l'échange mutuel d'information entre les médecins et les pharmaciens<sup>17-19</sup>. Les données de l'étude font valoir le besoin ressenti par les médecins d'avoir accès plus facilement à des informations tels l'histoire médicamenteuse, le profil pharmacologique individuel des malades, les interactions médicamenteuses et les informations fournies aux malades concernant les réactions médicamenteuses. En contrepartie, l'étude démontre que les pharmaciens aimeraient avoir accès au diagnostic et aux résultats de laboratoire pour effectuer adéquatement leur travail en certaines circonstances. Ces conclusions sont également confirmées, suite aux travaux menés par la Sogique sur le dossier patient partageable, après que cet organisme eût été mandaté par la ministre de la Santé pour travailler au déploiement de la carte-santé à microprocesseur<sup>23-24</sup>.

## **L'information aux professionnels de la santé**

Il faut également mettre davantage à contribution des services d'informations cliniques sur les médicaments destinés aux médecins, aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé. Au Québec, deux exemples bien concrets de ces services de soutien cliniques sont offerts depuis plusieurs années : ce sont le Centre d'information sur le médicament (CIM) à Québec et le Centre d'information pharmacothérapeutique (CIP) à Montréal. Ces centres d'information sont en partie financés par un partenariat entre les universités, les hôpitaux et les subventions provenant de frais d'abonnements proposés aux usagers (médecins, pharmaciens, établissements, industries pharmaceutiques, ...). Ces initiatives méritent d'être supportées financièrement par le gouvernement, le MSSS et les régies régionales afin de rendre ces services plus largement accessibles. Tant les CLSC, les hôpitaux, les officines et les cabinets privés peuvent bénéficier largement de ces services en soutien à leurs équipes professionnelles.

## Des services d'information à la population

D'autres services d'information conçus pour la population et accessibles par téléphone ont démontré des bénéfices et semblent répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens. Cependant, contrairement à d'autres provinces du Canada, le Québec ne dispose pas d'un service d'information sur les médicaments dédiés aux besoins de la population. Pourtant, ces services sont susceptibles d'améliorer l'accessibilité à l'information et de compléter le service d'INFO-SANTÉ.

**Considérant le besoin d'assurer l'accès à l'information sur les médicaments à l'ensemble de la population : la Conférence recommande l'ajout d'un service téléphonique d'INFO-MÉDICAMENTS, dont les modalités et le financement pourraient être déterminés en collaboration avec les pharmaciens oeuvrant tant dans le secteur privé que public et les régies régionales.**

La création d'un tel service, en complément de celui d'INFO-SANTÉ, nécessiterait des investissements modestes s'il était intégré à l'infrastructure déjà en place dans les régies régionales.

## Utiliser davantage l'expertise des pharmaciens

D'autres stratégies consistent à mettre à profit l'expertise des pharmaciens en soutien à la pratique médicale, afin d'améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments. Cependant, dans le milieu de pratique communautaire, les *opinions pharmaceutiques*\* sont peu utilisées par les pharmaciens, alors qu'elles ont une influence sur la thérapie médicamenteuse. Plusieurs évoquent la lourdeur administrative du processus relié à l'opinion pharmaceutique comme constituant un obstacle à son utilisation. Également, la crainte de la part du pharmacien que ces recommandations soient mal perçues par le médecin, constitue un frein à son utilisation. **Malgré ces obstacles, la Conférence recommande de favoriser davantage la communication et l'échange d'informations cliniques entre les pharmaciens et les médecins** et de mettre en place les incitatifs nécessaires pour y parvenir, qu'il s'agisse de l'opinion pharmaceutique ou de d'autres actes portant sur les soins pharmaceutiques à procurer aux malades.

---

\* L'opinion pharmaceutique est un avis thérapeutique rédigé par le pharmacien concernant la médication pour un malade donné. Il s'agit d'un acte pharmaceutique remboursé par la RAMQ aux pharmaciens en pratique privée.

Il est nécessaire d'assurer une meilleure synergie médecin-pharmacien dans la pratique quotidienne, si l'on veut favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Pour ce faire, l'intensification des programmes de soins pharmaceutiques proposés par les pharmaciens permet d'optimiser l'utilisation des médicaments, tout en réalisant des économies sur les dépenses en médicaments et les coûts de santé<sup>20</sup>. Plusieurs études ont évalué des économies considérables grâce à des soins pharmaceutiques intégrés dans les programmes cliniques d'anticoagulothérapie, de suivi psychiatrique ambulatoire, d'antibiothérapie et autres.

**La Conférence recommande donc :**

**1. De favoriser le partage de l'information entre médecins et pharmaciens et de resserrer les liens entre eux par :**

- le développement et la diffusion d'outils d'information permettant aux médecins et aux pharmaciens d'assurer un meilleur suivi de la médication prescrite;
- la mise à la disposition de guides de pratiques et de protocoles cliniques validés par les équipes médicales régionales et leurs experts;
- la création d'une commission médico-pharmaceutique régionale permettant d'intensifier les liens professionnels et fonctionnels entre les médecins et les pharmaciens.

**2. D'intensifier les activités RUM et de les associer à des mécanismes de rétroaction régionaux basés sur la validation par les pairs (commission médico-pharmaceutique régionale).**

**3. D'utiliser davantage l'expertise des pharmaciens en :**

- favorisant l'utilisation accrue de l'opinion pharmaceutique en instaurant les incitatifs appropriés;
- intensifiant les soins pharmaceutiques procurés par les pharmaciens à leurs malades par le biais des programmes clientèles et des services cliniques (ex. : anticoagulothérapie, soins palliatifs, etc...).

**4. D'assurer l'accès à des centres d'information pharmaceutiques spécialisés pour les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé.**

**5. D'instaurer un service d'information sur les médicaments à la population par la création d'une ligne INFO-MÉDICAMENTS intégrée aux services d'INFO-SANTÉ.**

D'autres stratégies d'intervention orientées spécifiquement vers les malades permettent aussi d'améliorer l'utilisation des médicaments. Favoriser des stratégies multiples incluant la combinaison des approches cognitives, comportementales et affectives sont susceptibles d'améliorer l'adhésion au traitement et de prévenir la cessation prématurée de médicaments jugés essentiels<sup>12, 17-19, 21-22</sup>.

## 6.2 Favoriser la fidélité au traitement

Il est nécessaire de préciser que les auteurs et les ouvrages consultés utilisent différentes terminologies pour qualifier la fidélité du malade à son traitement. Cette terminologie évolue au gré des études et des données disponibles ainsi que selon l'angle d'analyse adopté.

Néanmoins, les termes utilisés peuvent laisser sous-entendre des significations et des comportements différents des individus face à leur traitement. À titre d'exemple, l'*observance thérapeutique* réfère au fait d'écouter les directives médicales, la «*compliance*» de se plier aux directives, l'*adhésion* d'adhérer à son traitement et la *concordance* d'arriver à un accord entre le médecin et le malade au plan de traitement.

Il est estimé que, en moyenne, après un an suivant la prescription médicamenteuse, environ 50 % des malades recevant des médicaments pour des pathologies chroniques ne les prennent pas correctement. Toutefois, malgré l'abondance de littérature portant sur la fidélité au régime thérapeutique, il faut bien reconnaître le fait que peu d'études ont évalué les résultats obtenus par diverses stratégies visant l'amélioration de l'adhésion thérapeutique. Tout récemment, une étude québécoise proposait le concept *d'alliance thérapeutique* reposant sur une approche basée sur la relation médecin-pharmacien-patient et des interventions jumelées à un *contrat thérapeutique* établi avec le patient<sup>18-19</sup>. Les chances de succès d'une telle approche sont jugées optimales parce qu'elles combinent des stratégies susceptibles de modifier le comportement des malades de façon à favoriser la fidélité au traitement.

Les résultats de diverses études démontrent également que la mise en oeuvre d'interventions structurées et efficaces, de même que le renforcement du lien de communication médecin-pharmacien-patient dans la mesure où cette relation se maintient, favorisent une meilleure adhésion thérapeutique. La qualité de la relation du malade avec le professionnel de la santé est un déterminant de l'observance<sup>18</sup>.

Les professionnels de la santé sont généralement plus habilités à dépister l'inobservance et à identifier à quel stade se situe le malade au regard de ses croyances, ses motivations, sa consommation de médicaments et comment référer le patient à des ressources de soutien. Cependant, ces professionnels sont les mieux placés pour intervenir, lorsqu'ils sont formés pour le faire. Ainsi, l'évaluation de l'observance thérapeutique pourrait être intégrée à la pratique médicale et pharmaceutique, en collaboration avec les autres professionnels de la santé. Toutefois, l'étude révèle que pour intervenir efficacement, le médecin et le pharmacien doivent disposer d'informations mutuelles pour favoriser le counselling et le suivi clinique du patient<sup>18</sup>.

Des outils, tels les aide-mémoire, les outils de rappel, l'histoire médicamenteuse fournie au médecin par le pharmacien, l'accessibilité mutuelle à l'information clinique, permettent à ces professionnels d'améliorer la fidélité aux traitements.

La Conférence rappelle que des actions concertées, afin d'améliorer l'observance au traitement, doivent être mises en oeuvre sous diverses modalités, qu'il s'agisse de projet-pilote, d'études cliniques ou autres, d'autant plus que des expériences prometteuses mais isolées sont en cours actuellement. Ces expériences sont porteuses de pistes de solution et méritent d'être soutenues et élargies. Des recommandations en ce sens doivent être réitérées, puisqu'une proposition à cet égard a déjà été formulée au ministère de la Santé et des Services sociaux et est demeurée sans résultat<sup>7</sup>.

**La Conférence recommande de :**

**Favoriser les actions concertées et les programmes destinés à juguler les problèmes d'inobservance thérapeutique pouvant conduire à la détérioration de la santé de l'individu et à des coûts de santé improductifs. Un programme québécois d'observance thérapeutique qui intègre ces actions devrait être créé.**

## **Campagne d'information et de promotion de l'observance**

Parmi les moyens permettant d'améliorer la fidélité au régime thérapeutique, les campagnes de publicité et d'information s'adressant au public et aux professionnels de la santé peuvent être efficaces. Il semble toutefois que cette efficacité peut varier. Pour être efficace, une campagne d'information doit remplir certaines conditions de succès. Elle doit s'adresser à la fois aux professionnels et aux consommateurs en langage clair. Elle est d'autant plus efficace si la perception individuelle est que la situation décrite est menaçante pour la vie. Finalement, elle est efficace s'il n'y a pas d'obstacles à l'utilisation d'alternatives thérapeutiques. **Afin d'agir sur le problème de la faible adhésion aux recommandations professionnelles, une campagne de promotion destinée au grand public et aux professionnels de la santé pourrait donner le signal que la préoccupation de l'observance fera dorénavant partie des priorités de l'ensemble des composantes du système de santé.**

**La Conférence recommande de :**

**Mettre en oeuvre et supporter une campagne de promotion destinée au grand public et aux professionnels de la santé.**

## 7. UN FINANCEMENT À LA MESURE DE NOS PRÉOCCUPATIONS ET DE NOS ACTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le bilan du régime d'assurance-médicaments révèle que le régime public (RAMQ) a couvert 2 393 000 personnes participantes incluant les prestataires de la sécurité du revenu, les personnes âgées et les nouveaux adhérents. Rappelons qu'une personne participante selon la définition suggérée par la RAMQ est une personne qui a utilisé le régime (qui a consommé des médicaments d'ordonnance). Toutefois, l'ensemble des personnes couvertes par la RAMQ totaliserait 3 080 000 personnes, si l'on inclut aussi celles qui n'ont pas eu recours aux médicaments. Puisqu'en 1999, la population du Québec comptait 7 363 262 personnes, selon les statistiques démographiques du gouvernement, la RAMQ couvrirait 41,8 % de la population. De son côté, le régime privé couvrirait 58,2 % de la population, soit la majorité de celle-ci, si l'on s'en tient à ces données.

Paradoxalement, la répartition des coûts du régime entre le public et le privé n'est pas proportionnelle au nombre de personnes couvertes. On observe plutôt une tendance inversée, puisque la majorité des coûts du régime est dans le public avec 1 339 000 000 \$ (69 % des dépenses totales\* du régime, année 1998-1999) alors que le privé assume une proportion moins grande : 609 000 000 \$ (31 % du total des coûts). Comme il a été observé précédemment, ces données confirment que les personnes couvertes par le public seraient en moins bonne santé que celles du privé, puisqu'elles ont eu davantage recours aux médicaments et aux soins médicaux. Elles représentent une concentration plus grande de mauvais risque en termes d'assurances.

Ces données, prises en parallèle avec le coût moyen par prescription, indiquent pourtant une meilleure efficacité du côté du public avec des coûts de 25,97 \$ par prescription, comparés à 28,35 \$ dans le régime privé.

### **Considérant ces faits, la Conférence soumet les réflexions suivantes :**

- Les préoccupations identifiées dans le bilan déposé par le gouvernement portent sur les enjeux économiques indiquant même que la survie du régime d'assurance-médicaments serait menacée par la croissance des coûts. **L'objectif poursuivi relève donc principalement d'une demande améliorée de services et d'un meilleur contrôle des coûts.**
  
- Le régime public supporte majoritairement le poids financier des personnes en plus mauvaise santé présentant les plus grands risques d'assurances.

---

\* Excluant les coûts de gestion

- **Les perspectives d'améliorer la rentabilité d'une assurance-médicaments reposent sur la capacité à répartir équitablement les *bons* et les *mauvais* risques ou à prendre en compte globalement toute la masse critique de personnes assurées afin d'équilibrer les dépenses au regard des frais exigés.**

- Dans un tel contexte, trois hypothèses principales s'offrent à nous quant à la révision de la couverture du régime général d'assurance-médicaments :

**Hypothèse 1 : la couverture assumée à 100 % par le privé;**

**Hypothèse 2 : la couverture assumée à 100 % par le public;**

**Hypothèse 3 : une couverture mixte partagée entre le privé et le public.**

- Dans l'éventualité où la première hypothèse était retenue, malgré la *mutualisation* de tous les risques (bons et mauvais) tout laisse croire que la contribution financière exigée (prime ou franchise ou les deux) augmenterait pour tout le monde. Les assurés du régime privé assument déjà des contributions financières largement plus élevées que celles du public. De plus, l'expérience démontre que les personnes à revenus modestes de ce groupe d'assurés contribuent déjà au maximum de leurs moyens financiers ou choisissent d'adhérer au régime public quand ces contributions dépassent leur capacité de payer.
- Si l'hypothèse 2 était retenue, la *mutualisation* des bons et des mauvais risques permettrait davantage au régime public d'équilibrer les contributions financières par rapport aux dépenses encourues. Il serait possible d'établir une contribution financière proportionnelle qui tiendrait compte de la capacité de payer des citoyens selon leurs revenus. Cette hypothèse permettrait d'assurer une couverture similaire à celle offerte pour les soins médicaux. On peut se questionner sur le fait que le régime d'assurance-médicaments ne soit pas considéré sur le même pied que celui de l'assurance-maladie pour les soins médicaux avec la même universalité et les mêmes préoccupations d'améliorer la santé. En appui à cette hypothèse, telle qu'observée précédemment, les coûts par ordonnance sont moins élevés dans le régime public, ce qui milite en faveur d'un meilleur contrôle des coûts. Finalement, cette hypothèse permet de maintenir la gratuité d'accès au régime pour les enfants et les personnes démunies, ce qui n'est pas le cas dans le privé.
- Quant à l'hypothèse 3, il s'agit d'une sorte de statu quo dans laquelle la répartition de la couverture se ferait entre le public et le privé d'une manière qui reste à déterminer. La répartition actuelle ne favorise pas le régime public et le partage des risques entre le privé et le public devra reposer sur un équilibre de bons et de mauvais risques de part et d'autre, si l'on veut réduire l'écart déficitaire entre les contributions financières et les dépenses du côté public. Pour ce faire, il faudra probablement que le gouvernement établisse des modalités par voie réglementaire ou législative afin de rétablir la répartition proportionnelle des risques et les responsabilités mutuelles des deux régimes (le privé et le public). Bien que cela soit possible, cette avenue promet d'être complexe et sera quand même basée sur deux systèmes dont les conditions d'accès et les contributions financières ne sont pas les mêmes.

Malgré toutes les informations disponibles, la Conférence ne dispose pas de tous les éléments lui permettant de déterminer avec certitude lequel des deux régimes (privé ou public) pourra répondre le plus adéquatement aux objectifs d'amélioration de la santé jugés essentiels. Néanmoins, la Conférence réaffirme la nécessité de tenir compte de la capacité de payer des individus et sa détermination à obtenir les assurances que le régime constituera un véritable programme de santé.

**En conséquence :**

**La Conférence recommande la *mutualisation* de tous les risques sous un seul régime. Ce régime tiendrait compte des objectifs d'amélioration de la santé de la population et de la capacité relative de payer des individus en fonction de leurs revenus. La Conférence privilégiera le régime qui sera en mesure de faire migrer la couverture d'assurance-médicaments en un véritable programme de santé.**

### **Un budget global consacré à l'ensemble des médicaments**

Puisque les programmes et les soins de santé doivent être pris en compte de manière systémique afin de favoriser l'amélioration de la santé et l'usage optimal des médicaments, il serait logique de regrouper toutes les dépenses consacrées aux médicaments dans un seul budget. Ce budget global permettrait d'établir un meilleur lien entre les enveloppes budgétaires distinctes consacrées aux médicaments (l'assurance-médicaments, l'assurance-hospitalisation, l'indemnisation des accidentés du travail, l'assurance-automobile du Québec).

La globalisation du budget consacré aux médicaments éviterait que des coûts reliés à des décisions locales se répercutent dans une autre composante du réseau. Par exemple, récemment, la Conférence était informée de pratiques locales dans lesquelles des hôpitaux, aux prises avec des déficits budgétaires, proposaient à leurs malades d'aller se procurer certains médicaments injectables coûteux, pour se les faire administrer sur place à l'hôpital, ou dans un CLSC, afin de ne pas avoir à supporter les coûts du médicament et ainsi de le transférer au régime public (RAMQ) ou au citoyen (régime privé). Ces pratiques assimilables à des phénomènes de *cost shifting* sont en partie occasionnées par la présence d'enveloppes budgétaires distinctes qui confrontent les administrateurs à des décisions souvent contradictoires au regard des objectifs de continuité des soins. Finalement, la globalisation des budgets permettrait une meilleure efficacité et une plus grande concertation dans les stratégies visant l'utilisation optimale des médicaments. Elle permettrait d'investir dans les moyens pouvant influencer les pratiques médicales et ainsi mieux favoriser le programme de santé des Québécois.

## **Un financement créatif en soutien au réseau de la santé**

L'opinion répandue auprès de la population et de certains organismes est à l'effet que l'industrie pharmaceutique profite grandement des retombées financières des médicaments. Plusieurs recommandations ont été faites dans l'optique de diminuer le prix de vente des médicaments ou d'instaurer par le gouvernement une politique permettant de rembourser le prix le plus bas en favorisant le recours à des médicaments génériques pour remplacer les médicaments d'origine. Ces stratégies ont cependant leurs limites. Elles ont été expérimentées dans d'autres provinces avec le résultat que les économies réalisées sont à court terme. Ces politiques ne règlent rien à long terme puisqu'elles provoquent la majoration des prix des médicaments nouveaux. Bien que ces approches puissent être favorisées, elles ne peuvent résoudre à elles seules l'accroissement des coûts.

## **Les stratégies de partenariat**

Des stratégies de partenariat pourraient être davantage utilisées par le gouvernement en s'inspirant de l'expérience de d'autres provinces ou de d'autres pays, telles l'Australie et l'Allemagne. À titre d'exemple, des projets de partenariat financés conjointement par l'industrie pharmaceutique et le réseau de la santé peuvent créer une synergie pour évaluer des modalités d'interventions cliniques ou permettre l'amélioration des soins et l'utilisation optimale des médicaments. À titre d'exemple, mentionnons le réseau intégré des centres d'enseignement de l'asthme (CEA) impliquant plus de 91 centres désignés à travers le Québec et supporté par le Réseau québécois pour l'enseignement de l'asthme (RQEA). D'autres exemples de financement partagé ou de partenariat sont notamment les projets SPICE (soins pharmaceutiques pour les patients insuffisants cardiaques en Estrie) et CHOPIN (cholestérol post-infarctus) et autres. Ces expériences de partenariat peuvent contribuer à financer certains programmes de santé sans pour autant comporter ou susciter des problèmes éthique ou des conflits d'intérêt, en autant qu'elles soient soumises à des règles d'éthique et qu'elles répondent aux besoins de santé de la population. Ces projets doivent être compatibles avec les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de santé.

**En conséquence, il est suggéré d'évaluer l'opportunité de créer un *fonds pharmaceutique de santé* dont les modalités de gestion pourraient être établies en partenariat avec le MSSS, les régies régionales et l'industrie pharmaceutique.** Ce fonds distinct constituerait un financement pour divers projets permettant d'améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments et de rencontrer les objectifs d'amélioration de la santé selon les programmes jugés prioritaires dans le réseau. Les modalités de contribution à ce fonds peuvent être modulées selon les expériences vécues dans d'autres pays (Australie, Nouvelle-Zélande, ...). La contribution versée pourrait par exemple être un montant proportionnel au chiffre d'affaires ou aux profits réalisés par l'industrie. Cette contribution constituerait en quelque sorte un fonds sans cesse renouvelé par le réinvestissement annuel proposé et accepté par engagement mutuel des partenaires.

**La Conférence recommande :**

**De créer un fonds pharmaceutique de santé capable de soutenir certains programmes cliniques et de contribuer à l'utilisation optimale des médicaments.**

## 8. CONCLUSION

Déterminée à soutenir et à préserver les principes d'universalité, d'équité et d'accessibilité énoncés par le gouvernement, lors de l'instauration du régime d'assurance-médicaments, la Conférence convient qu'il s'agit-là de principes fondamentaux. Tous les obstacles qui pourraient compromettre ces principes doivent être identifiés et des efforts doivent être consentis pour résoudre les problèmes s'y rattachant.

La Conférence estime également qu'une meilleure intégration du régime d'assurance-médicaments dans le réseau de la santé est nécessaire pour que les citoyennes et les citoyens du Québec puissent en retirer les meilleurs bénéfices en matière d'amélioration de la santé. De plus, les gains attendus en termes d'amélioration de la santé viendront de l'utilisation optimale de la technologie du médicament. De fait, la Conférence reconnaît qu'il faut optimiser l'utilisation des médicaments et assurer la pérennité du régime.

**En conséquence, la Conférence résume l'ensemble de ses recommandations ci-après.**

**Il est recommandé :**

- **D'assurer la couverture d'assurance-médicaments à tous les citoyennes et les citoyens québécois par la *mutualisation* de tous les risques sous un seul régime. La Conférence privilégiera le régime qui sera en mesure de faire migrer la couverture d'assurance-médicaments en un véritable programme de santé.**
- **D'assurer la gratuité d'accès au régime à toutes les personnes démunies dont le revenu familial est en deçà du seuil de pauvreté. La Conférence estime qu'une *mutualisation* de tous les risques sous un seul régime permet d'établir un meilleur étalement des contributions financières et favoriserait cette recommandation.**
- **D'assurer la gratuité d'accès à l'antibiothérapie parentérale ambulatoire pour les malades qui le requièrent lors d'un séjour hospitalier écourté.**

- **D'intégrer les deux organismes québécois voués à la revue d'utilisation des médicaments, le CRUM et le RRUM** dans une composante fonctionnelle unique favorisant la consolidation et l'intensification de ces activités et leur impact sur l'utilisation rationnelle des médicaments.
  
- **De créer une commission médio-pharmaceutique régionale mandatée pour se préoccuper de la qualité des soins et des services médicaux et pharmaceutiques** en soutien à l'harmonisation des pratiques et à l'utilisation optimale des médicaments.
  
- **De regrouper l'ensemble des budgets consacrés aux médicaments** et d'établir des programmes-clientèles.
  
- En soutien à la pratique médicale et pharmaceutique : **de favoriser le développement de stratégies et d'outils de communication et d'information clinique** et scientifique (logiciels d'aide à la décision, centres d'information spécialisés, etc.).
  
- **De créer un service d'INFO-MÉDICAMENTS** parfaitement intégré aux services d'INFO-SANTÉ en soutien aux besoins d'information de la population.
  
- **De favoriser les actions concertées et les programmes destinés à juguler les problèmes d'inobservance thérapeutique** pouvant conduire à la détérioration de la santé de l'individu et à des coûts de santé improductifs. Le programme québécois d'observance thérapeutique qui intègre ces actions devrait être créé tel que recommandé précédemment par la Conférence<sup>7</sup>.
  
- **De créer un «fonds pharmaceutique de santé»** capable de soutenir certains programmes cliniques et de contribuer à l'utilisation optimale des médicaments. Ce fonds devrait être constitué de contributions financières de provenances multiples (gouvernement, industrie pharmaceutique, universités, réseau de la santé, etc.).

## RÉFÉRENCES ET DOCUMENTS CONSULTÉS

1. STATISTIQUES CANADA. *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistiques Canada, vol. 10 (1-4) : 1999.
2. RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC. *Analyse descriptive de l'évolution du régime d'assurance-médicaments au regard des facteurs explicatifs d'ordre thérapeutique*, RAMQ, Service de l'analyse des programmes, octobre 1999, 38 p.
3. RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC. *Utilisation optimale du médicament : pour un meilleur rendement sur l'investissement*, RAMQ, Services de l'analyse des programmes, novembre 1999, 22 p.
4. RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC. *Stratégies expérimentées pour améliorer l'utilisation des médicaments*, RAMQ, Services de l'analyse des programmes, novembre 1999, 39 p.
5. TRAHAN, L., BÉGIN, P., DEMERS, M. et al. *Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux : Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, 1999, 117 p.
6. CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Application du régime universel d'assurance médicaments : Bilan des travaux réalisés dans le cadre du transfert des clientèles*, Québec, juin 1997, 11 p. et annexes.
7. CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Le régime universel d'assurance-médicaments : des impacts sur les clientèles vulnérables et des solutions...*, Québec, mai 1999, 19 p.
8. TAMBLYN, R., LAPRISE, R., MAYO N. et al. *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, MSSS, mars 1999, 28 p.
9. CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour un accès équitable et raisonnable à des services médicaux de qualité : un nouveau projet médical québécois*, juin 1999, 12 p. et annexes.
10. GAUTHIER, N., BÉGIN, P., ROBITAILLE, L. et al. *Médicaments et fournitures dispensés aux clientèles ambulatoires*, Rapport préliminaire, Comité aviseur, Direction des services à la population, MSSS, 1999, document en rédaction.

11. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Un juste prix pour les services de santé*, Rapport du groupe de travail formé par le Conseil de la santé et du bien-être, mai 1995, 181 p.
12. BERG, J., DISCHLER, J., WAGNER, D.J. et al. "Medication compliance : A healthcare problem", *Ann of pharmacotherapy*, 27 : 9 : S1-S19 (suppl.), september 1993.
13. COAMBS, R. B., JENSEN, P., HER, M.H. et al, *Review of the scientific litterature on the prevalence, consequence and health cost of, non-compliance and inappropriate use of prescription medication in Canada*, University of Toronto, Press, 1995, 159 p.
14. LUSSY, F. *Making our healthcare system the best it can be*, Hospital Quaterly, 41-49, Fall, 1999.
15. Anonyme. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Rapports de synthèse et documents de références : Orientations pour une politique pharmaceutique au Canada, Forum national sur la santé, 1998, p. 13-20.
16. RÉSEAU DE REVUE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS. *La vision du RRUM sur la mise en place d'un programme intégré de revue d'utilisation des médicaments*, RRUM, juin 1996, 18 p. et annexe.
17. BEAULIEU, M., KRELENBAUM, M., BOURDAGES J. et al. "IMPPPaC : compliance and communications between physicians and pharmacists", *Abstract*, American Heart Association Conference on compliance, Boston, 1999.
18. BEAULIEU, M., KRELENBAUM, M., BOURDAGES, J. et al. "IMPPPaC : compliance and relationship between health-care professionnals and patients", *Abstract*, American Heart Association Conference, January 2000.
19. BEAULIEU, M., KRELENBAUM, M., BOURDAGES, J. et al. "Improving physician's, pharmacist's, patient's communications and concordance (IMPPPaC) : A public, private and corporate partnership", *Abstract*, American Heart Association conference, January 2000.
20. BURSON, S. C. *The value of pharmaceutical care services*, Pharmacists Letter, December 1999.
21. SAUVAGEAU, L., BOURDAGES, J. et al. *Compliance with medical recommandations in cardiovascular health : review of litterature*, Public Health Research Unit, Health and Social Services regional board, September 1998, 26 p.
22. HOUSTON-MILLER, N., HILL, M. KOTTHE, T. et al. "The multi-level compliance challenge : Recommandations for a call to action", *A statement for healthcare professionals*, Circulation 95 : 1025-1090, 1997.

23. RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC. *Mémoire sur le déploiement du système de carte santé à microprocesseur*, ministre de la Santé et des Services sociaux, soumis au Conseil exécutif, 14 avril 1998.
24. SOGIQUE, RAMQ. *Rapport conjoint proposant un modèle provincial unique pour la gestion du consentement*, Sogique et RAMQ, décembre 1999.