



**Ordre
des pharmaciens
du Québec**

1 2 5 A N S
1 8 7 1  1 9 9 6

**MÉMOIRE
DE
L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

PRÉSENTÉ À

LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

À PROPOS DE
LA PROBLÉMATIQUE DES COÛTS ET
DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS
AU QUÉBEC**

5 mars 1996

266, rue Notre-Dame Ouest, Bureau 301, Montréal (Québec) H2Y 1T6

Tél. : (514) 284-9588
Télec. : (514) 284-3420
1-800-363-0324

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Principes généraux.....	4
La pharmacothérapie et les soins et services pharmaceutiques.....	4
La fourniture de médicament.....	5
L'accessibilité aux médicaments.....	6
La qualité des soins pharmaceutiques.....	6
La continuité de l'approvisionnement en médicaments et des soins pharmaceutiques.....	7
L'approche gouvernementale en matière d'assurance-médicaments.....	8
Les mesures entreprises par le gouvernement en matière d'assurance-médicaments.....	8
Commentaires relatifs à la consommation de médicaments.....	10
Mythes reliés à la mauvaise utilisation et au coût des médicaments.....	10
Mesures à promouvoir afin d'assurer un usage plus sécuritaire et plus économique des médicaments.....	14
Mesures touchant la couverture en produits et soins pharmaceutiques.....	14
La liste des médicaments du Québec.....	14
La couverture des soins et services.....	16
Mesures visant à optimiser la qualité des actes professionnels.....	18
Revue de l'utilisation des médicaments (RUM).....	18
Mesures éducatives.....	20
Lignes directrices thérapeutiques.....	20
Mesures de contrôle des coûts d'assurance-médicaments.....	20
Le contrôle des coûts des médicaments.....	20
Le contrôle des prix des médicaments.....	21

TABLE DES MATIÈRES

La règle du meilleur prix.....	22
La règle du prix de référence.....	23
Substitution thérapeutique.....	24
Mesures à éviter.....	25
Les écueils de la gestion intégrée des soins de santé	
<i>Managed Care</i> à l'américaine.....	25
Interférence dans la relation	
patient-professionnel.....	26
La réduction du rôle des pharmaciens.....	27
Les risques de l'intégration verticale.....	29
La participation financière des citoyens.....	32

INTRODUCTION

L'Ordre des pharmaciens du Québec tient à prime abord à exprimer sa reconnaissance à la Commission des affaires sociales pour l'occasion qui lui est offerte de présenter ses points de vue et d'échanger avec les membres de la Commission sur les importantes questions de la consommation des médicaments au Québec et des coûts qui lui sont inhérents.

L'introduction du document de travail remis aux membres de votre Commission situe fort clairement les retombées paradoxales de la consommation de médicaments, tant sous l'angle médical que sous l'angle économique. Tantôt, le médicament représente une pierre angulaire du traitement médical d'un patient, et s'avère un facteur important de santé. Lorsque employé judicieusement, son rapport coût-efficacité est la plupart du temps favorable, voire même avantageux. À l'opposé, lorsque utilisé de façon non conforme aux usages reconnus ou, lorsque surutilisé, le médicament s'avère un outil néfaste et coûteux pour notre système de santé.

Celui-ci a été conçu et mis sur pied dans les années 1960 et 1970, à une époque où la croissance de la production, de la productivité et de la richesse collective permettait de prévoir de vastes possibilités de développement du côté des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Vers la fin des années 1970, le ralentissement économique a modifié les données de cette équation et forcé les gouvernements à tenter de mieux maîtriser le rythme d'accroissement des coûts de ces programmes. Ce phénomène a été accentué durant les années 1980, à cause de la dette gouvernementale, dont la croissance inexorable a entraîné diverses compressions budgétaires, notamment au niveau des programmes consacrés à la santé et aux services sociaux, sans pour autant permettre la maîtrise du déficit.

Une réflexion approfondie, en particulier lors de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987) a entraîné la réforme de 1992. Celle-ci repose sur la prémisse que le financement du système de santé ne constitue pas un problème, mais que la dynamique interne de ce système et son mode de fonctionnement devraient être changés.

Une politique de santé et de bien-être axée vers des objectifs de résultats fut rendue publique. Plusieurs aspects de cette politique touchaient la consommation de médicaments et visaient à l'optimiser.

En parallèle à cette réforme, un examen attentif des programmes d'assurance-médicaments administrés par l'État a été entrepris et est toujours en cours. Il en a résulté plusieurs mesures visant à limiter la croissance des budgets dédiés à ces programmes. Nous pensons notamment à

- l'instauration des frais de 2 \$ par ordonnance pour les personnes âgées;
- la mise en place de règles visant à encadrer l'usage des piluliers hebdomadaires;
- l'implantation du prix réel d'acquisition et du prix de vente garanti;
- l'implantation partielle de la règle du prix le plus bas.

Nous reviendrons plus loin sur les retombées de certaines de ces mesures.

Cependant, la plus importante des démarches gouvernementales a été la mise à l'étude d'une réforme en profondeur de l'ensemble des programmes d'assurance-médicaments, dans le but d'en universaliser la couverture. Ce mandat, audacieux mais réalisable, a été confié à un groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, dans la foulée des recommandations qui concluaient le rapport Demers.

Le contexte dans lequel nous oeuvrons à l'heure actuelle est donc marqué par une évolution très rapide. Nos recommandations à la Commission des affaires sociales seront donc influencées par ce climat et ces contingences.

L'Ordre des pharmaciens du Québec a pour mandat d'assurer la protection du public et la qualité des services pharmaceutiques offerts à la population québécoise. Ce très vaste mandat nous a amené au fil des ans à développer une connaissance approfondie des rouages du monde pharmaceutique, au sens large du terme, et à intervenir régulièrement sur la place publique, auprès des milieux gouvernementaux et dans le monde des affaires, sur toute question touchant l'usage des médicaments. C'est à ce titre que nous désirons partager nos expériences avec la Commission.

L'Ordre représente par ailleurs 5400 pharmaciens québécois qui agissent à titre d'intervenants-clé à l'égard de la distribution et de l'usage des médicaments. En effet, l'intervention du pharmacien et son implication dans le domaine des soins de santé sont reconnus comme des facteurs d'assurance de la qualité de la thérapie médicamenteuse. Le pharmacien contribue ainsi à améliorer la santé et le bien-être de la population. Une approche de partenariat du pharmacien avec les autres intervenants des domaines de la santé et des services sociaux est essentielle en vue d'optimiser les effets attendus d'un traitement médicamenteux, tout en exerçant une saine gestion de la distribution des médicaments, des informations essentielles à leur bonne utilisation et à la prévention des effets indésirables. Le patient devient donc le centre des préoccupations du pharmacien, que ce soit en termes préventifs, curatifs ou palliatifs. Ceci constitue l'engagement pris par la profession et appelé les *Soins pharmaceutiques*.

Par cet engagement concret, le pharmacien continue bien sûr d'assurer la distribution des médicaments quel que soit son lieu ou son type d'exercice (établissement de santé, officine privée; caractère curatif, préventif ou palliatif). Le pharmacien entend aussi demeurer un conseiller privilégié autant du patient et de sa famille que des autres professionnels de la santé qui oeuvrent auprès des citoyens malades.

2.0- PRINCIPES GÉNÉRAUX

Nos commentaires et recommandations s'inspireront d'un certain nombre de principes que nous désirons définir avant d'aborder plus spécifiquement les problèmes reliés à la consommation de médicaments. Ces principes sont les suivants.

2.1 La pharmacothérapie et les soins et services pharmaceutiques qui y sont associés sont des services essentiels et médicalement requis.

La décision prise par le gouvernement fédéral, lors de la promulgation de la Loi canadienne sur la santé de ne pas référer à la fourniture de médicaments ou aux services pharmaceutiques comme étant médicalement requis, ainsi que celles prises par le gouvernement du Québec, lors de la mise sur pied de ses programmes d'assurance-médicaments destinés aux assistés sociaux ou aux personnes âgées, de ne pas offrir de couverture universelle, reposaient principalement sur le fait que les médicaments, à l'époque où furent prises ces décisions, s'avéraient peu coûteux. La décision de les exclure des programmes publics d'assurance-santé ne pénalisait donc pas de façon majeure les malades ou leurs employeurs, et n'imposait pas aux assureurs de faire face à des risques excessifs.

Il n'en demeure pas moins que les médicaments et les soins pharmaceutiques sont des éléments essentiels de notre système de santé, et qu'ils doivent être considérés comme tel. Le fait qu'il puisse être impossible à certains citoyens de se procurer leurs médicaments entraîne des effets délétères sur la qualité des traitements et l'état de santé des personnes affectées. Ceci peut en outre créer des charges financières additionnelles dans d'autres secteurs du système de santé.

La hausse du coût des médicaments observée au cours des quinze dernières années change totalement la perspective qui a prévalu lors des décisions antérieures. Le caractère non universel de l'assurance-médicaments pénalise maintenant de façon importante un grand nombre de Québécois, qui comptent parmi les plus démunis de notre société.

Nous ne reviendrons pas sur les nombreux exemples cités par le Comité Demers dans son rapport sinon pour réitérer sa conclusion que ces exemples sont les symptômes de l'un des plus graves problèmes économiques auxquels notre système de santé soit à l'heure actuelle confronté.

Par ailleurs, l'exclusion des programmes d'assurance-médicaments des mesures prévues par la Loi canadienne sur la santé a aussi eu pour conséquence d'identifier ces programmes comme des cibles privilégiées de mesures comme le ticket modérateur, ou la coassurance, qui ne sont pas appliquées à d'autres types de soins ou services médicaux tout aussi, sinon plus coûteux, pour l'État. Nous pensons aux consultations médicales, aux frais d'hospitalisation, aux examens de laboratoire ou de radiologie, ou à d'autres mesures thérapeutiques dont la gratuité demeure universelle. Ceci peut résulter en une situation de déséquilibre entre les diverses mesures diagnostiques et thérapeutiques requises par l'état du malade. En effet, celui-ci peut recourir à toute la gamme des soins médicaux assurés, obtenir gratuitement un diagnostic médical à la suite d'examens diagnostiques offerts, eux aussi, gratuitement, mais être incapable de se payer le traitement médicamenteux prescrit, ou être dissuadé de s'en prévaloir par des mesures comme le ticket modérateur. Il faut donc cesser d'appliquer aux seuls médicaments de telles mesures, et les reconsidérer dans un plan d'ensemble.

- 2.2- La fourniture de médicament doit nécessairement s'accompagner des soins et services pharmaceutiques destinés à en assurer l'usage rationnel, sécuritaire et économique.

Les pharmaciens sont en mesure de jouer un rôle encore plus important qu'ils ne le font à l'heure actuelle à cet égard, à condition qu'on leur en laisse l'occasion et qu'on cesse d'avoir recours à des mesures économiques qui les démotivent à aller plus loin que la distribution de médicaments.

Le débat professionnel le plus important à être présentement tenu au sein de notre profession porte sur le rôle nouveau du pharmacien, dans le concept des soins pharmaceutiques, et sur les conséquences négatives pour notre système de santé qui pourraient résulter de mesures réduisant le rôle des pharmaciens à la seule distribution, de plus en plus mécanisée et automatisée, des médicaments. Nous croyons qu'il est fondamental que toute mesure mise de l'avant par le gouvernement en matière d'assurance-médicaments favorise le premier de ces rôles, et non le second.

2.3- L'ACCESSIBILITÉ aux médicaments et soins pharmaceutiques médicalement requis doit être universelle.

Accessibilité et universalité ne sont pas synonymes de gratuité, il est essentiel de se le rappeler. On ne saurait toutefois concevoir de système de santé efficace et équitable sans que ces deux paramètres ne soient respectés.

2.4- La QUALITÉ des soins pharmaceutiques doit elle aussi être considérée comme essentielle et prioritaire, sans égard à l'endroit où ces services sont rendus ou à la clientèle visée.

Les mesures mises en place devront donc être au préalable analysées sous l'angle de leur impact sur la qualité des soins pharmaceutiques. La mesure de celle-ci doit être faite sur la base des normes de pratique et de services professionnels édictées par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Il est essentiel de réaliser que toute dérogation à ces normes entraînera une réduction de la qualité du service pharmaceutique, qui risque de se traduire par une pharmacothérapie non optimale, et par des coûts accrus pour l'État, les assureurs privés ou les employeurs. À titre d'exemple, une pharmacothérapie non optimale entraîne fréquemment du gaspillage de médicaments, des consultations médicales, des hospitalisations, des frais d'examens diagnostiques ou des frais de traitements

qui auraient pu être prévenus. Une étude récente réalisée aux États-Unis évaluait à 77 milliards de dollars US les coûts annuels reliés à une pharmacothérapie non optimale. Une bonne partie de ces coûts pourrait être prévenue par une utilisation plus judicieuse des services des pharmaciens.

Il est désormais évident que la philosophie qui a prévalu au cours des années cinquante, soixante et soixante-dix en matière d'économie de la santé, et qui voulait qu'une augmentation des dépenses se traduise par une meilleure protection de la population, est désuète. Il faut maintenant ajuster le discours à la réalité, et s'attaquer à l'objectif d'une hausse de la qualité de l'utilisation des médicaments.

2.5- La CONTINUITÉ de l'approvisionnement en médicaments et des soins pharmaceutiques doit elle aussi être considérée comme prioritaire, et même être améliorée.

La reconfiguration du réseau de la santé, le virage ambulatoire et la régionalisation du système de santé mettent en évidence des failles au niveau de la continuité des soins pharmaceutiques, notamment entre établissements de santé et pharmacies privées. Ces problèmes de continuité sont principalement causés par la fragmentation et le caractère incomplet de l'information fournie par les médecins aux pharmaciens, ou par les pharmaciens d'hôpitaux aux pharmaciens d'officines privées, et vice-versa. Ils constituent un obstacle à la qualité des soins pharmaceutiques.

Plusieurs mesures visant à favoriser la circulation de l'information de professionnel à professionnel, et d'établissement à établissement, sont actuellement expérimentées au Québec et au Canada, comme la carte-santé à microprocesseur et la mise en réseau des logiciels utilisés par les professionnels. Ces mesures devront être analysées et, s'il y a lieu, mises en place le plus rapidement possible afin de favoriser la continuité des soins. De plus, celle-ci doit se poursuivre jusqu'au domicile des utilisateurs, une structure dont disposent déjà les pharmaciens du Québec.

- 2.6- L'approche gouvernementale en matière d'assurance-médicaments doit solutionner les problèmes d'inéquité résultant des programmes actuels.**

Ces problèmes proviennent du fait que les programmes publics actuels ne sont pas universels, et qu'ils sont basés sur des critères d'assurabilité différents, soit la capacité de payer (programme destiné aux assistés sociaux), l'âge (programme destiné aux aînés), ou la pathologie (Circulaire Malades sur pied). Il est selon nous impossible dans le contexte budgétaire actuel de concilier les critères âge et pathologie avec l'équité recherchée envers tous les citoyens. Il est par contre possible de concilier cette équité avec le critère capacité de payer.

- 2.7- Les mesures entreprises par le gouvernement en matière d'assurance-médicaments devraient être plus simples à administrer et éviter les complexités bureaucratiques inutiles.**

Les professionnels de la santé et les citoyens ne sont pas des cobayes qu'on peut faire courir dans un labyrinthe. Au fil des ans, l'amoncellement de règles et de consignes administratives qui s'est créé à l'intérieur des opérations reliées à l'assurance-médicaments a fini par peser très lourd sur la pratique des pharmaciens. Déjà, les consignes administratives émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec s'avèrent souvent fort complexes ou difficiles à gérer (nous pensons ici, notamment, au ticket modérateur de 2 \$ imposé aux personnes âgées). À la décharge de l'administration gouvernementale, le secteur privé peut lui aussi générer sa part de complexités administratives, ici aussi bien qu'aux États-Unis (on estime que l'administration d'une grande pharmacie américaine requiert l'interface avec jusqu'à 400 programmes différents d'assurance-médicaments, avec toutes les diversités de modalités de gestion que cela présuppose).

Cette complexité administrative détourne les pharmaciens de leur rôle premier et nuit aux soins qu'ils doivent prodiguer à leurs patients. Même s'il est inévitable que la gestion d'un ensemble de programmes d'assurance-médicaments dont le coût totalise plus de 700 millions de dollars entraîne des contrôles administratifs, il est souhaitable d'éviter que ceux-ci soient à l'origine d'une lourdeur administrative inutile et coûteuse. Cet objectif devrait être constamment présent à l'esprit des concepteurs et administrateurs des programmes d'assurance-médicaments.

3.0- COMMENTAIRES RELATIFS À LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

La croissance de l'utilisation a été un constat répété depuis l'instauration des programmes gouvernementaux d'assurance-médicaments. Comme l'ont expliqué à la Commission les délégués de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, au cours des cinq dernières années, la croissance de l'utilisation a essentiellement été due à la hausse substantielle du nombre des personnes admissibles, de l'ordre de 5 % par an. Cette hausse procède d'un facteur démographique, le vieillissement de la population sans augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, et des facteurs socio-économiques qui ont mené à l'accroissement du nombre des prestataires de la sécurité du revenu. Par contre, fait encourageant, le nombre d'ordonnances par personne admissible est relativement stable depuis 1990, alors qu'il avait enregistré une croissance appréciable au cours des années précédentes. Cette constatation s'avère importante au moment d'accentuer les mesures visant à réduire l'usage inapproprié des médicaments au Québec.

3.1 Mythes reliés à la mauvaise utilisation et au coût des médicaments

L'utilisation des médicaments au Québec n'est pas optimale. Des efforts considérables ont été déployés depuis vingt ans par les médecins et les pharmaciens québécois, ainsi que par les gouvernements, afin de rendre l'usage des médicaments plus efficace, plus sécuritaire et plus judicieux, mais ces efforts doivent être poursuivis avec encore plus de vigueur. Les pharmaciens du Québec sont les professionnels les mieux placés pour corroborer ce constat.

Ceci dit, il importe, si l'on veut lutter contre les conséquences néfastes et les coûts de la mauvaise utilisation des médicaments, de situer celle-ci avec plus d'exactitude qu'il n'a été fait jusqu'à maintenant. En effet, le phénomène de la mauvaise utilisation des médicaments a depuis quelques années tendance à être mal évalué. Au cours des deux dernières années en particulier, cette mauvaise évaluation a pris des proportions quasi mythiques. Sa perception est exacerbée par la hausse continue du coût des programmes de médicaments et par le sentiment d'impuissance du gouvernement face à cette hausse.

L'interprétation mal nuancée que l'on a fait des conclusions de quelques études réalisées au Québec a mené de nombreux intervenants, en particulier dans les médias et dans le milieu gouvernemental, à la perception que des économies massives pourraient être réalisées par la seule élimination de l'utilisation inappropriée des médicaments. Il nous faut mettre sur cette idée des bémols importants, sous peine qu'elle ne génère une forme de pensée magique chez les planificateurs et les responsables gouvernementaux ou régionaux des programmes.

Personne n'a réussi jusqu'à maintenant à quantifier de façon précise l'ampleur de l'usage inapproprié des médicaments au Québec, et par conséquent, ses retombées économiques. Nous savons que cet usage inapproprié existe et qu'il génère des coûts. Il serait cependant discutable de continuer à avancer sans une validation plus poussée que 15 à 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées lui sont dues; que 45 % des ordonnances destinées aux aînés sont inappropriées, ou encore, comme le faisait récemment le Conseil de la santé et du bien-être, que jusqu'à 35 % des coûts (globaux) des services de santé sont le seul fait d'un usage inapproprié des médicaments. De telles statistiques nécessitent d'être confirmées dans un contexte clinique. Ceci est particulièrement vrai des affirmations du Conseil de la santé et du bien-être, qui ne reposent, à notre connaissance, que sur des extrapolations de données étrangères. De telles affirmations nous semblent par trop alarmistes et contribuent à perpétuer le mythe que les budgets consentis à la pharmacothérapie peuvent allègrement être coupés sans pénaliser la population. Le fait que cette opinion soit profondément répandue dans certains milieux gouvernementaux préoccupe les pharmaciens, parce qu'il risque de générer des décisions et des programmes qui se heurteront de plein fouet à la réalité.

Selon les auteurs de ce mémoire, les faits sont plutôt les suivants. La hausse continue des coûts des programmes gouvernementaux et privés d'assurance-médicaments procède probablement de multiples facteurs, dont l'usage inapproprié n'est probablement pas le plus important. L'analyse de ce problème révèle que la hausse du coût des médicaments provient en fait principalement des facteurs suivants :

- La hausse de l'utilisation, due principalement à l'allongement de la durée de vie, sans un allongement équivalent de la durée de vie en santé; en d'autres termes, les Québécois vivent plus vieux mais ne vivent pas plus longtemps en santé, et requièrent plus de soins et de médicaments.
- La découverte de nouveaux médicaments permettant désormais de traiter pharmacologiquement des conditions pour lesquelles n'existait antérieurement aucun traitement, ou qui étaient traitées par des méthodes non pharmacologiques (v.g. la chirurgie).
- Le remplacement de molécules peu coûteuses par de nouveaux médicaments plus coûteux (et dont les coûts d'introduction sur le marché sont mal contrôlés).
- La hausse du coût des médicaments non brevetés, qui ne font l'objet d'aucun contrôle de la part du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Autre fait essentiel : les coûts en médicaments pourraient être beaucoup plus élevés qu'ils ne l'ont été sans l'intervention des pharmaciens, que ce soit en milieu public ou privé, par leurs activités multidisciplinaires et cliniques, leur participation aux décisions et aux monitorages thérapeutiques, ou leurs interventions auprès des prescripteurs (dont le nombre, en hausse constante, excède de beaucoup la facturation auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec). Les pharmaciens contribuent à tous les jours à rationaliser les coûts associés à l'utilisation des médicaments prescrits. Ils sont également actifs au niveau du contrôle et de l'information fournie lors de la vente des médicaments non prescrits, notamment, par l'entremise du programme Code médicament, destiné à rendre plus sécuritaire l'usage de ces médicaments. Ce programme est obligatoire au Québec.

Il faudra donc, au moment de planifier et de mettre en place toute nouvelle mesure affectant les programmes d'assurance-médicaments, que le gouvernement fasse preuve de réalisme, et se rappelle que :

- 1- Des économies massives au chapitre des budgets de médicaments sont impensables sans affecter directement des soins médicalement requis, l'ampleur de la mauvaise utilisation n'étant probablement pas le facteur primordial de la hausse du coût des programmes observée au cours des dernières années.
- 2- Toute économie additionnelle sera le résultat de mesures rigoureuses, qui impliqueront des investissements, notamment au chapitre des soins et services pharmaceutiques.
- 3- Toute réduction du niveau des soins et services pharmaceutiques risque d'être à l'origine d'une exacerbation des coûts de médicaments et de santé.

4.0- MESURES À PROMOUVOIR AFIN D'ASSURER UN USAGE PLUS SÉCURITAIRE ET PLUS ÉCONOMIQUE DES MÉDICAMENTS

4.1- Mesures touchant la couverture en produits et en soins pharmaceutiques

La définition de la couverture en produits et en soins ou services pharmaceutiques est un élément fondamental de tout programme d'assurance-médicaments. Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, cette couverture doit comprendre toute la gamme des médicaments médicalement requis, ainsi que celle des soins et services pharmaceutiques qui doivent nécessairement accompagner la fourniture de ces médicaments. Ce n'est pas au niveau de la couverture que doivent s'effectuer les contrôles visant à limiter les coûts du régime.

4.1.1- La Liste des médicaments du Québec

La Liste des médicaments du Québec est l'élément de base de la définition de la couverture en produits. Il en est ainsi depuis au moins vingt ans. Nous possédons donc une bonne expérience de la gestion de cet outil.

Au fil des ans, le formulaire de référence dont s'était doté le Québec dans les débuts de l'assurance-maladie a subi des modifications importantes, et est devenu un simple outil administratif. Ceci dénature le rôle d'un formulaire. Nous croyons en effet que celui-ci doit, à la base, servir de référence qualitative aux traitements rendus disponibles auprès des professionnels.

Deux philosophies s'affrontent généralement à propos de la confection des formulaires. Doivent-ils être restrictifs ou, au contraire, comprendre une large gamme de produits?

Les tenants du formulaire restrictif croient que la gamme limitée de produits offre une capacité de contrôle supérieur sur les coûts du programme en limitant l'usage de médicaments ou de formes pharmaceutiques.

Les opposants à cette formule croient que le formulaire restrictif est souvent à l'origine de transferts thérapeutiques vers d'autres médicaments, ou classes de médicaments, qui peuvent être plus coûteux. Dans les cas les plus extrêmes, cette formule peut rendre tout simplement inaccessibles des traitements médicalement requis.

À titre d'exemple, le retrait des préparations antiacides de la Liste des médicaments au début des années 1980 a produit un transfert thérapeutique vers des médicaments beaucoup plus coûteux et d'efficacité comparable à l'égard des dyspepsies bénignes. Il en fut ainsi du retrait des laxatifs stimulants, qui furent remplacés par le lactulose.

Ces quelques exemples appuient notre opinion qu'un formulaire trop restrictif entraîne des traitements incomplets, et ne permet pas d'en assurer la qualité et la continuité. Il peut aussi faire obstacle au traitement ambulatoire des malades. Ainsi une personne âgée cancéreuse, en phase terminale, et traitée à la maison par des analgésiques opiacés devra recevoir des laxatifs émoullissants ou stimulants à cause des effets indésirables des opiacés. Ce patient, à cause de la nature restrictive de la Liste des médicaments, devra payer ses laxatifs. Le même patient, hospitalisé ou traité en clinique externe d'un établissement, les obtiendrait gratuitement. Tout ceci illustre fort bien l'impact négatif d'un formulaire restrictif.

L'Ordre des pharmaciens opte plutôt pour un formulaire plus étendu. Nous sommes convaincus que les modes de contrôle des coûts peuvent être appliqués à d'autres niveaux que celui du formulaire. Le rôle de celui-ci devrait donc être ramené à sa définition de base, c'est-à-dire un outil permettant de distinguer les traitements médicalement requis, sûrs d'emploi et efficaces, de ceux qui ne le sont pas. Il va de soi que des médicaments dont l'efficacité n'est pas démontrée doivent continuer d'être exclus du formulaire de base. Il en va de même pour les formes pharmaceutiques ne présentant que des avantages thérapeutiques marginaux.

Un seul formulaire de base devrait exister au Québec, et couvrir aussi bien le milieu des établissements de santé que le milieu ambulatoire et tous les types de programme.

Il serait probablement sage que le formulaire de base comprenne, en plus des médicaments d'ordonnance, une liste, restreinte celle-là, de médicaments non ordonnancés d'usage courant. En effet, la désassurance de cette catégorie de médicaments est une erreur fréquente et coûteuse des concepteurs de formulaires. Cette désassurance incite souvent le consommateur à obtenir un médicament prescrit par son médecin et remboursé par son régime d'assurance. Le résultat net de cette opération est la facturation à la RAMQ d'un acte médical (dont le coût n'est pas comptabilisé au niveau du programme d'assurance-médicaments, mais affecte néanmoins une autre enveloppe budgétaire du gouvernement) ainsi que le remboursement d'un médicament d'ordonnance plus dispendieux que le médicament non prescrit qui aurait pu, à l'origine, être dispensé par le pharmacien.

4.1.2- La couverture des soins et services

Comme nous l'avons dit plus tôt, l'erreur la plus coûteuse des gestionnaires du nouveau régime serait de réduire les services du pharmacien à la simple distribution.

L'Ordre des pharmaciens croit au contraire que c'est un service pharmaceutique de qualité qui est le plus à même de juguler les coûts en médicaments du nouveau régime, et de prévenir les autres coûts de santé reliés à l'utilisation non judicieuse des médicaments.

Les programmes d'état du Québec ont été les premiers au monde à rembourser des services pharmaceutiques non reliés à la distribution de médicaments. L'opinion pharmaceutique, le refus d'exécution d'une ordonnance et, plus récemment, la pharmacothérapie initiale servent

clairement à limiter les retombées de santé négatives et les coûts d'une pharmacothérapie non optimale. Ces actes, qui sont maintenant reconnus à l'extérieur du Québec, de même que par plusieurs assureurs privés, doivent non seulement continuer à être reconnus dans le nouveau régime, mais être de plus en plus diversifiés et généralisés. Il est désormais démontré que ces soins pharmaceutiques génèrent des impacts positifs sur la qualité de traitement et la qualité de vie des patients, tout en servant à prévenir des dépenses injustifiées. Il est donc essentiel de continuer à encourager les pharmaciens à les prodiguer, et à en développer de nouveaux, comme les services-conseils lors de consultations pour des médicaments non prescrits, ou l'établissement d'horaires de prises de médicaments.

La fréquence de ces soins doit également être basée sur les besoins réels du patient. L'une des mesures de réductions des coûts les plus fréquemment envisagées est de prolonger les durées de traitement et de hausser les quantités de médicaments dispensées, dans le but d'économiser les honoraires liés au renouvellement de l'ordonnance. Ces économies, cela est bien démontré, sont annihilées par le gaspillage de médicaments non utilisés qui survient lorsque l'ordonnance doit être modifiée. Les gains nets pour le tiers payeur sont donc inexistantes. Il en résulte en plus une réduction du contrôle et du monitoring thérapeutique, ainsi qu'une surpossession de médicaments qui peuvent générer d'autres problèmes médicaux. L'Ordre tient à mettre en garde les membres de la Commission contre cette option.

Les impacts négatifs, en terme de santé aussi bien qu'économiques, de la distribution de quantités excessives de médicaments ont été bien documentées aux États-Unis. En France également, l'on songe à introduire le reconditionnement, tel qu'il se pratique au Québec, afin de prévenir les pertes et le gaspillage. Ces exemples internationaux devraient donc nous faire réfléchir.

4.2- Mesures visant à optimaliser la qualité des actes professionnels

4.2.1- Revue de l'utilisation des médicaments (RUM)

La principale mesure que nous recommandons à ce chapitre est la création d'un réseau de revue de l'utilisation des médicaments (RRUM) en milieu ambulatoire. La RUM, lorsqu'effectuée de manière concurrente ou prospective, est une méthode efficace servant à influencer les habitudes de prescription et à généraliser l'application de lignes directrices thérapeutiques.

Un tel réseau est en voie de formation au Québec. Des discussions subsistent toujours quant au cadre dans lequel il devrait être constitué, mais nos échanges les plus récents avec la RAMQ nous incitent à l'optimisme.

Nous sommes d'avis, et cela est supporté par une abondante documentation, qu'un tel réseau, pour être efficace, doit être placé sous l'égide des pairs, en l'occurrence, du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens. Un soutien administratif de la part de la RAMQ serait nécessaire, mais sans intervention directe de la Régie ou du Comité RUM auprès des professionnels.

En effet, il importe que le RRUM ambulatoire demeure perçu par ceux-ci non pas comme un contrôle coercitif effectué directement par le tiers-payeur, mais plutôt comme un mécanisme d'assurance de la qualité de la prescription et des soins pharmaceutiques, placé sous l'égide des pairs. D'où la nécessité d'un rôle discret, et limité à l'administration, de la part de la Régie. Les échanges entre celle-ci et les ordres seraient toutefois accentués, et serviraient de base à des interventions d'inspection professionnelle ou d'éducation continue.

Le RRUM pourrait en outre être complété par un programme de visiteurs médicaux, lui aussi contrôlé et supervisé par les ordres professionnels de médecins et de pharmaciens. L'objectif premier de ce programme serait l'éducation médicale continue des prescripteurs quant au choix et à la prescription rationnelle des médicaments. Ce programme utiliserait des agents formateurs, médecins ou pharmaciens, d'une façon analogue à celle des représentants pharmaceutiques, mais avec des objectifs de prescription rationnelle plutôt que de ventes. Il pourrait être financé par une contribution obligatoire des fabricants de produits pharmaceutiques dont les produits seraient inscrits à la Liste de médicaments, sur la base d'un pourcentage de leurs ventes respectives. Le programme pourrait recevoir un soutien administratif de la RAMQ.

Les associations de manufacturiers avancent présentement que c'est au niveau de la prescription inappropriée que les économies doivent être réalisées et non par un contrôle plus strict des prix des médicaments. Dans un tel contexte, l'investissement requis de leur part leur permettrait d'appuyer cette opinion par des actions concrètes. Le fait de placer ce programme sous le contrôle des ordres professionnels en assurera l'impartialité par rapport à l'industrie pharmaceutique. Couplé au RRUM, un tel programme serait selon nous un outil puissant de modification des habitudes de prescription médicale, et probablement le plus à même d'éliminer les coûts reliés à la prescription inappropriée.

Les agents formateurs pourraient aussi être appelés à parfaire la formation continue des pharmaciens quant à des actes comme l'opinion pharmaceutique. Pour être réalisé de façon efficiente et productive, cet acte doit être bien enseigné. Le programme de visiteurs médicaux pourrait servir à cette fin, et ainsi favoriser la généralisation de cet acte, qui contribue lui-même puissamment à l'objectif d'une prescription plus rationnelle et plus économique des médicaments.

4.2.2- Mesures éducatives

Il est également nécessaire de rappeler que les mesures d'éducation des utilisateurs d'un programme quant au bon usage des médicaments s'avèrent fréquemment des facteurs de succès dans la réduction des coûts. De telles mesures devraient être favorisées. Elles pourraient être conçues, réalisées et financées en partenariat par les assureurs, le gouvernement, les fabricants et les associations professionnelles. Les visiteurs médicaux dont il a été question plus haut pourraient être mis à contribution au niveau de leur diffusion.

4.2.3- Lignes directrices thérapeutiques

Le Conseil consultatif de pharmacologie produit depuis plusieurs années des lignes directrices thérapeutiques visant à canaliser la prescription médicamenteuse vers les substances ou catégories de substances de premier choix. De telles lignes directrices, basées sur de solides données scientifiques, sont utiles et devraient servir de soutien aux activités du RRUM et aux visites de formation médicale ou pharmaceutique continue, dont il a été question plus haut. Leur production doit être maintenue et encouragée.

4.3- Mesures de contrôle des coûts d'assurance-médicaments

4.3.1- Le contrôle des coûts des médicaments

Le coût des médicaments n'est pas le seul facteur responsable de la hausse des coûts des programmes de médicaments, mais il s'avère l'un des plus importants. Il faudra donc s'interroger sérieusement sur la manière de mieux contrôler ces coûts à l'avenir.

Les méthodes de contrôle des coûts abordées dans cette section sont toutes controversées et remises en question par l'industrie pharmaceutique. Certaines, comme la substitution thérapeutique, sont également contestées par le corps médical. Il n'en demeure pas moins nécessaire de les analyser avec soin quant à l'impact qu'elles pourraient exercer sur les coûts du régime. Nos recommandations se limitent à cette analyse pour le moment.

4.3.2- Contrôle des prix des médicaments

Depuis 1987, les prix des médicaments vendus au Canada sont soumis à des contrôles, en vertu d'amendements apportés à cette époque à la Loi sur les brevets. Seuls les médicaments brevetés sont assujettis à ces contrôles. Ceux-ci se sont avérés efficaces à limiter l'inflation des prix des médicaments brevetés une fois ceux-ci en marché. Toutefois, les prix d'introduction des médicaments ont continué à augmenter, en dépit du mécanisme mis en place (comparaison avec un marché international de pays industrialisés). Il en résulte que les prix d'introduction demeurent extrêmement élevés, en particulier dans les cas d'innovations thérapeutiques importantes, et qu'ils maintiennent, par le biais du phénomène de glissement thérapeutique, une pression haussière sur les coûts globaux des programmes d'assurance-médicaments.

De plus, le coût des médicaments non brevetés augmente lui aussi de façon sensible. À ce niveau, aucun contrôle n'existe.

Il y a donc lieu de se questionner, en dépit des messages rassurants lancés par l'industrie pharmaceutique, sur l'efficacité globale des mécanismes canadiens de contrôle des prix des médicaments. Jusqu'à ce jour, le seul résultat tangible qu'ils aient pu produire est le contrôle de l'inflation des prix des médicaments brevetés, une fois que ces derniers sont en marché. Les prix à l'introduction demeurent mal jugulés et, une fois la période de durée du brevet terminée, les prix ne sont plus soumis à des contrôles. Il est à noter que le prix de vente des nouveaux produits génériques tend depuis quelques

années à représenter une fraction de plus en plus élevée du prix du médicament original (jusqu'à 80 ou 85 %).

Les mécanismes canadiens de contrôle des prix des médicaments doivent être revus en 1996. Il sera important que le Québec participe à cet exercice dont le résultat aura un impact important en cette province. Il nous semble pertinent que la communauté pharmaceutique dans son ensemble se questionne sur la validité des mécanismes mis en place, vu l'importance des «trous» existant au sein du système de contrôle.

Certes, les politiques gouvernementales doivent tenir compte de la nécessité de maintenir au Québec un secteur industriel fort, générant des emplois en matière de recherche et développement. Mais cet effort ne doit pas lui faire perdre de vue la nécessité que l'austérité que commande notre époque soit partagée par tous. Le Québec doit être concurrentiel et attrayant pour le secteur de l'industrie pharmaceutique, en particulier en matière de recherche et développement, mais pas au prix d'une excessive générosité.

L'implantation du nouveau régime d'assurance-médicaments passera par la création d'un nouveau cadre juridique. Il serait indiqué, selon nous, de se pencher sur la possibilité d'utiliser cette voie afin de combler, s'il y a lieu, les lacunes qui existent au niveau du contrôle des coûts des médicaments.

4.3.3- La règle du meilleur prix

La plupart des régimes canadiens d'assurance-médicaments publics utilisent une règle de paiement appelée «règle du meilleur prix». Selon celle-ci, le tiers-payeur ne remboursera la fourniture d'un médicament disponible sous plusieurs marques de commerce que jusqu'à concurrence du prix le plus bas. Le Québec quant à lui, afin de favoriser l'industrie innovatrice basée en son sol, n'applique cette règle que pour les produits en marché depuis plus de quinze ans. Cette politique a été récemment revue par le gouvernement, et maintenue pour l'essentiel.

Encore ici, il nous semble pertinent de se questionner sur la générosité de cette mesure à l'endroit des fabricants des médicaments de marque. Le Québec, comme le reste du Canada, reconnaît aux innovateurs une protection de brevet du même niveau que celle qui prévaut à l'échelle internationale. Est-il nécessaire, au moment où tout le système de santé passe sous le couperet, d'ajouter encore à cette protection afin de créer un environnement favorable à la recherche et développement?

Chose certaine, si la décision finale du gouvernement devait être de continuer à favoriser les médicaments de marque afin de soutenir la politique industrielle québécoise, c'est à ce secteur du gouvernement, et non à celui de la santé, que devrait incomber la responsabilité de financer une telle politique. Dans le contexte actuel, il devient de plus en plus difficilement acceptable aux divers acteurs du secteur de la santé d'accepter de faire les frais de cette politique, tout aussi fondée qu'elle puisse être sur le plan industriel.

4.3.4- Règle du prix de référence

Depuis peu, la Colombie-Britannique utilise une règle de paiement extrêmement controversée appelée «règle du prix de référence». Il s'agit en fait de la règle du meilleur prix appliquée non plus aux seules marques de commerce d'un même médicament, mais en fait à l'ensemble de la catégorie thérapeutique.

L'implantation de cette mesure a été vivement contestée par l'industrie pharmaceutique, tous secteurs confondus, par les médecins et même par l'Association pharmaceutique de cette province. Il semble qu'elle n'ait pas été précédée des consultations appropriées, et que certains choix de molécules de référence soient contestables, ce qui justifierait en partie les critiques dont cette mesure fait l'objet.

Dans un tel contexte, il serait prématuré de la recommander, d'autant plus qu'elle n'a fait l'objet d'aucune évaluation de ses impacts économiques ou sur la qualité des traitements et des services professionnels. Il convient toutefois de ne rien écarter du revers de la main. Lorsque les études d'impact de ce programme auront été réalisées en Colombie-Britannique, elles devraient être analysées afin de déterminer si cette mesure vaut d'être utilisée au Québec.

4.3.5- Substitution thérapeutique

La substitution d'un médicament par un autre, au sein de la même catégorie thérapeutique, est une pratique qui a cours dans les établissements de santé du Québec. Elle se fait cependant dans un environnement contrôlé, selon des protocoles ou des règles de soins préalablement approuvées par le Comité de pharmacologie et sous l'égide du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Certains états américains autorisent cette pratique en milieu ambulatoire, sur la base d'une approbation préalable par les médecins des protocoles de substitution.

L'Ordre des pharmaciens du Québec recommande de tester cette approche. La préparation des protocoles de substitution, qui devraient être basés sur de solides preuves scientifiques d'innocuité et d'efficacité, serait confiée au Conseil consultatif de pharmacologie. Le médecin traitant devrait conserver un droit de veto sur la substitution thérapeutique, comme celui dont il dispose présentement sur la substitution générique. Des amendements à la Loi sur la pharmacie seraient éventuellement nécessaires si cette mesure devait être généralisée.

5.0- LES MESURES À ÉVITER

Les écueils de la gestion intégrée des soins de santé (*Managed Care*) à l'américaine

Toute discussion portant sur le sujet de l'assurance-médicaments doit nécessairement prendre en compte l'expérience développée, principalement, aux États-Unis, dans l'application du concept de la gestion intégrée des soins de santé (*Managed Care*). Bien que les définitions de ce concept varient radicalement, selon les auteurs, toutes ont en commun une tentative d'intégrer dans la prestation des soins de santé, et plus particulièrement, des services pharmaceutiques, des préoccupations d'efficacité économique.

Le concept de la gestion intégrée des soins de santé a été développé aux États-Unis. Il a été façonné par les forces et faiblesses du système de santé en place dans ce pays, système qui repose principalement sur l'entreprise privée. Toute tentative d'appliquer ce concept, ou certaines de ses modalités au Québec, devrait nécessairement tenir compte des différences importantes qui existent entre ces deux systèmes de santé. Les tentatives qui ne prendraient pas en considération ces différences risqueraient, selon nous, d'être vouées à l'échec. L'objet que nous poursuivons ici est de souligner les écueils potentiels qui peuvent survenir dans l'application au Québec de certaines des modalités associées au concept de *Managed Care*. Même si les pages qui suivent contiennent principalement des mises en garde, il ne doit pas être perdu de vue que plusieurs éléments qui ont fait le succès du *Managed Care* aux États-Unis peuvent s'avérer fort utiles en notre milieu. Nous les avons déjà recommandés dans les pages qui précèdent. La revue de l'utilisation des médicaments (concurrente ou prospective, sous l'égide des pairs), les programmes de visiteurs médicaux (*academic detailing*), l'utilisation de lignes directrices thérapeutiques, l'opinion pharmaceutique, le refus d'exécuter une ordonnance, de même que tous les autres services pharmaceutiques non liés à la distribution de médicaments, sont toutes des mesures comprises dans le concept de gestion intégrée des soins de santé. Toutes font partie de l'éventail de modalités qui devraient, selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, être promues au sein des programmes d'assurance-médicaments, afin d'en assurer l'efficacité et l'efficacité.

Certaines autres mesures mises en place aux États-Unis ou ailleurs au Canada comportent, selon nous, plus de risques que de bénéfices. Elles constituent des écueils à éviter. Nous désirons attirer l'attention sur ces erreurs potentielles.

5.1- Interférence dans la relation patient-professionnel

Plusieurs mesures associées au *Managed Care* comportent un risque majeur d'interférence avec la relation médecin-patient ou pharmacien-patient. La relation entre le patient et les professionnels de la santé qui le traitent est un élément fondamental de la qualité des soins qui lui sont prodigués. Cette relation repose largement sur la liberté de choix du professionnel par le patient. Or, certaines des mesures mises de l'avant dans l'application du *Managed Care* peuvent miner cette liberté de choix. Nous pensons ici, entre autres, au choix, par les tiers-payeurs, ou par les organismes responsables de la coordination des programmes d'assurance-médicaments (P.B.M.), de certains fournisseurs de soins privilégiés qui deviennent les seuls habilités à offrir leurs services professionnels aux patients titulaires d'une police d'assurance-médicaments, ou qui se voient favorisés au niveau du copaiement, de la coassurance ou de la franchise. De tels mécanismes forcent ou incitent fortement des patients à changer de professionnel traitant, et minent la liberté de choix du bénéficiaire. Il peut en résulter une dépersonnalisation des rapports patient-professionnel, une rupture de la continuité des soins, une fragmentation de ceux-ci, ainsi qu'une banalisation des services de santé, qui ne reposent plus que sur des considérations économiques. Dans ce contexte, le patient et ses besoins en matière de santé sont souvent réduits à un rôle secondaire de faire-valoir du système de santé. L'impact à long terme de telles mesures sur la qualité des soins et services pharmaceutiques peut être négatif.

Le système des *Preferred Providers Organizations* (PPO) a eu tendance, aux États-Unis, à exercer de tels impacts négatifs. En concentrant les ordonnances sur les plus bas soumissionnaires parmi les groupes de pharmaciens présents dans le marché, ce système a souvent récompensé, par un volume d'ordonnances plus élevé, des pharmaciens qui ne réussissaient à rencontrer ces objectifs de réduction des honoraires que par des réductions proportionnelles du niveau des services. Cette

situation nous préoccupe au plus haut point, comme nous l'expliquerons plus loin. (Voir Section 5.2).

Tout système de santé qui place le patient et le professionnel en périphérie des décisions de traitement et de soins s'expose à dévier gravement de sa mission première. Dans un système de soins efficient et efficace, l'intervenant de santé (le professionnel) doit avoir un lien personnel direct avec le patient, et celui-ci doit participer à la décision thérapeutique. Les systèmes de santé qui négligent cet important précepte s'exposent à des pertes de qualité de soins et aux coûts indirects qu'elles génèrent.

5.2- La réduction du rôle des pharmaciens

L'annexe 1.0 expose en détail le rôle nouveau que commencent à jouer les pharmaciens dans le système de santé québécois, dans le cadre du concept de soins pharmaceutiques. Il va de soi que ce rôle n'est possible que dans le contexte où un pharmacien est en mesure de procéder aux investissements de temps, de ressources humaines et aux aménagements physiques et logistiques requis en son milieu d'exercice. Ces investissements sont significatifs.

Les mesures découlant du *Managed Care* ne sont pas nécessairement irréconciliables avec ce concept des soins pharmaceutiques, bien au contraire. La revue d'utilisation des médicaments et la promotion des actes cliniques non liés à l'exécution des ordonnances contribuent puissamment à cette forme d'exercice de la pharmacie.

Cependant, plusieurs autres mesures promues dans le contexte du *Managed Care* se heurtent de plein fouet aux objectifs des soins pharmaceutiques. Il s'agit surtout des mesures visant à réduire le rôle du pharmacien à celui de distributeur passif de médicaments.

Souvent, les politiques reliées au *Managed Care* ont eu pour objet principal de maximiser l'efficacité de la distribution des médicaments, en oubliant le volet

service professionnel qui doit nécessairement s'y rattacher. Un marketing agressif, axé sur la réduction des frais attachés à l'exécution des ordonnances, accompagne habituellement cette stratégie. Celle-ci vise à compenser les pertes encourues au niveau des frais d'exécution des ordonnances par un volume accru. Il en résulte que le pharmacien supervisant ces opérations n'a plus le temps de procéder aux interventions cliniques requises, comme l'information aux patients, l'analyse du dossier ou l'intervention auprès du prescripteur. Il ne devient qu'un distributeur passif. Et même cette fonction peut voir son degré de sécurité amoindri par la pression qu'engendre impitoyablement la surcharge de travail.

Le concept de pharmacie postale pousse cette problématique à son ultime limite. Sous le couvert d'économies réalisées uniquement au niveau de la compression des frais d'exécution de l'ordonnance, ce concept favorise à l'extrême l'élimination de toute intervention pharmaceutique. Il en résulte qu'un médicament prescrit sera automatiquement distribué, qu'il soit ou non contre-indiqué. De plus, en favorisant les longues durées de traitement, les systèmes de pharmacie postale encouragent la surpossession et le gaspillage de médicaments.

Lorsque ceux-ci sont cessés en cours de traitement pour des raisons médicales et remplacés, des pertes importantes sont encourues par le tiers-payeur. Il n'est plus rare, en 1995, que le coût de la quantité de médicaments requise par un traitement de trois à six mois atteigne les 1000 \$. Le montant mensuel épargné par la dispensation d'une telle quantité n'est que de 7 \$. Si un tel traitement est cessé par le médecin après un mois, ce qui arrive à une fréquence non négligeable, cette perte efface à elle seule pour le tiers-payeur les économies générées par l'équivalent de 143 mois de traitement dispensés en vrac. Il faut beaucoup d'optimisme pour voir dans cette pratique une quelconque forme d'efficience économique. En plus, la dispensation en vrac augmente les risques de sur ou de sous-consommation, en réduisant la surveillance exercée par le pharmacien et accentue le risque lors d'intoxications accidentelles ou volontaires. Clairement, les désavantages de cette pratique outrepassent ses supposés avantages. Sur le plan de la qualité des services pharmaceutiques, la perte est énorme. Son impact, selon nous, se fera sentir dans l'ensemble du système de santé.

Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, ce n'est qu'en favorisant des soins pharmaceutiques complets et de qualité que les régimes d'assurance-médicaments n'atteindront leur objectif d'un meilleur contrôle des coûts de médicaments. Déjà, quelques études démontrent les retombées pharmacoéconomiques positives de cette approche. Il s'agit, selon nous, de celle qui doit être privilégiée.

5.3.- Les risques de l'intégration verticale

Par intégration verticale de la chaîne de soins pharmaceutiques, nous référons à l'actuelle tendance, observée surtout en Amérique du Nord, à l'intégration des activités de fabrication et de mise en marché des produits pharmaceutiques, de gestion des soins de santé, de distribution des médicaments et des services pharmaceutiques qui l'accompagnent. Il s'agit de l'une des plus importantes tendances observées à l'heure actuelle dans le monde pharmaceutique.

Elle découle en droite ligne des efforts des tiers-payeurs visant à mieux contrôler les coûts des programmes d'assurance-médicaments, et du concept du *Managed Care* en général. Sous la pression de cet environnement économique, et face à la difficulté accrue qu'ils éprouvent de réussir à accéder au marché en obtenant l'inscription de leurs produits dans les formulaires au prix exigé, les manufacturiers ont réagi en tentant de se rapprocher des firmes impliquées dans la gestion des soins de santé par la voie des fusions et des acquisitions. Ainsi on a pu observer depuis deux ans aux États-Unis les fusions / acquisitions suivantes : Merck et Medco, Eli Lilly et P.C.S., SmithKline Beecham et Diversified. Ces transactions ont amené des manufacturiers majeurs de plein pied dans des activités touchant au remboursement et même, à la prescription ou à la distribution des médicaments.

Au Canada, ces activités ont été plus discrètes mais on observe tout de même un positionnement certain de fabricants majeurs dans le domaine de la gestion intégrée des soins de santé, et plus particulièrement des services pharmaceutiques. En plus des groupes susmentionnés qui ont manifesté discrètement l'intention d'implanter au Canada certaines activités de *Managed Care*, on a en outre pu observer des transactions de nature à positionner des manufacturiers ou des gestionnaires de soins

de santé directement dans la chaîne des soins pharmaceutiques. Nous pensons notamment à l'acquisition de Clinidata par Marion Merrell Dow (depuis devenue Hoechst-Marion-Roussel), à celle d'Hypocrate par Fox Meyer, ou encore à la création d'Alliance Santé par Astra.

Aucune de ces transactions ne comporte pour l'instant de menace à la façon dont les soins sont dispensés, mais toutes contribuent à tisser une toile de fond où les activités de fabrication et de mise en marché des médicaments, ou encore celles reliées au *Managed Care* pourraient se trouver intégrées, directement ou indirectement, à celles de prescription et de distribution des médicaments et à l'exercice de la pharmacie.

L'Ordre des pharmaciens craint l'impact d'une telle intégration verticale sur l'indépendance professionnelle des médecins et des pharmaciens, et sur la qualité des soins de santé dispensés dans ce contexte. L'intégration des activités observée aux États-Unis place clairement les fabricants de médicaments en situation de conflit d'intérêt. Ainsi, la fusion Merck-Medco a eu pour effet immédiat de favoriser l'inclusion des produits de la première dans les formulaires de médicaments de la seconde, lui conférant un avantage commercial non négligeable sur ses concurrents. Cette démarche s'éloigne cependant du processus d'analyse et de décision rationnelles, objectives et impartiales que l'on souhaite lors de la confection d'un formulaire. Ceci a mené les procureurs généraux de plusieurs états américains à loger des poursuites contre Merck-Medco afin de contrer ces pratiques nomopolistiques.

Cette intégration peut aussi mener à l'interférence d'un organisme lié de près à un fabricant dans le lien médecin-patient, ou pharmacien-patient. Des décisions comme la prescription, l'intervention auprès du prescripteur, la substitution générique ou la substitution thérapeutique s'accommodent très mal d'une telle interférence. À la limite, celle-ci peut s'effectuer au détriment des besoins du malade.

L'intégration verticale soulève aussi des problèmes de confidentialité des dossiers-patients. La fusion Merck-Medco a permis accès par Merck, un fabricant, à l'une des plus importantes banques américaines de données nominatives sur des patients (celle de Medco, qui opérait des activités de pharmacie postale). L'accès à une telle banque de données nominatives ouvre la porte à des activités de marketing et de sollicitation directes auprès des malades, avec les risques d'abus que cela comporte. L'acquisition au Québec de firmes spécialisées dans la conception et la mise en marché de logiciels pharmaceutiques par des fabricants de médicaments ou des firmes de gestion des soins soulève le même questionnement.

Nous observons une variante de cette situation au Québec, avec la prolifération des lignes téléphoniques 800 ou 900 visant à informer le public sur les médicaments de certains manufacturiers et sur les maladies qu'ils traitent. En apparence, il s'agit là d'une initiative tout à fait louable. Elle comporte toutefois le désavantage important selon nous de placer la responsabilité de cette information entre les mains de personnes non qualifiées à cette fin, ou encore, à qui l'impartialité et l'objectivité requises peuvent faire défaut. De plus, il n'est pas à l'avantage du patient que cette information soit fournie indépendamment et à l'insu du médecin et du pharmacien traitants. Une telle pratique fragmente les soins et en brise la continuité. Ses désavantages outrepassent ses quelques avantages.

Comme on peut le constater, les pratiques reliées au *Managed Care* comportent, comme tout système mis au point sur la base de la méthode des essais et des erreurs, leur part de pratiques avantageuses ou désavantageuses pour le public. Nous avons tenté ici de souligner les premières comme les secondes, dans l'espoir que cette évaluation, que nous voulons la plus objective possible, puisse favoriser le meilleur usage possible des médicaments au meilleur coût.

6.0- LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES CITOYENS

Le Québec est à l'heure actuelle, tout comme l'ensemble du Canada, engagé dans une période d'austérité budgétaire qui se prolongera. En effet, non seulement le gouvernement se doit-il de résorber son déficit budgétaire annuel, mais encore lui faut-il réduire sa dette globale à des proportions acceptables, ce qui présuppose l'obligation d'encaisser des surplus d'opérations pendant plusieurs années. Cet assainissement des finances publiques devra se faire dans un contexte socio-économique difficile, avec une population vieillissante, un taux de chômage qui continuera d'être élevé, et en concurrence économique avec des pays ou provinces qui offrent à leurs citoyens un filet de sécurité sociale beaucoup moins généreux que ne le fait le Québec.

Cette toile de fond s'avère donc particulièrement défavorable à une intervention accrue de l'État dans la gestion de l'assurance-médicaments. C'est là l'essence du propos que nous avons tenu auprès du comité présidé par M. Claude Castonguay, lequel se penche actuellement sur cette question. Il est toutefois possible, selon nous, de maintenir, voire même d'accroître, la protection offerte aux Québécoises et Québécois en matière d'assurance-médicaments, en concertant au sein d'une formule de partenariat les programmes offerts par les assureurs privés et l'État. Une description exhaustive de la formule proposée excéderait le cadre du présent mémoire. Il nous fera toutefois plaisir d'élaborer sur cette importante question lors de la période de discussion qui suivra notre exposé, si la Commission l'estime utile. De même, nous serons heureux de mettre notre mémoire au Comité Castonguay à la disposition de la Commission.

Un tel objectif implique toutefois que la philosophie de base des programmes d'assurance-médicaments d'état soit repensée. Cette philosophie souffre de reposer sur des critères d'admissibilité trop disparates, soit l'âge (programme de médicaments destiné aux 65 ans et plus), la capacité de payer (programme destiné aux bénéficiaires de la sécurité du revenu) ou la pathologie (Circulaire Malades sur pied). Une telle disparité crée un obstacle majeur à l'équité des interventions de l'État en matière d'assurance-médicaments.

Les effets de cette inéquité sont parfois d'une extrême gravité. En effet, est-il acceptable, en 1996, qu'une mère célibataire abandonne son emploi pour vivre de l'aide sociale, à la seule fin de pouvoir fournir à son enfant diabétique les médicaments dont il a besoin, alors qu'un président d'entreprise âgé de plus de 65 ans, ou un retraité fortuné obtiennent des médicaments moins essentiels gratuitement, de la part du même État? Cette question n'est pas démagogique. Elle reflète la réalité québécoise actuelle en matière d'assurance-médicaments.

C'est pourquoi une réforme majeure s'impose. De l'avis de l'Ordre des pharmaciens du Québec, seul le critère «capacité de payer» doit être utilisé afin de déterminer l'accès aux programmes. Ce critère est en outre conciliable avec les objectifs d'universalité (qu'il serait erroné de confondre avec la gratuité), d'accessibilité, de continuité et de qualité que nous prônons à l'égard des programmes d'assurance-médicaments.

Une telle réforme imposera au gouvernement des choix politiques douloureux dans le contexte actuel. Le plus difficile sera d'imposer une participation financière basée sur leur capacité de payer à des groupes de citoyens dont les médicaments sont actuellement gratuits, ou faiblement tarifés, comme certaines personnes âgées ou certains bénéficiaires de la «Circulaire Malades sur pied». À ceux-ci s'ajouteront éventuellement certains malades retournés plus rapidement dans leur milieu de vie dans le cadre du virage ambulatoire. Il est à prévoir que ces groupes réagiront.

Leur mise à contribution est toutefois inévitable selon nous, si l'on veut résoudre les inéquités des programmes actuels tout en évitant que l'assurance-médicaments ne deviennent un gouffre financier tel que nos programmes ne puissent être maintenus.

L'ajustement de la contribution des citoyens à leur capacité de payer pourra aussi, s'il est effectué de façon appropriée, servir de régulateur à la consommation. Il s'agit là en effet d'un principe assez généralement reconnu en matière d'assurance. Nous nous devons toutefois d'être prudents à cet égard, les freins financiers n'étant pas automatiquement efficaces à limiter la consommation, ou pouvant au contraire affecter négativement la qualité du traitement. La recherche d'un équilibre dans ce domaine devra être constante.

Nous ne désirons pas élaborer de façon plus poussée sur les mécanismes (franchise, coassurance, etc.) qui pourraient être utilisés. Le Comité Castonguay se penche à l'heure actuelle sur ces questions.

Il est un mécanisme toutefois auquel l'Ordre des pharmaciens est radicalement opposé. Il s'agit de la tarification. Celle-ci est en vigueur au Québec depuis 1992 dans le cadre du programme de médicaments destinés aux personnes de 65 ans et plus, qui paient un tarif de 2 \$ par ordonnance jusqu'à une contribution maximale de 100 \$ par année.

Une étude récemment publiée et effectuée au bénéfice du ministère de la Santé et des Services sociaux¹ concluait que la tarification de 2 \$ a eu peu d'effets sur la consommation réelle de médicaments. En fait, selon cette étude, plus forte était la consommation avant le début de la tarification, plus faible était l'impact de celle-ci. Les résultats de la tarification sont donc à l'inverse des objectifs de santé poursuivis à l'époque. L'étude conclut également que les résultats de la tarification sur l'état de santé des personnes touchées a lui aussi été marginal. Cette mesure s'avère donc uniquement économique.

Or, sur le plan de la pratique professionnelle des pharmaciens, cette mesure s'est avérée particulièrement négative. Le «ticket modérateur» a en effet eu pour effet de transformer les pharmaciens en percepteurs d'impôts, privilège dont ils sont les seuls parmi les professionnels de la santé à avoir hérité. La brutalité avec laquelle cette mesure a été imposée et la parcimonie dont a fait preuve le gouvernement au moment d'informer la population de l'origine de cette décision ont contribué à entretenir la mauvaise humeur des citoyens touchés. Ceci a rendu particulièrement tendue la relation des pharmaciens avec les citoyens touchés et a carrément nui à leur prestation d'un service professionnel de qualité, un client furieux n'étant pas réceptif à des conseils professionnels.

¹ Rheault, S., Côté, H. et Poirier, S. *Évaluation de l'impact de la tarification des médicaments sur le profil de consommation des personnes âgées*. MSSS. Janvier 1996

En plus, la tarification perpétue l'inéquité qui caractérise ce programme d'assurance-médicaments, étant appliquée sans égard à la capacité de payer. Un banquier ou un ex-assisté social, une fois passé le cap des 65 ans, sont traités de la même façon. Une telle façon de faire contribuer les citoyens est un échec complet, injuste, inefficace et difficile à gérer. Elle doit être abolie.

Afin d'en arriver à un ajustement plus fin de la participation des individus au régime universel, en fonction de leur capacité de payer, la fiscalité pourrait être utilisée. Lors de la production de la déclaration de revenus, la contribution individuelle des citoyens pourrait être ajustée à leur revenu, un peu comme le sont les prestations des régimes de rente. Cette mesure augmenterait l'équité du régime proposé, et lui conférerait une souplesse maximale. Clairement, il s'agit là de la voie à privilégier.

Une note de prudence s'impose toutefois quant à la participation financière des citoyens. Dans un contexte où la gratuité universelle existe encore dans le reste du système de santé, il pourrait être tentant d'utiliser la participation financière du citoyen à son assurance-médicaments afin de financer d'autres coûts que ceux de ce régime. Une telle situation ne devrait pas survenir, et un plafond à la contribution du citoyen devrait être instauré, afin de la prévenir. De plus, il serait souhaitable que le gouvernement envisage d'étendre à d'autres secteurs du système de santé le principe de la participation financière du citoyen. Ceci permettrait de mettre fin à une situation qui pénalise excessivement la pharmacothérapie, en plus d'exercer un effet régulateur sur la prescription ou la consommation d'autres soins ou services de santé. Le système pourrait alors opter pour une budgétisation véritablement décloisonnée, par «enveloppes de soins», ce qui nous permettrait de mieux mesurer l'impact économique positif de certains traitements médicamenteux.