

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ PAR

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

A LA

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

à propos du document intitulé

«UN FINANCEMENT ÉQUITABLE A LA MESURE DE NOS MOYENS»

publié par le

Ministère de la Santé et des Services sociaux

20 janvier 1992

Avant-propos

L'Ordre des pharmaciens du Québec tient à remercier la Commission des affaires sociales de l'opportunité qui lui est offerte de commenter le document ministériel intitulé «*Un financement équitable à la mesure de nos moyens*».

Imparti, en vertu du Code des professions, du mandat de protéger le public en matière de services pharmaceutiques, l'Ordre regroupe au delà de 4,800 pharmaciens et pharmaciennes oeuvrant principalement en secteur communautaire ou dans les établissements de santé, mais également au sein de la fonction publique, de l'industrie pharmaceutique, des universités ou des instituts de recherche. Le présent mémoire tentera d'abord de représenter le point de vue de l'ensemble de ces professionnels.

D'autre part, la très grande accessibilité des pharmaciens au public permet à nos membres une grande proximité des usagers du système de santé québécois. Ils peuvent ainsi recueillir des témoignages d'une valeur indiscutable quant aux aspects du système qui relèvent de la compétence des pharmaciens. Sans que l'Ordre ne puisse prétendre à une quelconque représentativité des usagers du système, nous entendons également témoigner, là où cela s'avère pertinent, de ces observations recueillies sur le terrain.

Compte tenu de l'ampleur et de l'importance du sujet débattu et du peu de temps qui nous a été laissé, préalablement au dépôt de ce mémoire, nous nous concentrerons principalement sur le financement des services pharmaceutiques en milieu communautaire et en établissements de santé. Nos commentaires s'inscrivent dans la continuité de ceux que nous avons déjà formulés précédemment auprès de la Commission Rochon et lors d'audiences publiques sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux, les orientations ministérielles ainsi que sur le projet de Loi 120.

1.0- La problématique

L'exercice de la pharmacie comprend à la fois la fourniture d'un bien et celle d'un service professionnel. Ces deux composantes sont intimement reliées dans tous leurs aspects socio-sanitaires et économiques. Toute analyse d'une problématique pharmaceutique doit nécessairement tenir compte de la dualité et de l'interaction de ces deux composantes de l'acte pharmaceutique.

Notre corporation a toujours insisté sur cette dualité, qui trouve sa source dans la nature particulière du médicament. Celui-ci ne pourra jamais être assimilé à un bien de consommation courante. Il s'agit d'un bien très souvent essentiel, d'un coût généralement élevé et croissant présentement d'une façon disproportionnée par rapport aux autres biens de consommation. Il comporte des risques parfois sérieux, mais ceux-ci peuvent, dans une large mesure, être contrôlés. Puisque, d'une façon habituelle, il ne peut faire l'objet d'une décision rationnelle par le consommateur même le plus instruit, ce bien recèle un potentiel élevé de consommation irrationnelle, qui s'avère alors coûteuse pour l'État ou le contribuable, et dangereuse pour l'usager. C'est ici que le service professionnel prend toute sa valeur. Lié à la fourniture des médicaments, il constitue le mode de contrôle le plus efficace qui puisse être appliqué à la fois aux coûts, à la sécurité et à l'efficacité de ceux-ci.

Toute intervention ne visant qu'à contenir le coût des médicaments sans tenir compte du service professionnel que leur utilisation rationnelle doit impliquer comporte le risque de voir disparaître ce mode de contrôle essentiel.

Le contrôle des budgets pharmaceutiques des établissements de santé ne peut être envisagé sans des interventions constantes et vigoureuses des pharmaciens exerçant dans ces établissements. De même, toute réduction de la progression des coûts des programmes d'assurance-médicaments passe par une telle intervention.

Or, une analyse minutieuse des coûts des programmes québécois d'assurance-médicaments au cours des vingt dernières années démontre que l'État investit de plus en plus dans la fourniture des biens, et de moins en moins dans celle des services.

Ainsi, selon les Statistiques annuelles publiées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), le coût moyen d'une ordonnance a progressé de 3,90 \$ en 1972 à 17,50 \$ en 1990. Les coûts respectifs du bien et du service n'ont cependant pas évolué de la même façon. Alors qu'en 1972, le coût du service selon les Statistiques s'élevait à 2,15 \$ (soit 55% du coût total) et celui du médicament à 1,75 \$ (45%), le service en 1990 ne coûtait plus que 4,51 \$, (soit 26% du total), alors

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

que le médicament, lui, représentait 74% du coût assumé par la Régie (soit 12,99 \$).

Au cours de cette période (toujours selon les Statistiques de la Régie), le taux global d'inflation du coût des médicaments a été de 742%, alors que celui applicable aux services pharmaceutiques n'a été que de 209%. Au total, la facture assumée par l'État s'est élevée de 449%. Si l'on applique à ces statistiques un facteur correctif tenant compte du profit moyen enregistré par le pharmacien sur la revente du médicament (prix chargé à la Régie moins prix réel d'acquisition, soit, en moyenne, en 1990, 1,71 \$, selon les données recueillies par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires), les coûts réels des deux composantes facturées à l'État ont évolué comme suit:

	1972	1990
MÉDICAMENTS	1,75 \$ ¹ (45%)	11,28 \$ (65%)
SERVICES	2,15 \$ (55%)	6,22 \$ (35%)
TOTAL	3,90 \$	17,50 \$

Donc, durant cette période, le coût réel des médicaments a progressé de 644% et celui des services, de 289%. L'IPC, selon Statistiques Canada, a quant à lui progressé de 357%.

Il est intéressant de noter que ce phénomène de progression plus rapide du coût d'un bien que de celui d'un service n'est pas isolé. L'État éprouve également des problèmes de contention des coûts dans au moins un autre de ses programmes impliquant la distribution de biens, soit celui assurant la fourniture de prothèses. En effet, selon le rapport annuel 1990-91 de la RAMQ (p. 18), on peut noter que le coût des prothèses avait augmenté de 59% de 1986-87 à 1990-91. En comparaison, les coûts des services médicaux, dentaires et optométriques avaient respectivement augmenté de 34%, 2% et 31%, soit à un rythme beaucoup moindre.

Nos sources ne nous permettent pas de pousser plus loin l'analyse de ces données. Toutefois, l'écart entre les taux de progression des coûts liés au remboursement de biens (prothèses et médicaments) et ceux liés à la fourniture des services suggèrent une plus forte augmentation de la demande des premiers, ou encore, une plus faible efficacité du contrôle de leurs coûts par l'État.

Ces observations sont troublantes et laissent craindre pour l'avenir. Il faut en effet considérer qu'au cours de la période étudiée, le coût des médicaments a cru de façon difficilement contrôlable, malgré

¹ Pour les fins de cet exercice, nous assumons que le prix chargé à la Régie en 1972 était équivalent au prix réel d'acquisition, la substitution étant une pratique quasi inexistante à cette époque.

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

des coupures considérables au niveau de la Liste des médicaments assurés. Nous nous demandons, à bon droit, s'il n'y a pas lieu d'y voir les effets négatifs d'une diminution, en dollars constants, des investissements de l'État en matière de services pharmaceutiques.

Par contre, au niveau des établissements de santé, la progression des budgets pharmaceutiques a été beaucoup mieux contrôlée et ce, malgré une dotation intensive en pharmaciens dans ces milieux. (Les effectifs québécois en pharmaciens d'établissements de santé sont en effet passés d'environ 300 en 1981, à plus de 900 en 1991, en dépit de conjonctures budgétaires difficiles pour les établissements, tout au long de cette période). Il ne fait aucun doute que cette meilleure utilisation par l'État des services pharmaceutiques au niveau de la sélection et du contrôle de l'utilisation des médicaments a exercé un impact favorable sur les budgets globaux de médicaments.

Étant donné la similitude de formation et de compétence des pharmaciens communautaires et d'établissements, nous sommes portés à croire que l'État doit chercher la source de cette différence de croissance des coûts au niveau du contexte où s'exerce la profession. C'est là l'exercice que nous proposons à la Commission.

2.0- Considérations générales relatives au programme d'assurance-médicaments

Le contexte des présentes auditions ne nous permet pas une réflexion aussi approfondie que nous le voudrions sur cet important sujet. Nous offrons cependant notre concours au gouvernement lorsque celui-ci matérialisera son intention de procéder, au cours de l'année 1992, à l'examen de ce programme. Nous espérons en effet que cet examen se fasse en partenariat avec certains d'entre nous qui oeuvrons sur le terrain.

L'Ordre ne peut qu'être d'accord avec cette démarche d'évaluation d'un programme qui a coûté à l'État, en 1991, plus de 500 millions de dollars.

Avant d'entreprendre cet exercice, cependant, nous désirons porter à l'attention de la Commission les réflexions suivantes.

2.1- Rapport coûts-bénéfices de la pharmacothérapie

Pour que l'objectif d'une réforme globale du système de santé québécois puisse être atteint, l'analyse de ses composantes doit s'effectuer sur une base globale. Il sera donc essentiel lors de l'examen du programme d'assurance-médicaments de développer une vision macroscopique de l'impact de ce programme sur les autres secteurs du système de santé. De par sa nature, le médicament représente l'outil thérapeutique le plus fréquemment utilisé afin de pallier un problème de santé. Prescrit rationnellement et utilisé de la bonne manière, le

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

médicament représente la plupart du temps la moins coûteuse des thérapies disponibles, parce qu'elle fait appel à un nombre restreint de professionnels, soit le prescripteur et le pharmacien. L'utilisation rationnelle des médicaments prévient fréquemment le recours à des thérapies beaucoup plus coûteuses, comme la chirurgie, la radiothérapie, la psychothérapie ou les thérapies de réadaptation physique. Ainsi, le remboursement par l'État d'un médicament et d'un service pharmaceutique, pour coûteux qu'il puisse paraître, s'avère très souvent une économie par rapport aux alternatives. C'est pourquoi, avant de décider la désassurance d'un médicament, on devrait toujours chercher à mesurer son impact global en comparaison avec les alternatives qui s'offriront au médecin traitant. Ainsi, on se rappellera qu'en 1981, le retrait des antiacides de la Liste des médicaments avait entraîné une recrudescence d'ordonnances de cimétidine pour les bénéficiaires du programme, à un coût supérieur pour l'État.

2.2- Coût de la pharmacothérapie irrationnelle

La sur-consommation des médicaments, leur sous-consommation et leur mauvaise utilisation coûtent extrêmement cher à l'État. Alors que les effets pernicieux de la sur-consommation ne sont plus à démontrer, ceux de la sous-consommation ou de la mauvaise utilisation sont peu reconnus du public et de l'État. Ils sont néanmoins fréquents et nous avancerons quelques exemples courants, tels:

- i) la prescription d'une dose trop faible d'un antibiotique de première ligne utilisé afin de traiter une otite chez un enfant; l'inefficacité de l'antibiotique coûte alors à l'État une seconde visite chez un médecin, et le remboursement d'un second antibiotique, habituellement plus coûteux;
- ii) l'inobservance thérapeutique chez les dyslipémiques, les hypertendus ou les diabétiques de type II, qui entraîne des complications graves. L'État se voit alors forcé d'assumer le remboursement de soins de santé extrêmement lourds en cardiologie, en neurologie, en néphrologie, en ophtalmologie, ou en chirurgie;
- iii) l'hospitalisation, souvent d'urgence, ou la mise en institution d'une personne âgée, suite à une incapacité de bien gérer sa prise de médicaments.

Des dizaines d'autres exemples pourraient être avancés. Nous nous limitons à ceux-ci à cause de leur caractère explicite et quotidien, et à cause de leur coût énorme pour l'État. La solution de ces problèmes passe par une approche macroscopique de la portée d'un programme d'assurance-médicaments, sur laquelle devront s'appuyer les mesures envisagées

par le Ministère.

2.3- Vulnérabilité de la population face aux médicaments

Un médicament est un bien de consommation à propos duquel une quantité phénoménale d'information a été accumulée. Même les plus anciens de nos médicaments ne sont pas à l'abri de cette surenchère de l'information. Malheureusement, celle-ci franchit souvent mal le fossé qui sépare les scientifiques qui la génèrent, des professionnels qui l'utilisent dans leur pratique et la retransmettent aux consommateurs. A cet égard, et malgré les progrès énormes accomplis depuis 30 ans, le public québécois demeure insuffisamment informé, d'où sa vulnérabilité face aux médicaments.

Par conséquent, toute rationalisation du programme d'assurance-médicaments devra être assortie de mesures permettant de favoriser la retransmission, par des professionnels, de l'information nécessaire à la bonne utilisation des médicaments. Malgré la compétence des médecins en cette matière, les pharmaciens demeurent les mieux préparés à une telle intervention, à condition que soient levées certaines barrières à la communication de renseignements à leurs patients.

2.4- Communications médecins-pharmaciens et pharmaciens-pharmaciens

Si la nécessité d'améliorer les communications entre patients et professionnels à propos de leur médication s'avère un besoin essentiel de la réforme de la santé, on ne peut non plus, passer sous silence les conséquences de l'insuffisance de communications entre médecins et pharmaciens, ou entre pharmaciens de divers milieux, quant à la bonne utilisation des médicaments par leurs patients. La réforme devra comporter des mesures qui favorisent cette communication dans le but de rendre les efforts des professionnels plus efficaces et complémentaires. La carte-santé à microprocesseur, sur laquelle nous reviendrons plus loin, pourrait jouer ce rôle.

2.5- Objectifs de santé

Enfin, nous attirons l'attention de la Commission sur l'appui total que nous avons déjà exprimé dans notre mémoire présenté le 16 février 1990 à cette Commission, aux objectifs que le Ministère s'était fixé dans ses «*Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*» en 1989. Plusieurs de ces objectifs trouvent une application directe dans le cadre

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

du programme d'assurance-médicaments. Il nous apparaît essentiel que toute mesure nouvelle affectant ce programme soit évaluée en fonction de sa compatibilité avec les objectifs socio-sanitaires du Ministère.

3.0- Recommandations relatives à une réforme du programme d'assurance-médicaments

Pour être efficace, un tel exercice devra impliquer de très près les principaux dispensateurs de services reliés aux médicaments, soit les médecins et les pharmaciens, et s'appuyer sur de solides données quant aux incidences des mesures envisagées sur d'autres composantes du système de santé.

3.1- Les catégories de médicaments assurés

A notre avis, avec l'exception possible des anxiolytiques et des hypnotiques, toutes les rationalisations qui pouvaient être faites par le biais de la désassurance de certains médicaments ou de certaines catégories de médicaments l'ont déjà été. La Liste des médicaments actuellement en vigueur s'approche d'aussi près que possible d'une liste essentielle, selon les normes d'une nation industrialisée. D'éventuels retraits de médicaments de cette Liste comportent un risque élevé de stimuler une utilisation excessive d'autres médicaments encore listés, sur la simple base de leur gratuité, ou de forcer le recours à des thérapeutiques plus coûteuses. Et, chose plus grave, une telle situation risque non seulement d'entraîner la disparition des bénéfices économiques du retrait, mais peut aussi favoriser le recours à des médications moins appropriées sur le plan thérapeutique. L'exemple du retrait des antiacides du programme en 1981, devrait nous servir d'aide-mémoire. Nous mettons le gouvernement en garde contre la répétition de telles situations.

En fait, la rationalisation du financement des services de santé au Québec ne pourrait-elle pas aussi passer par un élargissement du programme d'assurance-médicaments? Nous reprenons ici des suggestions déjà avancées dans nos mémoires précédents, soit celles d'un retour à la Liste des médicaments unique, et d'une couverture accrue des médicaments associés à des problèmes d'inobservance thérapeutique.

Le recours à une double liste, une pour les médicaments consommés par des bénéficiaires ambulatoires et une autre, plus complète, pour les établissements de santé, continue de créer un incitatif à l'institutionnalisation pour certains bénéficiaires âgés à cause de la gratuité de classes de médicaments n'apparaissant qu'à la Liste des établissements. Nous suggérons au gouvernement d'évaluer les bénéfices nets de cette politique avant d'en décider le maintien.

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

Une situation similaire a été vécue aux États-Unis, et a fait l'objet d'une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*. Cette étude compare les réclamations remboursées durant une période de 36 mois par les états du New Hampshire et du New Jersey à propos des personnes âgées bénéficiaires du programme d'assurance-médicaments Medicaid.

Au début de l'étude, les deux états présentaient le même taux d'admission en centre d'accueil. Le New Hampshire désassura alors un certain nombre de médicaments et de services pharmaceutiques, limitant ceux-ci à trois ordonnances par mois. Onze (11) mois plus tard, les chercheurs observèrent que le taux d'admission en centres d'accueil était de 10.6% dans le New Hampshire, contre 6.6% dans le New Jersey, dont le programme d'assurance-médicaments était demeuré inchangé. Une telle expérience laisse à réfléchir.

Notre seconde suggestion paraîtra sans doute plus audacieuse dans le contexte actuel. Elle prône l'extension de la gratuité médicamenteuse à l'ensemble des québécois souffrant de dyslipémies, d'hypertension artérielle et de diabète. Ces trois maladies ont en commun une symptomatologie silencieuse durant leur phase initiale, une fréquence élevée d'inobservance thérapeutique et le développement de complications graves à long terme (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, néphropathies, rétinopathies, neuropathies, accidents cérébro-vasculaires, etc...). Lorsqu'elles apparaissent, ces complications sont la plupart du temps irréversibles et nécessitent des traitements extrêmement coûteux. L'extension de la gratuité à des québécois qui ne sont pas actuellement visés par le programme lèverait les barrières économiques à l'accessibilité à ces médicaments, et réduirait ainsi la fréquence de l'inobservance. A moyen et à long terme, cet investissement de l'État aiderait à prévenir les complications de ces maladies et leurs coûts. Une telle mesure préventive vaut d'être étudiée avec soin.

Le cas des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques constitue une exception possible aux principes précédemment formulés. La surconsommation de ces substances est manifeste, mais s'inscrit souvent dans la continuité de problèmes de toxicomanie impliquant les drogues illicites ou l'alcool. Une désassurance de ces médicaments comporte des risques très nets liés au sevrage des bénéficiaires qui en consomment de façon prolongée.

En outre, il est presque assuré que cette désassurance provoquerait d'autres comportements toxicomanes, comme en fait foi l'expérience récente de l'État de New York. Les autorités gouvernementales de cet état ont en effet limité la fourniture de benzodiazépines à une provision de 30 jours, non renouvelable. Durant la première année d'administration de ce programme, les ordonnances de benzodiazépines émises dans cet état chutèrent de 5,30 millions à 2,96 millions. Cependant, on nota une hausse correspondante de la prescription d'autres sédatifs-hypnotiques moins efficaces, plus toxiques et plus toxicomanogènes, comme les barbituriques, que les benzodiazépines avaient pour cette raison supplantés. Les

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

effets nets de la mesure gouvernementale s'avèrent donc négatifs.

La lutte contre la surconsommation passe par d'autres mesures que la seule désassurance des médicaments. C'est pourquoi l'Ordre suivra avec beaucoup d'intérêt les travaux entrepris par la RAMQ et le Conseil consultatif de pharmacologie sur cette question. Le gouvernement peut d'ailleurs compter sur notre appui total dans ces démarches.

3.2- Les catégories de services pharmaceutiques assurés

A l'heure actuelle, l'entente liant l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.) et le gouvernement du Québec ne porte que sur trois services pharmaceutiques assurés:

- a) l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance;
- b) l'opinion pharmaceutique;
- c) le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement.

Bien que, par le remboursement d'actes pharmaceutiques indépendants de la fourniture de médicaments, le Québec fasse figure de chef de file dans l'ensemble des pays industrialisés, nous devons rappeler à la Commission l'insuffisance de l'emphase placée, au sein du programme, sur les services pharmaceutiques susceptibles de prévenir la mauvaise consommation de médicaments et de favoriser l'optimisation de celle-ci.

La valeur préventive du service pharmaceutique commence à être bien documentée de façon quantitative, comme en fait foi une étude américaine réalisée à l'université Purdue. Cette étude visait à quantifier les économies pour le système de santé générées par les interventions des pharmaciens. Elle porta sur 33,000 nouvelles ordonnances exécutées dans 89 pharmacies communautaires, réparties sur cinq états américains. Environ 2% de ces ordonnances comportaient des lacunes ou des erreurs et donnèrent lieu à des interventions pharmaceutiques.

La valeur en dollars de ces interventions fut calculée en estimant le coût des soins qui auraient été requis pour pallier les conséquences médicales de chaque erreur, selon une grille adaptée à la gravité de ces conséquences.

La valeur ajoutée totale de ces interventions pharmaceutiques totalisa 76,615 \$US, soit 2,32

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

\$US pour chacune des 33,000 ordonnances exécutées.

Cette étude démontre de façon éloquente la valeur ajoutée par des services pharmaceutiques à l'ensemble du système de santé. Malheureusement, des obstacles subsistent à la prestation optimale de ces services.

Encore aujourd'hui, la rémunération du pharmacien demeure presque exclusivement liée à l'exécution ou au renouvellement d'ordonnances, ou encore à la vente de médicaments sans ordonnance (hors du cadre du programme), et donc à la fourniture du médicament. Les actes indépendants de cette fourniture (opinion pharmaceutique et refus d'exécuter une ordonnance) ne représentent qu'une fraction minimale des services pharmaceutiques facturés à la Régie, en grande partie à cause des barrières bureaucratiques et administratives que recèle la procédure de remboursement de ces actes.

Pourtant, toute réforme efficace du programme d'assurance-médicament et, à la limite, du système de santé québécois, passé indéniablement par un rôle accru et par une meilleure utilisation des compétences des pharmaciens.

Cette constatation fait l'unanimité des observateurs avertis du milieu de la santé. Ainsi, le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques («Commission Lowy») consacre un chapitre entier de son rapport au rôle du pharmacien et à son expansion. Nous faisons nôtres certaines des recommandations de ce comité :

«... pharmacists are not meeting their full potential as members of the health care team whose objective it is to ensure optimum drug therapy. We believe that ways must be found for pharmacists to provide more comprehensive patient-oriented services, including maintenance of medication and drug allergy profiles, monitoring of drug therapy, patient counselling, public drug education, provision of drug services to home care patients, drug utilization review programs, health promotion, self-care consultation services (non-prescription drug counselling, health care aids), and drug information and consultation services to other health care professionals. The current economics of community pharmacy practice have a negative impact on the provision of patient oriented services and, in our view, are not in the public interest. The payment system, which is structured to reimburse pharmacies on the basis of drugs dispensed rather than professional services rendered, acts as a disincentive to the provision of certain desirable services. We believe that economic, professional and educational strategies must be developed to reward delivery of patient-oriented service while

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

maintaining the product dispensing function.»

Parallèlement, la *British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*, dotée d'un mandat s'apparentant à celui de notre Commission Rochon, en arrivait elle aussi à cette conclusion:

«The pharmacist is often an underutilized resource, not only in proper medication management, but in overall cost containment.»

L'expérience québécoise en pharmacie hospitalière le prouve : lorsque mis à contribution dans un environnement où la rationalisation des coûts des médicaments est clairement identifiée comme un objectif, et lorsque doté d'une capacité d'intervention clinique, le pharmacien québécois livre la marchandise et permet de réduire effectivement ces coûts.

Force nous est cependant de constater que ce mandat et ces conditions n'ont pas été réunis au niveau du programme québécois d'assurance-médicaments. Et, ironiquement, alors que les investissements de l'État en services pharmaceutiques progressaient à un rythme inférieur de moitié au taux d'inflation, ses dépenses de médicaments, elles, croissaient deux fois plus rapidement. Une telle coïncidence est vraiment frappante.

Dans ce contexte, nous ne pouvons qu'insister sur l'urgente nécessité pour l'État de s'orienter, au sein de son programme d'assurance-médicaments, vers la reconnaissance et la rétribution de nouveaux actes pharmaceutiques indépendants de la fourniture du médicament. Tant que la rémunération du pharmacien demeure prisonnière de la dispensation de médicaments, sa capacité de lutter contre la sur-consommation de ceux-ci sera amoindrie par l'ambiguïté du mandat que lui confie l'État-payeur.

Sans entrer dans le détail de ces nouveaux actes, dont plusieurs sont actuellement discutés en table de négociation par les représentants du Ministère et ceux de l'A.Q.P.P., nous croyons utile de suggérer qu'ils prennent en compte les objectifs socio-sanitaires du gouvernement.

Il nous apparaît également impérieux de rappeler à la Commission la nécessité de dégager l'administration de l'opinion pharmaceutique du carcan bureaucratique dont elle a fait l'objet jusqu'à maintenant, et celle d'instaurer, face à la facturation de ce service, le même climat de confiance que celui dont l'État fait preuve face aux autres professionnels de la santé.

3.3- Révision et contrôle

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

De telles mesures doivent logiquement être assorties à des moyens de contrôle des services facturés à la RAMQ. Nous réitérons ici notre appui total à la création d'un comité de révision des actes pharmaceutiques, tel que prévu à l'article 41 de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Une autre mesure, qui nous paraît plus efficace encore, est la mise sur pied d'un réseau de revues de l'utilisation des médicaments (RUM). Nous félicitons le Ministre des efforts qu'a consentis son Ministère afin d'assurer la mise sur pied du Réseau hospitalier de Revues d'Utilisation de Médicaments. Nous souhaitons que cette initiative inédite dans le monde puisse se poursuivre. Nous souhaitons également qu'elle puisse s'étendre au programme ambulatoire d'assurance-médicaments. A cet égard, nous offrons notre collaboration au Ministre.

Enfin, nous recommandons au Ministre d'élargir les expertises sur lesquelles il peut s'appuyer, notamment au niveau de l'important Conseil consultatif de pharmacologie. A notre connaissance, sur les membres qui siègent sur ce Conseil, on ne dénombre actuellement qu'un seul pharmacien. Or, il faut bien reconnaître qu'il s'est développé dans le monde pharmaceutique une expertise précieuse en matière de pharmacothérapie et de pharmacoépidémiologie. Nous croyons que cette expertise pourrait être avantageusement mise à contribution dans le cadre du questionnement sur l'efficacité et le financement du programme d'assurance-médicaments.

Dans les mesures visant à améliorer le contrôle des volumes d'activités, le Ministère propose de «*généraliser s'il y a lieu l'application d'une carte d'assurance-maladie avec microprocesseur intégré*». Nous reconnaissons les mérites associés à une telle carte qui permet, par exemple, d'éviter la répétition inutile d'examen de laboratoire. Nous souhaitons toutefois que la généralisation de cette carte s'appuie sur le principe de sa contribution potentielle à l'amélioration de la continuité des soins. Dans le cadre de l'utilisation répandue d'une carte à microprocesseur, le terrain serait propice à l'engagement actif des pharmaciens d'officine dans des programmes prospectifs de Revue de l'Utilisation des Médicaments. La mise sur pied de tels programmes fait actuellement partie des priorités gouvernementales aux États-Unis. Cela s'inscrit dans la foulée des efforts visant à améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments et à en contenir les coûts. Cependant pour que les pharmaciens d'officine québécois puissent contribuer davantage à l'amélioration de l'utilisation des médicaments, nous devons résoudre la question de l'accès à l'information en matière de diagnostic. Contrairement aux pharmaciens qui oeuvrent dans les établissements de santé, les pharmaciens d'officine ne peuvent malheureusement pas s'appuyer sur l'information diagnostique qui est pourtant essentielle à un jugement éclairé sur la pharmacothérapie. En conséquence, les pharmaciens d'officine ne peuvent jouer pleinement leur rôle de conseiller, faute d'information suffisante.

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

En Ontario, la Commission Lowy, déjà citée, en arrivait à la même conclusion et recommandait l'accès par les pharmaciens à cette information, par le biais de la carte-santé. Une telle mesure ne remet nullement en question la confidentialité de l'information, le Code de déontologie des pharmaciens imposant à ces derniers un secret professionnel équivalent à celui des autres professionnels de la santé.

3.4- Prévention et éducation

Les mesures précédemment suggérées ne seraient pas complètes, sans un effort supplémentaire de la part de l'État, de prévention et d'éducation en matière d'utilisation des médicaments. C'est d'ailleurs avec plaisir que nous notons en page 70 du document cette intention ministérielle.

Le domaine de la prévention dépasse toutefois largement le cadre de la dispensation des médicaments et des services pharmaceutiques courants de première ligne. C'est pourquoi nous réitérons notre souhait que des programmes de prévention en matière d'utilisation de médicaments soient élaborés dans le cadre d'actions en santé communautaire. Nous rappelons au Ministre qu'un certain nombre de pharmaciens ont acquis des formations supplémentaires en santé communautaire. Or, à notre connaissance, très peu de DSC, s'il y en a, font appel actuellement à leur expertise. Il est difficile qu'il en soit autrement si on ne règle pas le problème de la rémunération des professionnels de la santé en DSC. Ce problème, auquel nous avons fait écho dans nos mémoires précédents, trouve son origine dans le fait que les médecins sont rémunérés par la RAMQ, alors que les DSC doivent prévoir à leurs budgets d'opération les sommes nécessaires à la rémunération des autres ressources professionnelles, dont les pharmaciens.

Cette iniquité administrative élimine virtuellement les pharmaciens des équipes professionnelles des DSC, mesure qui nuit grandement à l'intérêt que portent ces derniers à la prévention en matière d'utilisation de médicaments.

4.0- Mesures portant sur le financement

L'Ordre tient à appuyer les mesures de «transparence» proposées par le Ministère, et qui visent à permettre aux Québécois de réaliser les coûts inhérents aux services de santé ou leur contribution personnelle à l'effort de l'État en cette matière. La santé représente depuis toujours l'une des valeurs suprêmes de notre société, une de ses aspirations les plus fondamentales.

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

Pour cette raison, nous estimons que la proposition d'identifier la cotisation personnelle à l'assurance-santé sur les revenus des Québécois permettrait à chacun d'estimer justement, au sein de son budget, la part destinée à la santé. Une telle mesure favorise la responsabilisation sociale du citoyen et le met à l'abri d'une certaine forme de fausse représentation, possible dans le présent contexte d'un fonds gouvernemental consolidé.

L'Ordre favorise aussi la divulgation aux bénéficiaires des coûts des biens et services reçus de l'État, dans le but de mettre fin à la notion illusoire d'une gratuité absolue.

Le projet d'impôt-service appliqué aux médicaments et services pharmaceutiques n'est évidemment pas de nature à générer l'enthousiasme en notre milieu. Il nous apparaît difficile de la commenter sans un complément d'information sur sa portée et sur ses modalités d'application. A priori, notre Ordre ne le rejette pas.

L'option d'une tarification des services pharmaceutiques associée à un crédit d'impôt remboursable a le mérite d'être plus facile à conceptualiser et d'avoir déjà été appliquée sur le terrain.

Quelle que soit la mesure retenue, toutefois, les règles suivantes devraient être observées:

- i) la participation de l'utilisateur devra nécessairement être adaptée à sa capacité de payer sous peine de générer des barrières inacceptables à des services essentiels. (Nous ne pouvons en effet nous résoudre au jargon ministériel de «services complémentaires» dans le cas des médicaments et services pharmaceutiques : pour nous, il s'agit de services essentiels. Ne pensons qu'à l'insuline, aux médicaments cardio-vasculaires ou aux antibiotiques);
- ii) les services pharmaceutiques à caractère préventif (opinion, refus et nouveaux actes préventifs) devront être exonérés de toute forme d'imposition ou de tarification, sous peine de créer des désincitatifs majeurs à leur prestation;
- iii) les médicaments plus facilement associés à des comportements d'inobservance thérapeutique devront eux aussi être exonérés de ces mesures;
- iv) en revanche, une plus grande contribution de l'utilisateur à la fourniture de médicaments à potentiel élevé de sur-consommation nous apparaît socialement acceptable, voire même souhaitable.

Enfin, les mesures pré-citées, sous réserve de discussions plus élaborées quant à leur mise en opération, nous paraissent préférables au «ticket modérateur» qui possède selon nous le double défaut d'un manque évident de flexibilité et d'un faible rendement. Nous pensons notamment à son

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

application aux services à caractère préventif ou à la fourniture de médicaments faisant fréquemment l'objet de sous-utilisation.

5.0- Réflexions sur les conditions et modalités de vente des médicaments au Québec

Bien que ce sujet ne soit pas directement abordé dans le document ministériel, nous croyons indiqué de partager avec la Commission quelques réflexions à propos de l'important projet de règlement que prépare l'Office des professions du Québec et qui portera sur la normalisation des conditions et modalités de vente des médicaments au Québec.

Ce projet de règlement, qui donne suite à des recommandations de la part de notre Ordre, améliorera significativement, s'il est adopté, le contrôle de l'utilisation des médicaments destinés aux humains et aux animaux au niveau communautaire. Particulièrement touchés seront les médicaments vendus sans ordonnance, qui seront désormais répartis en deux catégories:

- médicaments vendus sous contrôle pharmaceutique;
- médicaments vendus sous surveillance pharmaceutique.

La première de ces deux catégories est entièrement nouvelle et sera assortie d'une intervention professionnelle obligatoire du pharmacien. Celle-ci facilitera notamment la détection d'interactions médicamenteuses, souvent responsables d'hospitalisations coûteuses, ou la provision d'une meilleure information aux consommateurs. Bien que ces médicaments ne soient pas assurés dans le cadre du programme québécois, nous croyons que la nouvelle réglementation aura un effet très favorable sur l'ensemble de l'utilisation des médicaments par nos concitoyens. À ce titre, ses retombées sur le financement des services de santé par l'État ne pourront être que favorables.

6.0- Réflexions sur l'exercice de la pharmacie en établissements de santé

Bien que le document ministériel n'aborde pas directement le contrôle de l'utilisation des médicaments en milieu d'établissements de santé, nous ne pouvons passer sous silence cette composante majeure du système de santé québécois.

En effet, l'utilisation de médicaments en milieu institutionnel influence souvent leur utilisation en milieu communautaire, notamment au chapitre de la sélection des produits.

La contribution des pharmaciens québécois d'établissements de santé a été remarquable au cours des

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

dix dernières années. Au cours de cette période, ces pharmaciens ont en effet multiplié le nombre et la portée de leurs interventions cliniques, au demeurant fort appréciées des médecins, infirmières et patients de leur milieu. Qui plus est, ces interventions se sont avérées remarquablement efficaces à contrôler les coûts d'utilisation des médicaments et ce, en dépit de la montée fulgurante du coût de certains d'entre eux (anticancéreux, antinauséux, thrombolytiques, antibiotiques et antiviraux, cardiotropes, pour n'en nommer que quelques uns).

Lorsque comparés à l'échelle internationale, ces résultats ont été atteints avec des ressources humaines, technologiques et financières minimales. Nous croyons que la qualité des services pharmaceutiques dispensés en milieu hospitalier constitue, pour le Québec, un actif qu'il faut préserver. Nous assistons cependant à l'heure actuelle à un nombre croissant de défections de la part de ces pharmaciens vers d'autres milieux, sur la base de pressions en grande partie économiques.

Cette situation, avec les pertes d'expertise et des coûts de formation et de remplacement qu'elle génère pour les hôpitaux, et avec la morosité qu'elle crée dans le milieu, nous inquiète sérieusement. Nous espérons qu'elle pourra évoluer de façon favorable au cours des prochains mois.

7.0- Résumé

Il est indéniable que le médicament constitue un bien essentiel qui ne peut être assimilé à des biens de consommation courante et l'Ordre ne souscrit pas au concept de «services complémentaires» dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques.

Généralement élevé, le coût des médicaments croît présentement d'une façon disproportionnée par rapport à celui des autres biens de consommation. Toutefois, de par sa nature, le médicament représente l'outil thérapeutique le plus fréquemment utilisé pour pallier un problème de santé. Prescrit rationnellement et utilisé de la bonne manière, il représente la plupart du temps la moins coûteuse des thérapies disponibles parce qu'elle fait appel à un nombre restreint de professionnels, soit le prescripteur et le pharmacien, et qu'elle prévient fréquemment le recours à des thérapies beaucoup plus coûteuses.

Par contre, il ne peut faire l'objet d'une décision rationnelle par le consommateur même le plus instruit et recèle un potentiel élevé de consommation irrationnelle qui s'avère alors coûteuse pour l'État ou le contribuable, et dangereuse pour l'utilisateur.

C'est ici que les services pharmaceutiques prennent toute leur valeur. Liés à la fourniture des médicaments, ils constituent, selon nous, le mode de contrôle le plus efficace qui puisse être appliqué à la fois aux coûts des médicaments ainsi qu'à leur sécurité et à leur efficacité.

Il est facile de se rendre compte aujourd'hui que c'est en faisant appel à une meilleure utilisation des services pharmaceutiques en regard de la sélection et du contrôle de l'utilisation des médicaments au

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.

niveau des établissements de santé que l'État a pu assurer un meilleur contrôle de la progression des coûts des médicaments que celui qu'il a réalisé dans le milieu communautaire malgré des coupures importantes au niveau de la liste des médicaments assurés.

La progression incontrôlée du coût des médicaments en milieu communautaire reflète les effets négatifs d'une diminution, en dollars constants, des investissements de l'État en matière de services pharmaceutiques. Mince consolation, le Québec n'est pas seul au monde à sous-utiliser la compétence, l'expertise et la grande accessibilité de ses pharmaciens.

Dans un autre ordre d'idée, l'État estime que la contention des coûts passe obligatoirement par la prévention. L'Ordre souscrit entièrement à ce concept. C'est pour cette raison que l'Ordre recommande pour la seconde fois l'extension de la gratuité médicamenteuse à l'ensemble des Québécois souffrant de dyslipémies, d'hypertension artérielle et de diabète.

Aussi paradoxale que puisse paraître notre recommandation, elle n'en constitue pas moins un plan audacieux, mais rationnel, répondant aux objectifs de prévention du Ministère. En effet, ces trois maladies ont en commun une symptomatologie silencieuse durant la phase initiale, une fréquence élevée d'inobservance thérapeutique et le développement de complications graves à long terme qui sont souvent irréversibles et nécessitent alors des traitements agressifs et extrêmement coûteux. C'est évidemment dans ce même souci de prévention que l'Ordre souhaite, par contre, une plus grande contribution de l'utilisateur à la fourniture de médicaments à potentiel élevé de surconsommation.

Quant aux mesures portant sur le financement, il est clair que l'Ordre appuie sans réserve toutes mesures de «transparence» du système de santé qui permettraient à l'ensemble des Québécois de connaître exactement ce qu'il leur en coûte pour les services qu'ils en retirent.

Enfin, la notion de «ticket modérateur» nous apparaît de plus en plus anachronique dans un contexte que le Ministère souhaite axer sur la prévention. L'Ordre demeure ouvert à la discussion quant aux autres mesures de participation financière des usagers évoquées dans le document ministériel.

L'Ordre rappelle au gouvernement qu'il lui a toujours offert sa pleine collaboration. Toutefois, nous déplorons le fait que dans l'élaboration et la mise en place de ses programmes, le ministère de la santé et des services sociaux fasse si peu appel à l'expertise de pharmaciens agissant sur le terrain et par conséquent plus sensibles aux véritables besoins de notre société en matière de services pharmaceutiques.

MÉMOIRE SUR LE FINANCEMENT

NOTES

Questions (Yves Gariépy)

- est-ce que l'utilisation de la compétence du pharmacien à des fins de contention des coûts est compatible avec le paiement à l'acte ?
- double liste : élaborer sur impact de la liste sur maintien à domicile :
 - alternative aux C.L.S.C.
 - arrangements en établissements et pharmacies communautaires
- capitation : réglerait-elle les problèmes observés avec le paiement à l'acte
- exemples québécois d'incitatifs à l'hospitalisation
 - alimentation parentérale chronique
 - antibiothérapie chronique à domicile (ostéomyélite)
 - cancéreux en phase terminale (analgésiques administrés par pompe)
 - personnes âgées recevant médication I.V.
- DSC : impact du mode de paiement sur la présence de pharmaciens
- insuffisance de communications avec le médecin : quelle serait la réaction de l'Ordre à une obligation d'informer le prescripteur d'une substitution en cours de traitement ?
- mesures de transparence : comment l'Ordre voit-il l'obligation de reçus séparant les honoraires des prix ?
- impôt-service : les réserves de l'Ordre sont-elles liées à des réserves sur la nature essentielle du médicament ?
- dans les sommes consacrées aux médecins, tout est-il médicalement requis ?
- médicament : service essentiel ou complémentaire ?
- accès au diagnostic : où ça bloque ?
- annexes : élaborer sur les possibilités de réduction des coûts
- départs vers industrie et autres provinces

- Points essentiels :
- maintien à domicile
 - nature «complémentaire» du médicament
 - cliniques du gouvernement : leur impact sur le maintien à domicile

Erreur ! Argument de commutateur inconnu.