

M É M O I R E
DE
L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

à propos du

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS
DESTINÉS AUX
MALADES SUR PIED

présenté au

COMITÉ DE RÉVISION DE LA CIRCULAIRE
MALADES SUR PIED

9 février 1994

1.0 INTRODUCTION

La politique ministérielle définie dans la circulaire n° 1981-154, mieux connue sous le nom de circulaire « Malades sur pied », suscite un questionnement profond dans les milieux québécois de la santé depuis 1981. Cette politique a maintes fois été critiquée sur la base des constats suivants :

- a) elle crée un grave problème d'équité, seules certaines maladies étant couvertes. Ceci crée une frustration profonde et légitime chez d'autres malades souffrant de pathologies parfois aussi graves, mais non visées par la circulaire; comme cette distinction repose sur des facteurs historiques, plutôt que sur des critères rationnels, l'État n'est pas en mesure d'expliquer pourquoi il assiste certains malades et non certains autres;
- b) en intégrant l'application de la circulaire au seul réseau des établissements de santé, la politique ministérielle crée un obstacle au maintien des malades visés dans leur communauté;
- c) le fait que seules certaines pathologies soient visées par le programme rend incomplets les dossiers pharmaceutiques hospitaliers et communautaires du patient, ce qui nuit à la prestation d'un service pharmaceutique de qualité;
- d) les ressources nécessaires à la prestation d'un service pharmaceutique de qualité n'ont, dans la plupart des cas, pas été consenties aux départements de pharmacie des hôpitaux touchés;
- e) les pharmacies hospitalières ne sont habituellement pas aménagées pour permettre le service direct aux patients;
- f) ce programme ne cadre pas dans le contexte d'ensemble du programme québécois de fourniture de médicaments et services pharmaceutiques, lequel est basé sur deux critères, soit l'âge ou le statut de prestataire de la sécurité du revenu. La circulaire « Malades sur pied » a eu pour effet d'introduire un troisième critère, soit la pathologie, sans lui donner le caractère d'universalité conféré aux deux premiers.

Il en a résulté que la circulaire n'a jamais pu être pleinement intégrée au programme d'État et qu'elle a revêtu et continue de revêtir toutes les apparences de l'arbitraire.

2.0 PRINCIPES DE BASE

Fidèle à son mandat de protection du public en matière de services pharmaceutiques, l'Ordre des pharmaciens du Québec désire aborder la question de la révision de la circulaire « Malades sur pied » en se basant sur les prémisses suivantes :

- 2.1) La pharmacothérapie et les services pharmaceutiques qui y sont associés sont très fréquemment des services essentiels et « médicalement requis », et doivent être considérés comme tels. Le fait que la Loi canadienne sur la santé n'y réfère pas spécifiquement ne devrait pas inciter le gouvernement à identifier les médicaments comme une cible privilégiée de coupures budgétaires, sous peine de perturber significativement la qualité des soins.
- 2.2) La fourniture de médicament doit nécessairement s'accompagner de la prestation d'un service pharmaceutique, destiné à en assurer l'usage rationnel et sécuritaire.
- 2.3) L'ACCESSIBILITÉ aux médicaments et services pharmaceutiques médicalement requis doit être considérée comme prioritaire et, à cet égard, primer sur tout autre paramètre, à l'exception de la qualité.
- 2.4) La QUALITÉ des services pharmaceutiques doit elle aussi être considérée comme prioritaire, sans égard à l'endroit où ces services sont rendus ou à la clientèle visée. La CONTINUITÉ de ces services doit, elle aussi, être considérée comme telle, et les obstacles à cette continuité doivent être levés.
- 2.5) Il est impossible dans le contexte économique actuel d'appliquer de façon équitable et universelle un programme de fourniture de médicaments et de services pharmaceutiques, basé sur la présence de critères pathologiques. Par contre, il est possible de concilier ÉQUITÉ et CAPACITÉ DE PAYER.
- 2.6) Tout programme public comportant la fourniture de médicaments et de services pharmaceutiques devrait être assorti à des mesures visant à maximiser la rationalité de l'usage de ceux-ci. Nous pensons plus spécifiquement à la revue de l'utilisation des médicaments (RUM), effectuée par des comités de pairs, et dont les effets bénéfiques sur le bon usage des médicaments sont bien documentés.
- 2.7) Les mesures visant à remplacer la circulaire « Malades sur pied » devront présenter le maximum de cohérence et de compatibilité avec les autres programmes publics de médicaments et services pharmaceutiques. Bien que l'application de ce principe risque de nous mener au-delà du strict mandat de ce comité, cette réflexion devra être faite, si l'on désire préserver la cohérence du programme public.
- 2.8) La fourniture de médicaments et la prestation de services pharmaceutiques aux malades sur pied devraient, dans la mesure du possible, être effectuées en milieu communautaire, plutôt qu'hospitalier, afin de réduire la pression qui en résulte sur le réseau, de favoriser le maintien des malades dans leur milieu et de prévenir le morcellement des services pharmaceutiques.

3.0 **PISTES DE SOLUTIONS GÉNÉRALES**

Ayant disposé de peu de temps lors de la préparation de ces commentaires, il nous est malheureusement impossible d'approfondir notre réflexion autant que nous l'aurions souhaité. Cet exercice déborderait d'ailleurs inévitablement du cadre de la seule circulaire « Malades sur pied ». En effet, il est difficile de proposer des solutions basées sur les principes d'équité et de respect de la capacité de payer en les restreignant au seul cadre d'un programme secondaire, malgré son importance, et sans tenter de les appliquer également aux deux grands programmes d'assurance-médicaments (prestataires de la Sécurité du revenu et personnes âgées).

Afin d'éviter que l'on ne s'attaque qu'à des problèmes particuliers, à la pièce, comme c'est le cas depuis quelques années lorsqu'il est question de l'assurance-médicaments au Québec, nous croyons que le temps est venu d'amorcer une réflexion menant à une éventuelle réforme de l'ensemble de ces programmes, afin d'offrir des solutions aux problèmes qui y sont associés, notamment les coûts et les iniquités. Sans une telle démarche, il n'y a pas à notre avis de solution à long terme à la problématique évoquée plus haut ou à des problèmes particuliers et répétitifs comme les décisions d'inscrire ou non certains médicaments très coûteux à la Liste des médicaments du Québec.

Si l'État québécois devait se résoudre à entreprendre un tel exercice, il faudrait, selon nous, que la confection d'un nouveau programme d'assurance-médicaments passe par la réponse aux questions suivantes :

1° L'universalité du programme chez les personnes âgées est-elle encore possible?

L'une des critiques les plus incisives adressées à l'endroit du programme actuel est qu'il assure, au bénéfice de personnes âgées à revenu élevé, certains médicaments dont l'utilité médicale est parfois secondaire (comme par exemple les anxiolytiques), alors que des personnes à faible revenu, mais qui ne sont pas prestataires de la Sécurité du revenu, doivent déboursier pour des services essentiels coûteux comme les médicaments antidiabétiques ou cardiovasculaires, pour ne nommer que ceux-là.

2° Comment assurer de façon équitable une « couverture catastrophique » au bénéfice des citoyens devant prendre des médicaments au coût prohibitif, sans pour autant exacerber les problèmes liés au coût de l'assurance-médicaments?

3° Comment articuler cette « couverture catastrophique » avec les efforts des assureurs privés et des employeurs qui seront, de plus en plus, mis à contribution?

4° Comment maximiser l'utilisation optimale des services du pharmacien à des fins de contrôle des coûts et de rationalisation de la pharmacothérapie, sans toutefois que

ces efforts ne génèrent de conflits inutiles avec la profession médicale ou de confusion chez le patient?

- 5° Comment lever les barrières à la circulation entre professionnels de l'information relative aux médicaments consommés, tout en assurant la confidentialité de celle-ci?
- 6° Est-il sain de morceler l'assurance-médicaments en plusieurs programmes, basés sur des critères différents (état pathologique, âge, revenu), et administrés selon des modalités différentes (comme le ticket modérateur)? La cohérence et l'équité ne seraient-elles pas mieux servies dans le cadre d'un programme unique, basé sur les mêmes critères et opéré selon des modalités similaires?

5.0 **RECOMMANDATIONS**

Il va sans dire que nous ne possédons pas encore toutes les réponses à ces importantes questions. Elles devront toutefois être posées, à court ou à moyen terme.

Dans une perspective plus immédiate, visant à répondre avec plus de précision aux questions soulevées par votre comité dans le cadre de la révision de la circulaire « Malades sur pied », l'Ordre des pharmaciens désire formuler quelques recommandations précises et respectueuses du contexte actuel. Ces recommandations ne solutionneront pas à elles seules tous les problèmes identifiés précédemment. En attendant une réforme plus globale des programmes d'assurance-médicaments, tel que nous le recommandions précédemment, ces recommandations pourraient toutefois constituer une alternative valable aux programmes et aux pratiques actuelles.

5.1- **Transferts de programmes aux pharmacies communautaires**

Plusieurs programmes visés par la circulaire « Malades sur pied » pourraient dès maintenant être transférés vers les pharmacies communautaires, ce qui solutionnerait les problèmes d'engorgement notés au niveau des pharmacies d'hôpital et les problèmes de ressources insuffisantes, le caractère incomplet des dossiers-patients en pharmacie et les obstacles créés au maintien des patients dans leur milieu de vie. Ce transfert pourrait, selon nous, être appliqué aux patients suivants :

- patients souffrant de fibrose kystique (à l'exception de l'antibiothérapie intraveineuse);
- cancéreux traités par chimiothérapie orale;
- malades psychiatriques, à l'exception des cas lourds, qui continueraient d'être traités en milieu hospitalier;

- greffés recevant de la cyclosporine;
- hémodialysés;
- sidéens, en tenant compte des réserves exprimées plus bas;
- tuberculeux;
- patients atteints d'hyperlipoprotéinémies primaires;
- patients souffrant de diabète insipide;
- patients devant prendre des médicaments dont le coût est prohibitif.

D'ici à ce qu'une réforme plus globale du programme d'assurance-médicaments soit envisagée, l'État devrait continuer de rembourser les médicaments destinés à ces patients, via l'émission d'une carte de médicaments. Les budgets relatifs à l'administration de ces programmes devraient être transférés à la RAMQ, de qui ils relèveraient désormais.

Nous ne recommandons pas la désassurance de ces médicaments en raison soit de leurs coûts particuliers, soit des graves difficultés socio-économiques qu'éprouvent souvent les patients touchés, ou des risques particuliers de propagation associés à certaines de ces maladies si elles ne sont pas traitées. La seule exception se situerait possiblement au niveau des médicaments servant à traiter l'hyperlipoprotéinémie primaire ou le diabète insipide, à cause de l'absence de facteurs justifiant la couverture de ces pathologies de préférence à d'autres conditions similaires.

Les patients recevant des antinéoplasiques, des antiémétiques, des antiviraux ou des antibiotiques intraveineux devraient par ailleurs continuer d'être traités à partir des centres hospitaliers, à moins que des officines privées ne soient dotées des équipements et des expertises pharmaceutiques spécialisées requises pour la préparation, le contrôle et l'assurance de la qualité de ces médicaments. En de tels cas, les patients bénéficiaires pourraient être dirigés vers de telles officines. Le remboursement pourrait se faire à partir de contrats de services avec les hôpitaux où ces patients seront inscrits. De telles pharmacies ont commencé à voir le jour à l'extérieur du Québec, et des normes professionnelles ont été élaborées afin d'encadrer la préparation des produits stériles en pharmacie communautaire. Ces normes sont semblables à celles qui prévalent en milieu hospitalier. Au Québec, les pharmacies dotées de tels équipements et de telles expertises sont encore très rares, mais cette situation pourrait rapidement évoluer.

Dans le cas des patients sidéens ou tuberculeux, nous suggérons au gouvernement d'adopter pour ces patients un programme aux modalités analogues à celles du programme de médicaments et services pharmaceutiques destinés aux porteurs de MTS. Dans le cas des sidéens toutefois, ce transfert devra être envisagé avec prudence, puisque la distribution des antiviraux est actuellement centralisée au Centre d'essais cliniques VIH de l'Hôtel-Dieu de Montréal. La distribution en officine de ces médicaments pourrait causer des impacts négatifs au niveau du

fonctionnement et des activités de recherche de ce Centre, qu'il faudrait au préalable consulter.

5.2- **Mesures liées à la gestion de l'utilisation des médicaments**

Une littérature professionnelle abondante existe maintenant à propos des retombées positives des mesures de gestion de l'utilisation des médicaments ("Drug Use Management" ou D.U.M.), surtout en provenance des États-Unis, où ces mesures sont utilisées par des tiers-payeurs privés afin de minimiser les coûts de pharmacothérapie sans affecter la qualité des soins. Les principales mesures ainsi développées sont la revue de l'utilisation des médicaments (R.U.M.), la substitution thérapeutique, la substitution générique et l'utilisation de formulaires restreints. Les deux dernières sont déjà employées d'abondance au Québec. Quant à la substitution thérapeutique, elle ne peut être envisagée à l'heure actuelle à l'extérieur des hôpitaux, pour des raisons légales, mais elle devra tôt ou tard, à notre avis, être expérimentée dans un contexte contrôlé en milieu communautaire. Quant à elle, la revue de l'utilisation des médicaments est largement utilisée en notre milieu, dans le secteur hospitalier, et cette pratique pourrait avec avantage être implantée en milieu communautaire. D'ailleurs, suite au colloque organisé le 27 mai dernier par le MSSS sur l'usage des médicaments chez la personne âgée, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, appuyés en cela par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, ont proposé la mise sur pied de tels programmes en milieu communautaire, sous l'égide des deux corporations, et avec le soutien du ministère.

Advenant le transfert aux officines privées des programmes évoqués plus haut, nous recommandons que des mesures de gestion de l'utilisation des médicaments, et plus particulièrement des programmes de R.U.M., y soient assortis, sous le contrôle des pairs et avec la supervision des corporations.

5.3- **Échanges d'information entre professionnels**

Le contexte de la circulaire « Malades sur pied » a mis à jour des failles importantes dans la communication entre médecins et pharmaciens d'une part, ou entre pharmaciens d'officine ou d'hôpital. Des initiatives comme la constitution de réseaux informatiques de pharmacies, que l'on observe en Ontario, en Colombie Britannique et au Manitoba à l'heure actuelle, ou comme la carte-santé à microprocesseur, en projet expérimental à Rimouski, visent à pallier ces problèmes.

Dans ce dernier cas, l'échange sera significatif, puisque les dossiers médicamenteux complets seront disponibles aux médecins, et que certains diagnostics seront accessibles aux pharmaciens, lorsque le patient l'autorisera. Les retombées de telles initiatives ne se feront pas sentir sur le terrain avant quelques années. Dans

l'intérim, il faudrait tout de même tenter de favoriser cet échange, en privilégiant, dans le cadre du transfert vers les officines de certains éléments de la circulaire « Malades sur pied », des mesures comme l'opinion pharmaceutique ou les transferts de dossiers entre officines et hôpitaux.

5.4- **Évaluations pharmacoépidémiologiques**

Les transferts suggérés et l'administration subséquente de ces programmes communautaires ou hospitaliers, selon le cas, devraient s'appuyer sur des évaluations pharmacoépidémiologiques, auxquelles le Fonds de recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) devrait participer. En effet, ce Fonds ne collabore pas suffisamment à l'avancement des connaissances en pharmacoeconomie, et particulièrement en pharmacoépidémiologie. Pourtant, le gouvernement serait lui-même le premier bénéficiaire d'un tel investissement et d'excellentes opportunités lui sont offertes par les chercheurs et le milieu pharmaceutique québécois.

5.5- **Démarches auprès des assureurs privés et des employeurs**

Il est urgent que l'État entreprenne des échanges sérieux avec les assureurs privés et le patronat afin de mieux définir et mieux coordonner la complémentarité des programmes publics et privés d'assurance-médicaments. Plus particulièrement, les questions de l'assurabilité des malades, de la gestion du risque (par opposition au paiement automatique de bénéfices), et de la « couverture catastrophique » devraient apparaître au sommet de l'agenda.

6.0- **CONCLUSION**

Ces quelques commentaires, émis sur la base d'une réflexion moins approfondie que nous ne l'aurions souhaitée, faute de temps, seront, nous l'espérons, utiles. Dans l'attente d'une réforme plus globale des programmes d'assurance-médicaments, ils permettront au moins à celle de la circulaire « Malades sur pied » de s'effectuer dans le respect intégral des principes de QUALITÉ et de CAPACITÉ DE PAYER, et de tendre vers une plus grande ÉQUITÉ. Plusieurs des démarches proposées pourraient par ailleurs être rapidement mises en opérations, ou sont déjà en voie de l'être. Fidèle à son mandat et à sa tradition, l'Ordre des pharmaciens du Québec désire assurer le gouvernement du Québec de sa collaboration la plus entière à cette entreprise.