

**MÉMOIRE**

**DE**

**L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC**

**présenté à**

**LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**

**A PROPOS DU**

**PROJET DE LOI 33**

**LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ET**  
**MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES**

**3 JUIN 1996**

# **LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ET MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES**

**Juin 1996**

## **TABLE DES MATIÈRES**

- 1.0 INTRODUCTION**
- 2.0 COMMENTAIRES SUR L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE DU PROJET DE LOI**
- 3.0 LA CONTRIBUTION REQUISE DU CITOYEN**
- 4.0 LA NOTION DE SERVICE REQUIS AU POINT DE VUE PHARMACEUTIQUE**
- 5.0- LA LISTE DES MÉDICAMENTS**
  - Les fournitures et les instruments médicaux**
  - Le cas des médicaments de coût exceptionnellement élevé**
  - La règle de quinze ans**
- 6.0 VENTE DE MÉDICAMENTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS**
  - 1<sup>o</sup> On doit éviter le retour de la Circulaire Malades sur pied**
  - 2<sup>o</sup> On doit éviter que les mandats confiés aux établissements n'endommagent la viabilité du réseau des pharmacies privées**
  - 3<sup>o</sup> On doit éviter de faire obstacle au virage ambulatoire**
  - 4<sup>o</sup> On doit éviter de nuire au niveau d'effectifs et à la qualité des soins et services pharmaceutiques hospitaliers**
- 7.0 LA REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS**
- 8.0 SYSTÈME D'INFORMATION, FICHER CENTRAL ET CONFIDENTIALITÉ**
  - L'aviseur thérapeutique**
- 9.0 LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT**
- 10.0 CONCLUSION**

## 1.0 INTRODUCTION

L'Ordre des pharmaciens du Québec désire exprimer ses remerciements à l'endroit de la Commission des affaires sociales, pour l'occasion qui lui est offerte de présenter ses points de vue et d'échanger avec la Commission sur l'important projet de loi dont elle est saisie.

Notre ordre a suivi ce dossier de très près depuis l'annonce, en 1993, de l'intention du gouvernement du Québec d'abolir le programme «Circulaire - Malades sur pied». Durant la consultation qui avait suivi, le mémoire que nous avons présenté le 9 février 1994 au comité présidé par le docteur Jocelyn Demers débordait d'ailleurs largement du simple cadre de ce programme, et recommandait, dès lors

«...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, ...» {...} «... et 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...»

La démarche qu'a entreprise le gouvernement à la suite des recommandations du Comité Demers respecte l'orientation que nous souhaitions dès cette époque. La réforme de l'ensemble des programmes d'assurance-médicaments est un parcours inéluctable, même si, à cause de la situation économique particulièrement difficile que traverse le Québec, la marge de manoeuvre de l'État quant à la recherche de solutions s'avère étroite.

L'actuel débat offre, selon nous, l'avantage de ramener l'assurance-médicaments à l'avant-scène du milieu québécois de la santé, et l'opportunité de lui donner la place qui devrait être la sienne dans le monde de l'assurance-santé, mais qu'un ensemble de circonstances historiques l'ont empêché d'occuper. En effet, le médicament et les soins et services pharmaceutiques sont des pierres angulaires de notre système de santé. Aucune thérapeutique n'est aussi fréquemment utilisée par les professionnels de la santé, ni à une aussi grande variété de fins. Qui plus est, lorsque utilisé judicieusement et adéquatement, le médicament demeure, malgré l'évolution rapide de ses coûts au cours des dernières années, plus économique que ses alternatives et mieux adapté au contexte des soins ambulatoires. Plus que jamais, le médicament, de même que les soins et services pharmaceutiques requis par son bon usage, s'avèrent essentiels à notre système de santé.

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

Pourtant, plus d'un million de Québécoises et de Québécois (soit, près de 15 % de la population) ne disposent pas d'une assurance-médicament. Certes, plusieurs parmi ces citoyens sont assurables et disposeraient, si tel était leur désir, des moyens financiers leur permettant l'accès à une assurance-médicament. C'est notamment le cas de plusieurs professionnels ou travailleurs autonomes. Il n'en demeure pas moins que le nombre de Québécois privés d'une telle assurance et, potentiellement, de l'accès à des traitements médicalement requis, est élevé. Il s'agit là d'un réel problème de santé en notre milieu.

Le débat sur l'assurance-médicament touche également d'autres citoyens démunis, prestataires de l'aide sociale ou personnes âgées n'ayant pas les moyens de subvenir à leurs besoins, et qui dépendent de programmes publics que menace la crise budgétaire actuelle. Notre réflexion doit tenir compte de leurs besoins et de leur situation.

En parallèle à cette réforme, un examen attentif des programmes d'assurance-médicaments administrés par l'État avait déjà été entrepris. Il en a résulté au cours des dernières années 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;
- l'implantation du prix réel d'acquisition et du prix de vente garanti;
- l'implantation partielle de la règle du prix le plus bas.

Cependant, la plus importante des démarches gouvernementales a évidemment 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 au groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, dans la foulée des recommandations qui concluaient le rapport Demers. Sa conséquence directe a été le dépôt du projet de loi 33.

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

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

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 5 400 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. Elle contribue également à une saine gestion de la distribution des médicaments, ainsi que des informations essentielles à leur bonne utilisation et à la prévention des effets indésirables. Via cette approche, 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*.

## **2.0 COMMENTAIRES SUR L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE DU PROJET DE LOI**

L'Ordre des pharmaciens du Québec a déjà eu l'occasion de faire part de son appui à l'établissement d'un programme universel d'assurance-médicaments au groupe d'experts présidé par M. Claude Castonguay, et, subséquemment, à la Commission des affaires sociales, lors des audiences qu'elle a tenu sur la question du coût et de l'utilisation des médicaments. A ces deux occasions, nous avons pu faire connaître nos recommandations quant aux orientations qui devraient être imprimés à la réforme de l'assurance-médicaments.

Nous ne reviendrons pas ici sur ces recommandations générales. Pour l'essentiel, le présent

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

mémoire se concentrera plutôt sur certains aspects du projet de loi 33 qui suscitent chez nous un questionnement ou des objections, ou encore qui nécessitent d'être précisés. Ces commentaires ciblés ne doivent toutefois pas nous faire perdre de vue l'économie d'ensemble du projet de loi, à laquelle nous consacrons ici quelques remarques générales.

Sous réserves des commentaires ou des objections spécifiques qui seront exprimés plus loin, l'Ordre des pharmaciens du Québec est en accord avec plusieurs des orientations générales du projet de loi. Celui-ci respecte la majeure partie des recommandations que nous avons émises au groupe d'experts présidé par M. Castonguay en novembre dernier. Le régime de base qu'il établit est universel et garanti à toute personne détentrice d'une carte d'assurance-maladie le paiement des médicaments et des services requis au point de vue pharmaceutique qui lui sont fournis. L'assurabilité du citoyen au sein du régime de base est garantie, une personne admissible ne pouvant être exclue de la couverture offerte en raison de son âge, de son sexe ou de son état de santé. En principe, et toujours sous réserve des commentaires qui suivront, le régime ainsi conçu devrait respecter le principe de continuité des services, offrir une protection adéquate contre les coûts élevés de médication, notamment ceux encourus dans le cadre du virage ambulatoire, et solutionner les problèmes auxquels nous confrontait le programme «Circulaire - Malades sur pied». Le régime est contributif et sera basé, en principe toujours, sur la capacité de payer des citoyens. Il reposera sur un partenariat entre l'Etat (la Régie de l'assurance-maladie du Québec) et le secteur privé de l'assurance. Les risques élevés dûs à des traitement coûteux seront mutualisés, ce qui permet de garantir l'assurabilité de chaque citoyen et enfin, un programme de revue de l'utilisation des médicaments est prévu. Chacun de ces éléments constituait une recommandation de notre Ordre qui semble, a première vue, avoir été respectée.

Notre accord avec ces mesures générales doit être souligné. Cependant, certains aspects du projet de loi, ou certaines de ses retombées prévisibles, doivent cependant faire l'objet d'une attention plus particulière de notre part.

### 3.0 LA CONTRIBUTION REQUISE DU CITOYEN

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

La contribution requise des citoyens est évidemment l'un des aspects du projet de loi qui a reçu le plus d'attention de la part des médias ou des divers groupes d'intérêt touchés par ces mesures. L'Ordre des pharmaciens du Québec avait déjà exprimé son appui à l'instauration de mesures contributives respectant la capacité de payer des citoyens, comme la prime, la franchise et la coassurance assujettie à un plafond annuel. Les niveaux de contribution annoncés le 17 mai dernier par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon, nous paraissent raisonnable et équitables, malgré la rigueur indéniable que ces mesures entraînent, en particulier chez les personnes âgées non-admissibles au supplément de revenu garanti, chez les assistés sociaux aptes au travail et chez les autres petits salariés. Ces mesures sont malheureusement nécessaires afin d'éviter que ne s'exacerbent les problèmes de coûts auxquels le gouvernement est déjà confronté. Elles constitueront en fait le prix à payer pour un régime d'assurance-médicaments globalement plus efficient et plus équitable que ne le sont les programmes actuels. D'ailleurs, même en l'absence d'une réforme visant à universaliser la couverture de base offerte aux Québécois en matière d'assurance-médicaments, de telles mesures auraient probablement été inévitables.

Le gouvernement devra toutefois faire preuve de prudence et de circonspection face aux possibles effets pervers de ces mesures. Leur implantation devra faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation circonspecte afin de détecter tout impact négatif sur la consommation de médicaments essentiels. En effet, on ne peut écarter la possibilité que la contribution exigée des bénéficiaires, en particulier des personnes âgées, ne génère ou n'exacerbe des comportements d'infidélité thérapeutique et n'incite les patients à délaisser des traitements médicalement requis, à des fins d'économie. Une étude d'impact de ce type avait été réalisée suite à l'implantation, en 1992, du ticket modérateur de 2 \$ chez les personnes de plus de 65 ans. Cette étude a démontré l'absence d'effets pervers (tout comme l'absence d'effets bénéfiques, autres qu'économiques) de cette mesure, mais ce résultat ne peut être extrapolé, la contribution des citoyens devenant maintenant beaucoup plus importante.

Une campagne d'information et de sensibilisation de la population à une consommation saine et rationnelle de médicaments devra donc accompagner l'entrée en vigueur du nouveau régime. Elle devra porter tout aussi bien sur les risques que comporte la surconsommation que la sous-consommation de médicaments, et être orchestrée avec les intervenants du milieu.

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

Cette campagne devra aussi prévoir des mesures d'information générale auprès de la population à propos des modalités de fonctionnement du régime, beaucoup de confusion régnant à l'heure actuelle au sein du public à ce propos.

Un autre effet pervers possible des mesures contributives pourrait être observé chez les patients confrontés à des ordonnances de médicaments très coûteux. Bien que leur contribution soit limitée à 25% du montant de l'ordonnance et à 750 \$ annuellement, ces patients peuvent être appelés à déboursier ce dernier montant sur une courte période de temps et faire face à des problèmes de liquidités, si leurs revenus sont faibles. Dans un tel contexte, même la contribution exigée, que nous qualifions plus haut de raisonnable et d'équitable, peut devenir un problème majeur. Celui-ci pourrait être amoindri par l'application trimestrielle du plafond, ce qui aurait pour effet d'étaler dans le temps, et par conséquent de rendre plus acceptable, la contribution du citoyen. Une autre alternative serait l'application du plafond à chaque ordonnance. L'administration de cette dernière mesure serait toutefois plus complexe, et elle dévierait des orientations recommandées par le groupe Castonguay.

Par ailleurs, la couverture totale des coûts de médication destinés aux enfants de moins de 18 ans, ou aux étudiants de moins de 25 ans, est sans aucun doute louable, mais peut elle aussi entraîner des effets pervers, comme le transfert de coûts originant de la clientèle adulte, laquelle sera, contrairement aux enfants, assujettie à la franchise et à la coassurance. En effet, à compter de l'adolescence, la nature et la posologie des médicaments prescrits sont souvent les mêmes que chez l'adulte. Il sera donc tentant pour certains parents de se soustraire à l'application de la franchise et de la coassurance en imputant le traitement à leur enfant. De plus, l'une des caractéristiques de l'usage des médicaments chez les enfants est la plus forte proportion d'automédication (usage de médicaments non prescrits) que l'on observe au sein de cette population, en comparaison avec les adultes ou les aînés. La gratuité totale de médication pour les enfants pourrait s'accompagner d'un glissement vers un plus grand recours aux médicaments d'ordonnance, et par conséquent, vers une plus grande médicalisation de cette population afin de profiter de la gratuité. Nous désirons attirer l'attention de la Commission sur cette situation, qui peut influencer sur les coûts du régime.

Dans un autre ordre d'idée, le projet de loi est silencieux quant à l'application des mesures

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

contributoires (franchise, coassurance) au programme de distribution gratuite des médicaments et services pharmaceutiques destinés au traitement des MTS. Il s'agit ici d'une situation différente de celle des autres traitements médicamenteux, la gratuité totale ayant ici des impacts directs en termes de santé publique. Nous croyons que ces médicaments et services devraient être totalement exonérés de l'application de la franchise et de la coassurance.

Il en va de même pour les actes pharmaceutiques non reliés à la dispensation de médicaments (opinion pharmaceutique, refus d'exécution de l'ordonnance). Ceux-ci ne peuvent être assujettis à l'application d'une franchise ou d'une coassurance, qui créeraient des problèmes insolubles au niveau de la relation patient-pharmacien et auraient un impact négatif sur la prestation de ces services.

#### **4.0 LA NOTION DE «SERVICE REQUIS AU POINT DE VUE PHARMACEUTIQUE»**

Les garanties offertes couvriront à la fois produits et services requis au point de vue pharmaceutique. Comme ces notions capitales ne sont pas explicitement définies dans le projet de loi, il importe ici de les commenter plus en détail.

La notion de «service requis au point de vue pharmaceutique» sera un élément central du succès ou de l'échec éventuel du nouveau régime d'assurance-médicaments. L'impact de la définition qui sera faite de cette notion sera ressenti aussi bien au niveau de la qualité des soins dispensés aux malades, et des résultats de santé qui en découleront, que des coûts du programme.

En effet, la fourniture des soins et services pharmaceutique de qualité est une condition essentielle aussi bien de l'une que de l'autre. L'une des erreurs les plus coûteuses des gestionnaires du régime serait selon nous de négliger le potentiel extrêmement positif que recèlent des soins pharmaceutiques de qualité et de réduire la contribution du pharmacien à la simple distribution de médicaments. L'Ordre des pharmaciens du Québec croit au contraire, que c'est un service pharmaceutique de qualité qui est le plus à même de juguler la hausse des coûts des programmes d'assurance-médicaments, et de prévenir les autres coûts de santé reliés

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

soit à la surutilisation, soit à la sous-utilisation des médicaments. Ce service est également essentiel à l'atteinte des objectifs de santé du programme.

La notion de service «pharmaceutiquement requis» n'est pas nouvelle puisqu'elle apparaît actuellement à l'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie. Toutefois, en dépit de cette reconnaissance, ainsi que de l'originalité et de l'esprit avant-gardiste des ententes conclues dans le passé entre le gouvernement et les pharmaciens propriétaires, qui ont mené au développement d'actes professionnels comme l'opinion pharmaceutique, le refus motivé d'exécution d'une ordonnance ou la pharmacothérapie initiale, nous croyons que la notion de «pharmaceutiquement requis» n'a pas été suffisamment exploitée, et que cette lacune explique en partie les problèmes d'utilisation non appropriée des médicaments et de coûts mal contrôlés auxquels le Québec est confronté.

La notion de service «requis du point de vue pharmaceutique» est à la base de la définition de la garantie. Dans un système de remboursement à l'acte, cette définition oriente et influence directement la reddition de services par les pharmaciens. À l'heure actuelle, exception faite de l'opinion, du refus et de la pharmacothérapie initiale, la gamme des services remboursés au pharmacien est réduite à sa plus simple expression et limitée à l'exécution initiale et au renouvellement des ordonnances. Sous un même acte professionnel, assorti d'un tarif d'honoraire unique, on regroupe ainsi des situations thérapeutiques extrêmement variées dont certaines commandent des interventions critiques pour la santé du patient, et d'autres, une simple supervision professionnelle. Il en résulte un nivellement par la base des responsabilités des pharmaciens qui a mal servi non seulement notre profession, mais aussi le système québécois de santé en général, et qui a empêché le pharmacien de donner plein rendement en matière d'optimisation de l'usage des médicaments et de contrôle des coûts. Ce n'est pas en rétribuant sur la base d'un taux uniforme ou presque, tous les services liés à la dispensation des ordonnances de médicament que l'on permettra aux pharmaciens de distinguer les interventions prioritaires auprès du patient, celles qui auront le plus d'impact en termes de santé ou en termes de contrôle des coûts, de celles qui en ont moins. L'établissement du nouveau régime nous offre l'occasion de corriger cette importante lacune, en procédant à une définition plus élaborée et plus différenciée de la notion de service requis du point de vue pharmaceutique.

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

Comme par ailleurs cette notion revêt un caractère quasi normatif, et exerce un impact immédiat sur la qualité des services rendus au public par les pharmaciens, il ne nous apparaît pas acceptable que le «pharmaceutiquement requis» soit déterminé par règlement du gouvernement, après consultation de la seule Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il nous apparaît essentiel que l'Ordre des pharmaciens du Québec soit en outre consulté et participe activement à cette définition. Nous nous questionnons en outre sur l'opportunité de procéder ici par voie de règlement, compte tenu de l'existence d'une table de négociation qui sera désormais élargie aux assureurs privés. Un recours à la réglementation n'est donc pas nécessaire, et peut s'avérer plus nuisible qu'utile.

Comme nous l'avons établi précédemment, il faudra différencier suffisamment les services pharmaceutiques pour que la tarification qui leur sera accordée soit corrélée avec le niveau de responsabilité qu'ils entraînent; avec leur caractère prioritaire et avec l'impact de l'intervention pharmaceutique sur la santé du malade et sur les coûts globaux de son traitement pour le système de santé. En d'autres termes, les dollars investis par l'Etat et les assureurs devraient être alloués de façon prioritaire aux interventions pharmaceutiques qui ont le plus d'impact positif sur l'état de santé, et par conséquent, sur les coûts d'assurance-santé en général, incluant l'assurance-médicaments, l'assurance hospitalisation, les honoraires des professionnels autres que le pharmacien, les tests de laboratoire, etc... Selon la même logique, les actes assortis d'une moindre responsabilité et d'un moindre impact sanitaire et économique seraient rétribués à un taux moindre. De tels taux d'honoraires «modulés» permettraient de cibler des situations pharmacothérapeutiques posant problème à la fois sur le plan de l'atteinte des objectifs de santé, et sur le plan de leurs coûts de santé globaux. En les liant intimement au mode de rémunération des pharmaciens, le gouvernement et les assureurs transmettraient à ces derniers un message économique clair quant à leurs attentes. Une telle approche avantagerait également les pharmaciens dont les interventions cliniques sont les plus bénéfiques pour le système de santé, par rapport à ceux qui se cantonnent dans un rôle de distributeurs passifs. La concurrence entre pharmaciens s'établirait ainsi sur une base saine et utile à l'ensemble du système, et non seulement sur la base d'économies de plus faibles amplitudes, et à court terme.

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

**De tels honoraires de dispensation modulés compléteraient avantageusement à l'intérieur du régime de base les autres soins et services pharmaceutiques cognitifs comme l'opinion pharmaceutique, le refus d'exécuter une ordonnance et la pharmacothérapie initiale. Ceux-ci doivent non seulement continuer de faire partie de la liste des services «pharmaceutiquement requis», mais être, eux aussi, élargis à une plus vaste gamme de situations cliniques critiques, afin d'en maximiser les retombées sanitaires et économiques favorables. Tous ces services doivent être spécifiquement inclus dans l'entente, être reconnus par les assureurs privés aussi bien que par le gouvernement, et être exonérés de l'application de la franchise et de la coassurance.**

**Une telle approche n'est pas utopique. Elle est peut-être audacieuse, mais le Québec compte suffisamment de talent et d'expertise, tant au sein du gouvernement que dans les milieux de l'assurance ou de la pharmacie pour qu'une telle tâche puisse être menée à bien. La confection initiale de la nouvelle liste des actes «pharmaceutiquement requis» devrait, compte tenu du caractère exceptionnel et novateur de cette démarche, être initialement confiée à un groupe de travail élargi, comprenant notamment des représentants de l'Ordre des pharmaciens, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, de la Régie d'assurance-maladie du Québec, du Ministère de la Santé et des Services sociaux et des assureurs privés, avant d'être transmise aux tables de négociations à des fins de tarification. Au besoin, l'on pourra s'inspirer de certaines expériences étrangères (comme par exemple, celle de l'État du Wisconsin).**

**La définition du «pharmaceutiquement requis» devra en plus prendre en considération la fréquence à laquelle les services sont rendus. Ce sujet a entraîné des débats à plusieurs reprises dans le passé, plusieurs tiers-payeurs, au Canada comme aux États-Unis, tentant de réduire leurs coûts de médicaments par l'extension à 60, 90 ou même 180 jours des durées de traitements pharmaceutiques dispensés. L'Ordre des pharmaciens s'est toujours inscrit en faux contre cette tendance, qui encourage la surpossession et le gaspillage des médicaments beaucoup plus que leur utilisation optimale et économique.**

**En effet, lorsque des médicaments dispensés en vrac sont cessés en cours de traitement pour des raisons médicales et remplacés, des pertes importantes sont encourues par le tiers-payeur.**

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

Il n'est pas rare, en 1996, 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 de médicaments n'est que de 7 \$ selon le barème actuel de remboursement. 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'efficacité 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. Si cette forme de dispensation devait être encouragée, ses impacts négatifs se feraient sentir dans l'ensemble du système de santé.

La question de la fréquence des services prendra en outre plus d'importance dans un contexte d'honoraires modulés. Il est évident que les actes à tarif plus élevé devront faire l'objet de plus d'attention sur le plan de leur fréquence, afin d'éviter qu'ils ne soient surutilisés. Ce contrôle devra toutefois se faire sans nuire à la qualité des soins pharmaceutiques dispensés. Une réflexion rigoureuse et l'avis d'experts seront donc nécessaires.

Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, ce n'est qu'en favorisant des soins pharmaceutiques complets et de qualité que le régime d'assurance-médicaments n'atteindra son 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.

#### 5.0- LA LISTE DES MÉDICAMENTS

Un autre élément fondamental de la garantie est la liste des produits qui seront couverts. Le projet de loi confirme la Liste des médicaments du Québec dans son rôle de formulaire de base du régime général, et le Conseil consultatif de pharmacologie dans son rôle actuel, mais élargi

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

à l'ensemble du régime de base, donnant ainsi suite à une autre de nos recommandations.

La Liste des médicaments est l'élément de base de la définition de la couverture en produits des programmes québécois d'assurance-médicaments. 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 servant à administrer les décisions du gouvernement. 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 aussi limiter l'accès à 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 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

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

émollients 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. Il en résultera une incitation à traiter ce malade en établissement de santé plutôt qu'à la maison. Tout ceci illustre fort bien l'impact négatif d'un formulaire restrictif sur le virage ambulatoire.

Des études récentes<sup>1</sup> effectuées aux États-Unis en arrivaient à la conclusion que les formulaires restrictifs entraînent une plus grande utilisation des soins de santé généraux, une augmentation de l'utilisation des visites aux départements d'urgence des établissements de santé, une augmentation du nombre des visites médicales et un plus grand nombre d'ordonnances médicales.

Pour toutes ces raisons, 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.

Un seul formulaire de base devrait exister au Québec, et couvrir aussi bien le milieu des établissements de santé que le milieu ambulatoire. 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, notamment, ceux destinés aux enfants. 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 et le remboursement d'un médicament d'ordonnance plus dispendieux que le

---

<sup>1</sup>Horn, S, et al. The American Journal of Managed Care, Mars 1996

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

médicament non prescrit qui aurait pu, à l'origine, être dispensé par le pharmacien.

Enfin, le régime de base devrait garantir le paiement des médicaments prescrits par toutes les personnes autorisées à le faire en vertu de lois professionnelles (e.g. podiatres).

### Les fournitures et les instruments médicaux

Plusieurs traitements médicamenteux impliquent l'usage de dispositifs servant à leur administration ou à leur monitoring. Pensons à l'aérosolthérapie, aux dispositifs servant à l'administration de médicaments par inhalation, aux infuseurs, aux stylos injecteurs, aux réflectomètres, etc. On néglige souvent la couverture de ces dispositifs, dont certains sont devenus des modes de traitement de premier choix. Leurs retombées positives sont rarement évaluées économiquement, mais on peut sans risque d'erreur affirmer qu'elles existent. Étant très utiles au traitement ou à l'autocontrôle de la maladie, ils génèrent un bénéfice de santé et un bénéfice économique pour l'individu et la société. De plus, ces dispositifs favorisent le traitement ambulatoire. Des médicaments injectables peuvent désormais être administrés à la maison grâce à des infuseurs portatifs. Ce mode de thérapie est maintenant monnaie courante. Il importe donc que les appareils qui le rendent possible soient inclus dans la couverture d'assurance-médicaments sous peine de transférer au citoyen des coûts potentiellement élevés. Ne pas inclure ces dispositifs dans la liste serait donc une erreur grave et une barrière structurelle à l'efficacité du régime.

Il en va de même pour certaines fournitures médicales (pansements, appareils orthopédiques, fournitures pour incontinents, stomisés ou post-mastectomie, etc.). Des programmes existants reconnaissent déjà un certain remboursement pour les fournitures médicales requises par l'état du malade. Il y a lieu de revoir ces programmes, d'évaluer les besoins pour de nouvelles indications, et de prévoir ce qui est requis dans la couverture du régime de base. Encore une fois, ce n'est pas en excluant ces articles de la couverture que l'on atteindra l'objectif d'un système de soins accessible et efficient. Nous croyons de plus que ces dispositifs et fournitures devraient être exemptés de l'application de la franchise et de la coassurance.

Le cas des médicaments de coût exceptionnellement élevé

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

**L'arrivée sur le marché de médicaments exceptionnellement coûteux, mais souvent essentiels au traitement de maladies graves, comme les antirétroviraux, l'érythropoïétine, l'interféron ou autres, a été l'un des facteurs déclenchants de la réforme en profondeur de l'assurance-médicaments au Québec. Il va donc de soi que la Liste de médicaments, qui servira désormais à la définition de la couverture en produits pour l'ensemble du régime de base, doit comprendre l'ensemble des médicaments requis et pallier de façon satisfaisante ce problème.**

**En effet, il serait particulièrement inacceptable pour les citoyens de devoir hausser leur contribution financière afin de solutionner un problème de couverture inadéquate, et de voir celui-ci se perpétuer à l'intérieur du nouveau régime.**

**Le Ministre, sur avis du Conseil consultatif de pharmacologie, doit demeurer le responsable de la détermination de la nécessité d'inscrire ou non un médicament à la liste, sur la base de l'évaluation de l'efficacité, de l'inocuité et du coût de ce médicament. Cette façon de faire, malgré quelques inévitables controverses de temps à autre, a bien servi le Québec dans le passé et sera plus que jamais nécessaire. Également essentielle sera la nécessité de continuer à protéger le Conseil de toute situation de conflit d'intérêts, ou de toute intrusion inappropriée, dans l'exercice de son mandat.**

**Compte tenu des indications précises et des coûts très élevés de certains produits, leur inscription à la liste dans la catégorie des médicaments d'exception, à laquelle sont assortis des contrôles supérieurs quant à la dispensation, continuera de s'avérer indiquée. Il va de soi que tous les assureurs devront obligatoirement assumer la responsabilité du remboursement de ces médicaments et des services pharmaceutiques les accompagnant. Toute exception à cette règle entraînerait des situations de bris de l'universalité du régime de base, entrant ainsi en conflit avec la raison d'être de toute la démarche qui a mené au dépôt du projet de Loi 33. De telles situations ne peuvent être acceptées. Le gouvernement se devra à ce sujet d'être vigilant, car la tendance à exclure ces produits de la Liste sera forte.**

**La règle de quinze ans**

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

**Cette règle excepte de l'application de la règle générale de remboursement selon le prix le plus bas les médicaments brevetés qui sont en marché au Québec depuis moins de quinze ans, ce qui a pour effet de ne pas imposer la dispensation de médicaments génériques dans le cadre des programmes d'état, sauf pour les médicaments inscrits à la Liste depuis plus de quinze ans.**

**Cette règle de paiement prive le gouvernement d'économies évaluées à trente millions de dollars par an. Sa rationnelle est de soutenir la politique industrielle du Québec, qui favorise les entreprises impliquées en matière de recherche et de développement pharmaceutiques. L'Ordre des pharmaciens du Québec ne remet pas en question la valeur de cet objectif mais doit s'interroger sur la justesse et l'équité du moyen proposé.**

**En effet, est-il acceptable dans le contexte actuel, qu'un programme de santé soumis à des coupures budgétaires drastiques serve encore de subvention industrielle à des multinationales sous prétexte que certaines d'entre elles sont établies en sol québécois? Cette politique généreuse a pu avoir des retombées positives pour le Québec dans le passé, et nous ne remettons pas en question les décisions antérieures. Toutefois, la venue du nouveau régime d'assurance-médicaments de base, qui imposera des sacrifices importants aux patients, aux pharmaciens et des risques accrus aux assureurs privés ne peut, selon nous, épargner des entreprises aux reins aussi solides que les pharmaceutiques. Peut-on continuer à demander aux pharmaciens de diminuer les coûts du régime d'assurance-médicaments tout en leur servant un message aussi paradoxal? Afin de supporter la politique industrielle du gouvernement, le pharmacien doit-il contribuer à hausser les coûts de santé, à un moment où l'on sabre dans des activités autrement essentielles ?**

**En clair, si tous les milieux touchés par la réforme sont appelés à se serrer la ceinture, il ne peut plus exister de vaches sacrées, et les fabricants de produits pharmaceutiques de marque devront, eux aussi, faire leur part tout comme ils le font déjà dans toutes les autres provinces canadiennes depuis des années. La règle de quinze ans doit être abolie, ne serait-ce que par respect des consommateurs à petit revenu de qui l'on exigera désormais prime, franchise et coassurance, par respect des assureurs privés, à qui le gouvernement ne peut imposer des charges découlant de sa propre politique, et par respect à l'endroit des professionnels, eux aussi appelés à des sacrifice additionnels.**

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

## **6.0 VENTE DE MÉDICAMENTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS**

Le troisième alinéa de l'article 8 du projet de loi prévoit que le régime général garantira le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis par les établissements de santé dans le cas, aux conditions et pour les catégories de personnes déterminées par règlement pris en application de l'article 76, paragraphe 4<sup>0</sup>.

Le libellé de l'article 8 (cas, conditions, catégories de personnes) semble annoncer que la distribution des médicaments prévue au niveau des établissements de santé sera ciblée à des clientèles particulières requérant des services pharmaceutiques spécialisés. Si tel est le cas, il s'agit là d'une approche qu'endossera l'Ordre des pharmaciens du Québec. Si, par contre, le gouvernement envisage une distribution plus générale de produits et de services pharmaceutiques par les établissements, il s'agirait là d'une erreur stratégique importante contre laquelle nous nous devons de mettre le gouvernement en garde.

En effet, l'idée de fournir à la population ambulatoire des médicaments et des produits pharmaceutiques à partir des pharmaciens d'hôpitaux n'est pas nouvelle. Elle a souvent été perçue par les administrateurs hospitaliers comme un centre potentiel de financement extra-budgétaire, et donc comme un élément de solution, en quelque sorte, aux problèmes de budgétisation auxquels les établissements sont depuis longtemps confrontés. Il ne serait donc pas étonnant de voir cette idée surgir à nouveau dans le contexte actuel.

L'Ordre des pharmaciens du Québec s'oppose à ce que les pharmacies d'établissements offrent à la population ambulatoire des services pharmaceutiques généraux, sauf dans les circonstances déjà prévues au Règlement pris en application de l'article 37 b de la Loi sur la pharmacie. Une telle situation entraînerait selon nous des effets pervers dont les conséquences effaceraient tout bénéfice, si tant est qu'il y en ait, pour la population et les établissements. Ces effets pervers, et la nature de nos préoccupations face à une telle possibilité, sont les suivants :

1<sup>0</sup> On doit éviter le retour de la Circulaire Malades sur pied

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

Pour quiconque à suivre, même de loin le dossier de l'assurance-médicaments au cours des dernières années, la possibilité que la Circulaire-Malades sur pied ne renaisse de ses cendres semblera une hypothèse d'une totale absurdité. C'est pourtant ce qui risque de se produire si l'on permettait aux établissements de santé de s'engager dans la fourniture généralisée de services pharmaceutiques à la population ambulatoire.

Rappelons-nous en effet que ce ne sont pas que les iniquités générées par la Circulaire Malades sur pied qui en ont fait l'objet incessant de critiques de la part aussi bien des patients que des pharmaciens. Nos griefs s'étendaient au-delà de cette considération et découlaient du fait que les pharmacies d'hôpitaux n'ont habituellement pas obtenu les ressources humaines et matérielles permettant de gérer ce programme de façon adéquate. De plus, ce programme a toujours été opéré par les hôpitaux en vase clos par rapport au réseau des officines privées, générant ainsi des problèmes de bris de continuité dans les soins pharmaceutiques (les pharmaciens d'hôpitaux n'ayant pas accès au dossier pharmaceutique communautaire du patient, et les pharmaciens d'officine n'ayant pas accès au dossier hospitalier). Enfin, la Circulaire a toujours constitué une antithèse aux soins à domicile. Il faut donc éviter de répéter ces erreurs dans le cadre du nouveau régime.

Or, c'est ce qui risque de se produire si les établissements se voyaient autorisés à offrir des services pharmaceutiques généraux.

<sup>20</sup> On doit éviter que les mandats confiés aux établissements n'endommagent la viabilité du réseau des pharmacies privées

Les pharmacies privées vivent présentement des heures difficiles sur le plan économique. La croissance de leur chiffre d'affaires a été négative l'an dernier, et l'année en cours n'augure guère mieux. Les mesures de compression des budgets d'assurance-médicaments qui ont été annoncées en avril, et l'implantation du nouveau régime d'assurance-médicaments constitueront des demandes de sacrifices additionnels auprès des pharmaciens du secteur privé; au même moment, l'on demande à ces pharmaciens une contribution supplémentaire en matière de services professionnels, ce qui nécessite de leur part des investissements additionnels. Si l'on veut permettre aux pharmaciens de gérer ce contexte sans que ces

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

nouvelles pressions n'affectent négativement la qualité des services qu'ils prodiguent, on ne peut se permettre d'endommager davantage, sur le plan économique, le réseau des pharmacies communautaires.

C'est pourtant ce qui arrivera si l'on permet aux établissements de santé de concurrencer directement les pharmacies privées en offrant des services pharmaceutiques généraux, et de distribuer au public une vaste gamme de médicaments. La concurrence des établissements serait particulièrement dommageable pour les officines, étant donné que le prix de revient des médicaments qu'ils acquièrent n'est souvent qu'une fraction de celui des pharmacies privées. De plus, les exigences de la Loi sur la pharmacie à l'endroit des établissements de santé sont moindres qu'à l'endroit des pharmaciens propriétaires (sur les plans de la surveillance professionnelle et de la tenue de pharmacie).

Ces iniquités normatives, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, défavoriseraient la compétitivité des officines, si elles devaient être mises en concurrence avec les établissements, en plus de s'avérer potentiellement nocives pour le public.

### **3<sup>o</sup> On doit éviter de faire obstacle au virage ambulatoire**

Toute la reconfiguration du réseau à laquelle le Ministère de la santé a procédé au cours des 24 derniers mois a visé à favoriser le retour le plus rapide possible des malades hospitalisés à domicile, sans affecter négativement leur santé. Ce serait donc un suprême paradoxe que de favoriser un mouvement en sens inverse en commençant à offrir au niveau des établissements des services implantés en milieu ambulatoire depuis les débuts de l'assurance-maladie au Québec.

### **4<sup>o</sup> On doit éviter de nuire au niveau d'effectifs et à la qualité des soins et services pharmaceutiques hospitaliers**

Les services pharmaceutiques ambulatoires offerts à leur clientèle par les établissements requerront des investissements notamment en matière de ressources humaines (pharmaciens et aides techniques). Ces ressources sont précieuses, et déjà insuffisante dans de nombreux

Projet de loi 33 - Loi sur l'assurance-médicaments  
et modifiant diverses dispositions législatives  
3 juin 1996

hôpitaux du Québec comme en font foi les activités d'inspection professionnelle de notre ordre. Or, il y a fort à parier que les établissements de santé ne disposeraient pas des budgets nécessaires à assumer leurs nouveaux mandats tout en maintenant le niveau et la qualité de service qu'ils offraient déjà à leur clientèle institutionnalisée. Il en résultera selon nous un appauvrissement des ressources et de la qualité des services à cette clientèle, sans possibilité d'intervention de la part de l'Ordre des pharmaciens.

En pharmacie privée, le propriétaire étant obligatoirement un pharmacien, lorsque les ressources professionnelles sont insuffisantes à la reddition d'un service de qualité, l'Ordre des pharmaciens possède des moyens de corriger cette situation, via son Comité d'inspection professionnelle et son Comité de discipline. Ce recours nous manque malheureusement en milieu d'établissement de santé, où il n'est pas rare que de telles recommandations soient ignorées par les dirigeants de l'établissement, contre qui l'Ordre des pharmaciens ne peut exercer aucune contrainte. Cette situation, déjà inacceptable, le serait encore plus si les établissements desservaient de façon générale une large population ambulatoire.

La solution à ces divers problèmes repose sur une répartition complémentaire, plutôt que concurrentielle, des mandats et responsabilités en matière de services pharmaceutique entre officines privées et établissements de santé. Les premiers offrent à l'heure actuelle un service pharmaceutique de première ligne, alors que les seconds ont surtout développé des services spécialisés. La répartition des responsabilités devrait selon nous être effectuée par les Régions régionales sur la base des lignes directrices suivantes.

**4.1 Les cas, conditions et catégories de personnes pour lesquels les médicaments et services pharmaceutiques seraient dispensés par les établissements de santé, en vertu du règlement pris en application de l'article 76 par. 4**