

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

mémoire concernant

**L'ÉVALUATION
DU RÉGIME GÉNÉRAL
D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
QUÉBÉCOIS**

présenté à la
Commission des affaires sociales

11 février 2000

L'Ordre des pharmaciens du Québec désire remercier les personnes et organismes qui ont contribué à la réflexion globale ayant présidé à la rédaction du présent document :

les membres du Comité sur l'assurance médicaments de l'Ordre

- DES GROSEILLIERS, Chantal, pharmacienne
- GENDRON, Jacques, pharmacien
- LAMARRE, Diane, pharmacienne, présidente du Comité
- NEAULT, Pierre, pharmacien

les membres du Comité administratif de l'Ordre ;

les administrateurs du Bureau de l'Ordre ;

le personnel professionnel de l'Ordre des pharmaciens du Québec;

© Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec,
266 rue Notre-Dame est, bureau 301 Montréal (Québec) Canada.
H2Y 1T6
(514) 284-9588
ordrepharm@opq.org

Reproduction autorisée à condition d'en mentionner la source.

Une copie de ce document en format pdf peut être téléchargée à partir du site de l'Ordre des pharmaciens du Québec

<http://www.opq.org>

1. L'ORDRE DES PHARMACIENS ET LA QUESTION À L'ÉTUDE.....	3
1.1 <i>Le milieu pharmaceutique québécois</i>	3
1.2 <i>Notre présence dans le dossier de l'assurance médicaments.....</i>	4
1.3 <i>La démarche du présent mémoire.....</i>	5
1.4 <i>L'approche de la pharmacienne et du pharmacien.....</i>	5
2. UN RÉGIME DONT L'ÉVALUATION EST D'ABORD POSITIVE.....	7
2.1 <i>Une plus grande équité pour les citoyens devant recourir aux médicaments.....</i>	7
2.2 <i>La gratuité chez les enfants.....</i>	8
2.3 <i>La prime annuelle et son application.....</i>	8
2.4 <i>Intégration dans la communauté.....</i>	8
2.5 <i>La réduction de la consommation de médicaments moins essentiels.....</i>	9
2.6 <i>La mise en évidence de l'importance du pharmacien dans le système de santé québécois....</i>	9
2.7 <i>La mise en valeur de certains aspects professionnels de l'exercice de la pharmacie.....</i>	10
2.8 <i>L'amélioration des mécanismes préservant la confidentialité des renseignements liés à l'usage des médicaments</i>	11
2.9 <i>La gratuité pour les prestataires de l'assistance emploi</i>	11
3. UN RÉGIME QUI A CEPENDANT BESOIN D'AJUSTEMENTS	12
3.1 AMÉLIORER L'ASSURANCE MÉDICAMENTS : UNE QUESTION QUI INTÉRESSE L'ÉCONOMIE... ..	12
a) <i>Les risques inhérents à une grille économique étroite.....</i>	12
b) <i>Doit-on payer davantage ?.....</i>	14
c) <i>Le choix des médicaments remboursés.....</i>	15
d) <i>L'utilisation inappropriée des médicaments</i>	17
e) <i>L'utilisation optimale des médicaments.....</i>	18
f) <i>L'intervention professionnelle du pharmacien... une piste.....</i>	22
g) <i>Différentes avenues permettant de réduire les frais, sans réduire la protection</i>	23
3.2 ... MAIS UNE QUESTION QUI DOIT ÊTRE ALORS PERÇUE DANS UNE VISION ÉCONOMIQUE ÉLARGIE... ..	25
a) <i>Une juste perception des gains liés au médicament.....</i>	26
b) <i>Une juste perception de la médication liée au virage ambulatoire.....</i>	27
3.3 ... UNE VISION QUI PERMET DE NE PAS OUBLIER QUE L'AMÉLIORATION DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS DÉPASSE L'AMÉLIORATION DE SA PERFORMANCE ÉCONOMIQUE	28
a) <i>L'incohérence.....</i>	28
b) <i>L'équité.....</i>	29
c) <i>Le respect.....</i>	30
d) <i>La confusion.....</i>	30
e) <i>Respect des patients... mais aussi respect des soignants</i>	31
4. EN SYNTHÈSE.....	34
5. SOURCES MENTIONNÉES.....	37

1. L'ORDRE DES PHARMACIENS ET LA QUESTION À L'ÉTUDE

L'Ordre des pharmaciens du Québec régit l'exercice de cette profession au Québec. Rappelons d'entrée de jeu que la mission essentielle de l'Ordre, un des quarante-quatre ordres professionnels québécois, porte sur la protection et la sécurité de la population en ce qui a trait aux soins et services pharmaceutiques offerts au Québec. Héritier d'une tradition professionnelle qui compte 129 ans, l'Ordre des pharmaciens du Québec encadre l'exercice de la pharmacie, pour le mieux-être des Québécoises et des Québécois, depuis la fin du XIX^e siècle. L'Ordre ne peut évidemment se tenir à l'écart de la réflexion collective sur le médicament en cours. Dans ce débat, l'Ordre souhaite apporter aux décideurs l'éclairage et l'expertise des pharmaciennes et pharmaciens québécois.

C'est avec plaisir que notre ordre professionnel répond à l'invitation lancée par la Commission des affaires sociales qui entendra les intervenants intéressés par la question de l'évaluation du régime d'assurance médicaments québécois.

1.1 Le milieu pharmaceutique québécois

L'Ordre encadre la pratique professionnelle de 5860 pharmaciennes et pharmaciens, œuvrant en milieu communautaire, en industrie, en établissements de santé, dans l'enseignement et dans divers autres champs spécialisés. Trois associations professionnelles regroupent et défendent les intérêts des pharmaciennes et pharmaciens au Québec. L'Association des pharmaciens des établissements de santé (APES) représente les pharmaciennes et pharmaciens œuvrant dans les centres hospitaliers, les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et les CLSC. L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) défend les intérêts des pharmaciennes et pharmaciens propriétaires. L'Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec (APPSQ), pour sa part, parle au nom des pharmaciennes et pharmaciens salariés du milieu communautaire.

1.2 Notre présence dans le dossier de l'assurance médicaments

L'Ordre des pharmaciens suit l'évolution du dossier de l'assurance médicaments, son apparition à l'état de projet, sa naissance, sa mise en place et son développement depuis une décennie.

L'Ordre était présent lors de l'annonce, en 1993, de l'intention du gouvernement du Québec d'abolir le programme «Circulaire - Malades sur pied». Durant la consultation qui a suivi, l'Ordre a présenté au comité présidé par le docteur Jocelyn DEMERS un mémoire ou il recommandait :

*«¼d'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, ¼...» {¼...} «¼... 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 inéquités**. Sans une telle démarche, il n'y a pas à notre avis de solution à long terme à la problématique évoquée plus haut¼» (ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, 1994)*

Dans les années qui suivirent, l'Ordre a exercé dans le dossier une vigilance constante, qu'il entend maintenir.

Depuis le premier jour de 1997, le Québec bénéficie d'un nouveau mécanisme de protection sociale, le régime d'assurance médicaments. Il s'agit de mesures novatrices au potentiel intéressant dont l'ajustement demeure à parfaire. L'Ordre a salué la naissance du régime et a aidé l'État et les pharmaciennes et pharmaciens à faciliter le travail — parfois douloureux — qui a présidé à son accouchement.

À l'été 1999, après quelques mois d'activité du régime et faisant écho au Rapport TAMBLYN (ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, 1999), nous avons rendu publique une première critique générale du régime.

1.3 La démarche du présent mémoire

Tout comme il l'a fait lors de la présentation de son avis au ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'été 1999, l'Ordre considère que l'articulation technique du régime demeure une responsabilité de l'État. Ce dernier, mieux que quiconque, dispose des ressources humaines, de l'instrumentation et des renseignements nécessaires pour traduire en actions concrètes les préoccupations et les principes que nous soulevons. C'est pourquoi la communication qui suit s'articulera en termes généraux, bien que certaines pistes et solutions plus précises soient également proposées.

Notre mémoire est alimenté par la contribution des pharmaciennes et des pharmaciens du Québec qui vivent depuis trois ans, en première ligne, la réalité de l'assurance médicaments. Vous y trouverez les préoccupations des administrateurs de l'Ordre et leur réaction au récent document *Évaluation du régime général d'assurance médicaments* (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1999) diffusé il y a quelques semaines.

Outre la question économique, et partageant avec d'autres intervenants une appréciation généralement positive de l'essentiel du régime et de son impact, l'Ordre tient toutefois à souligner à la Commission le fait que d'autres questions fondamentales doivent encore être étudiées. Notamment, se retrouveront dans ce document un ensemble de réflexions dont les axes majeurs sont les iniquités qui subsistent dans le régime actuel et la sous-utilisation des compétences professionnelles des pharmaciens— lesquelles pourraient offrir une solution fort adéquate et efficace pour le contrôle des coûts dans un contexte de maintien ou d'amélioration de la qualité des services offerts aux Québécoises et aux Québécois.

1.4 L'approche de la pharmacienne et du pharmacien

Les pharmaciennes et les pharmaciens sont des interlocuteurs privilégiés ayant été peu consultés dans l'analyse du régime d'assurance médicaments. Pourtant, ceux-ci jouissent d'une vision inédite de la situation, ayant dû investir une énergie considérable lors de l'implantation du régime tout en demeurant depuis une ressource de première ligne auprès des patients. Professionnels du médicament, les pharmaciennes et pharmaciens ont appris à intégrer les considérations monétaires dans leur analyse des interventions pharmacologiques, tout en sachant privilégier la santé du patient, son mieux-

être physique, psychologique et social. Car la santé n'est pas qu'une question de coûts ou qu'une mécanique de gros sous. Et le malade ne peut être réduit à quelques statistiques actuarielles, certes utiles, mais insuffisantes à la prise de décisions en matière de santé.

Pour les pharmaciennes et les pharmaciens du Québec, la santé de la population, l'utilisation optimale des médicaments et l'accès à des soins et services pharmaceutiques de qualité tissent la trame des valeurs fondamentales devant présider — dans le contexte économique québécois — à l'analyse et à la critique des mesures du régime général d'assurance médicaments. Tout comme lors des précédentes prises de position publiques de l'Ordre des pharmaciens, c'est guidé par ces considérations que le présent mémoire a été élaboré.

2. UN RÉGIME DONT L'ÉVALUATION EST D'ABORD POSITIVE...

Tout comme les chercheurs de l'équipe TAMBLYN (TAMBLYN, LAPRISE, & NADEAU, 1998), l'Ordre des pharmaciens du Québec reconnaît que le nouveau régime d'assurance médicaments constitue une amélioration des conditions de vie pour plusieurs Québécoises et Québécois qui doivent recourir à des soins et services pharmaceutiques.

Des éléments comme la meilleure équité envers les citoyens devant recourir aux médicaments, la gratuité pour les enfants, une tendance vers la réduction constatée de l'utilisation de médicaments moins essentiels, la mise en évidence de l'importance du pharmacien dans le système de santé québécois et la mise en valeur de certains aspects professionnels de l'exercice de la pharmacie constituent des retombées observables qui réjouissent les pharmaciennes et pharmaciens autant que les autres artisans de la santé publique.

2.1 Une plus grande équité pour les citoyens devant recourir aux médicaments

En rendant accessibles à tous les citoyens du Québec les médicaments via un régime général, l'État a posé un geste important facilitant l'accès à une meilleure santé pour un nombre important de Québécois qui, sans être défavorisés, ne pouvaient parfois se procurer tous les médicaments essentiels à la prévention de la maladie ou au recouvrement de la santé. Le Québec fait, à cet égard, figure de pionnier au Canada.

La formule retenue d'un régime de mutualisation des risques, s'appliquant aussi au secteur privé semble avoir réussi à réduire l'impact des coûts de la médication pour certains groupes de la population tout en maintenant une protection adéquate. La complémentarité public/privé constitue une réalisation notable du régime actuel.

2.2 La gratuité chez les enfants

La gratuité dont bénéficient les enfants de moins de 18 ans est une facette importante de notre régime. Au Québec, 148 000 enfants ou jeunes adultes âgés de moins de 25 ans ont ainsi eu accès au régime, en plus d'un nombre important d'enfants prestataires de la sécurité du revenu pour qui les médicaments et soins et services pharmaceutiques sont également gratuits. Facilitant la prévention et le traitement de problèmes sanitaires pour une clientèle particulièrement vulnérable, cette gratuité marque un réel progrès sur la situation antérieure où des considérations économiques privaient parfois de jeunes enfants des ressources pharmacologiques nécessaires à leur santé.

2.3 La prime annuelle et son application

En ce qui a trait à la motivation à l'inscription et selon des critères d'équité, l'intégration de la prime à la déclaration de revenus a été un élément positif qui doit être maintenu. Cette mesure, contrairement à la franchise mensuelle dont nous discuterons plus loin, évite de placer la pharmacienne et le pharmacien en constante situation de négociation avec son patient et préserve le caractère professionnel de leurs interventions. Il y aurait peut-être lieu, pour que l'État récupère les pertes monétaires résultant des modifications suggérées dans les pages suivantes, d'ajuster les paliers de revenu utilisés.

2.4 Intégration dans la communauté

Parmi les constats positifs, il faut souligner la décision gouvernementale permettant aux malades auparavant exclus des soins et services pharmaceutiques dans leur milieu de vie (personnes infectées par le VIH, malades atteints de fibrose kystique, etc.) de réintégrer la communauté et d'être ainsi assurés de continuer à bénéficier en externe d'un suivi pharmaceutique complet de qualité. Cette possibilité ne pouvait leur être offerte alors qu'ils devaient subir la fragmentation des centres de distribution provinciaux ou des cliniques spécialisées.

2.5 La réduction de la consommation de médicaments moins essentiels

La consommation de médicaments qualifiés de moins essentiels, tels les hypnotiques et sédatifs utilisés de façon potentiellement incorrecte, a régressé. Une partie de la population a ainsi pu modifier son profil de recours à des médicaments moins essentiels, dans le cas de certains problèmes de santé mineurs (anxiété, insomnie, constipation, etc.), pour lesquels des alternatives non pharmacologiques pouvaient être proposées.

Pour plusieurs citoyens, ce fut l'occasion d'utiliser les compétences de leurs pharmaciennes et pharmaciens qui, mieux que quiconque, sont aptes à guider les personnes vers une utilisation optimale des médicaments. Les pharmaciennes et pharmaciens, en complémentarité avec les prescripteurs, ont suggéré des alternatives de traitement parfois moins onéreuses, souvent non pharmacologiques. Des interventions visant par exemple la modification des habitudes alimentaires, la réduction de la consommation de café, le recours à des ressources communautaires ou l'amélioration des conditions d'hygiène du sommeil se sont traduites par des retombées positives pour l'ensemble des populations visées.

Il subsiste, malgré tout, certaines difficultés entourant cette notion de médicament non essentiel dans les études réalisées relativement aux conséquences de l'assurance médicaments. Un produit pourrait appartenir à un groupe jugé « non essentiel », mais être néanmoins requis pour le maintien de la qualité de vie des patients (par exemple, certains médicaments du groupe benzodiazépines dans le traitement de désordres du système nerveux central). Les vertus de la réduction de médicaments de cette catégorie doivent toujours être exposées avec prudence.

2.6 La mise en évidence de l'importance du pharmacien dans le système de santé québécois

Outre ses effets sur la santé des citoyennes et citoyens, le nouveau régime s'est avéré important pour l'évolution de la profession de pharmacien au Québec.

Dans la mise en place du nouveau régime, les pharmaciennes et pharmaciens du Québec ont assumé avec dévouement et professionnalisme un rôle de première ligne, devenant les porte-parole et les interprètes du nouveau

régime auprès de leur patient. Ajoutant à leurs importantes responsabilités thérapeutiques un volet administratif qu'ils n'avaient pas souhaité, les pharmaciennes et pharmaciens ont confirmé leur rôle de premier plan comme agents d'information et d'éducation en santé.

Les exigences administratives liées au régime ont entraîné des coûts financiers et humains qu'on ne saurait négliger. Tout en déplorant l'alourdissement de leur pratique, les pharmaciennes et pharmaciens ont mis en évidence le fait que, de tous les professionnels de la santé, c'est vers eux que se tourne le public qui désire une réponse immédiate et rapide aux questions relatives à la santé.

Rapidement accessibles, capables de vulgariser et d'adapter une information complexe auprès de différentes clientèles et divers milieux, ils ont confirmé, sans campagnes médiatiques ou déclarations triomphalistes, que pour le grand public ils jouent véritablement un rôle de « porte d'entrée ». Un rôle essentiel que sous-estiment probablement les actuels gestionnaires du réseau sociosanitaire, qui ne peuvent que se réjouir de ce que les pharmaciennes et pharmaciens aient agi en partenaires responsables et fiables tout au long de la profonde transformation subie par le système sociosanitaire québécois. **Cette performance des pharmaciennes et pharmaciens dans la gestion quotidienne d'un virage parfois difficile mérite d'être soulignée ici.**

2.7 La mise en valeur de certains aspects professionnels de l'exercice de la pharmacie

En uniformisant les coûts d'un médicament couvert, peu importe la pharmacie où une personne se le procure, le nouveau régime a fait disparaître pour les bénéficiaires du régime public les préoccupations pécuniaires qui jusque-là obnubilaient l'attention de certains patients. L'Ordre considère qu'en retirant les aspects monétaires qui déterminaient le choix de consulter un pharmacien plutôt qu'un autre, le nouveau régime a permis de mieux discerner les soins et services cliniques entourant le médicament. Des soins et services qu'on avait parfois tendance à négliger au profit d'éléments purement mathématiques.

La qualité du lien entre le patient et son professionnel, l'analyse de la situation pharmacologique, les conseils entourant la prise de produits, les suggestions des pharmaciennes et pharmaciens étaient des composantes moins visibles de la pratique professionnelle. Ce sont à présent des éléments importants guidant le choix de plusieurs personnes vers un pharmacien ou

un autre. À cet égard, l'Ordre considère que le nouveau régime a facilité une meilleure perception du rôle et des responsabilités cliniques des pharmaciennes et pharmaciens.

2.8 L'amélioration des mécanismes préservant la confidentialité des renseignements liés à l'usage des médicaments

Les risques d'utilisation des renseignements par les employeurs constituaient, au début du régime, une menace sérieuse. L'intervention de la Commission d'accès à l'information, à l'automne 1998, a contribué à réduire les craintes liées au régime. Malgré tout — et le rapport d'évaluation gouvernemental le souligne — la situation présente toujours certaines difficultés

2.9 La gratuité pour les prestataires de l'assistance emploi

La modification relative aux prestataires de l'assistance emploi entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1999 visait à corriger une situation inacceptable, mise en évidence par l'équipe TAMBLYN. L'action gouvernementale rapide mérite d'être saluée.

3. UN RÉGIME QUI A CEPENDANT BESOIN D'AJUSTEMENTS

3.1 Améliorer l'assurance médicaments : une question qui intéresse l'économie...

a) Les risques inhérents à une grille économique étroite.

Avant d'élaborer sur la question économique, nous croyons essentiel de formuler une mise en garde.

Nous avons déjà souligné la place prépondérante qu'occupe, dans l'analyse du *Rapport d'évaluation du régime d'assurance médicaments* (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1999), la grille économique. La réalité — et cette mise en garde est encore plus à propos lorsqu'on aborde les questions de santé et de bien-être — ne devrait pas être réduite à un modèle mathématique unique.

Pour le tiers payeur, le médicament est une dépense, pour le prescripteur, c'est un choix. Pour l'industrie pharmaceutique, c'est le résultat de recherches et la réponse à des besoins, pour les patients, c'est l'espoir, le répit ou la protection. Pour l'administrateur d'un centre hospitalier, ce peut être un instrument destiné à réduire la durée et le nombre de séjours en milieu hospitalier. Sous le regard du pharmacien, le médicament est un instrument de travail, pour l'investisseur, c'est un objet de consommation. Si, pour les équipes cherchant à réduire les dépenses gouvernementales le médicament se transforme en une brèche à colmater, pour les professionnels de la santé publique, c'est souvent l'alternative à la maladie, à des traitements chirurgicaux, à des pathologies associées, à la perte de la qualité de vie des patients et souvent de leur famille, à des décès et à l'*endeuillement* des proches.

Ces facettes changeantes de la représentation du médicament et les différentes perceptions véhiculées dans le discours public, ont déjà été mises en évidence par les chercheurs et les cliniciens (GABE & BURY, 1988; GABE, GUSTAFSSON, & BURY, 1991; REYNAUD & COUDERT, 1987; SPEAKER, 1997).

La notion et la réalité du médicament doivent être considérées globalement, évitant de privilégier une simplification caricaturale. Limiter sa perception de la médication à un bien de consommation, réduire le médicament à un comprimé, dont la valeur tient à la taille, à la forme ou au prix, sont des pièges à éviter. La réalité, plus complexe, moins facile à cerner et certainement trop nuancée pour en faire une phrase choc que reprendraient immédiatement tous les médias, ne doit jamais être négligée par les décideurs publics.

Le médicament est une technologie de pointe offrant une arme de choix dans l'arsenal de la lutte contre la maladie. Résultat de la recherche scientifique situé au carrefour des compétences et des connaissances en pharmacologie, en chimie, en physique, en biologie et dans plusieurs autres disciplines, il doit être considéré comme toute autre technologie de haut niveau. Pour les pharmaciennes et pharmaciens, c'est une évidence. Mais cette évidence n'étant pas quotidienne pour l'ensemble de la population, nous croyons qu'il convient de la rappeler.

Le médicament, mal utilisé, pose problème. Mais utilisé adéquatement, efficacement et au bon moment, il devient un investissement de choix dans le maintien de la santé des citoyens. Un choix qui nécessite réflexion et encadrement. Mais un choix qui demeure un investissement essentiel dans le secteur de la santé.

Il est difficile de comprendre pourquoi l'État souhaite réduire le débat à une stricte perspective économique, liée aux coûts d'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire. Les principaux arguments militant en faveur de l'instauration d'un régime d'assurance-médicaments, soulignés dans le rapport CASTONGUAY n'étaient-ils pas de favoriser, par l'adoption d'une perspective systémique, une amélioration de la cohérence dans la distribution des soins de santé au Québec? (CASTONGUAY, BERGEAT, CHAMPIGNY-ROBILLARD, LECLERC, & MORIN, 1996). On parlait alors de réduire les iniquités, faire tomber les barrières à l'emploi, intégrer le médicament à la politique de santé et de bien-être...

Les pouvoirs publics semblaient avoir souscrit à l'objectif d'une vision globale lorsqu'ils annonçaient, à l'article 51 de la Loi, qu'une politique du médicament allait être rédigée par le Ministre de la santé. L'État précisait

alors certains enjeux entourant la question du médicament, qu'il peut être utile de rappeler. On parlait alors de :

- un accès juste et raisonnable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes;
- une utilisation appropriée des médicaments;
- une meilleure information du public et une meilleure formation des professionnels;
- une implantation d'actions et de stratégies effectives et efficaces.

Nous croyons toujours de mise de traiter de ces questions, tout comme il nous semble nécessaire de doter le Québec d'une Politique du médicament. Une telle politique, proposant des objectifs mesurables de mise en place du régime, aurait permis au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de présenter les données pertinentes à l'évaluation du régime.

b) Doit-on payer davantage ?

Le régime étant depuis son début déficitaire, son financement pose évidemment à l'État une question cruciale. Pour toute collectivité, il est difficile de trouver les moyens de ses ambitions. La mise en place du régime d'assurance médicaments montre avec acuité l'impact financier qu'a, sur une société, la quête d'une amélioration des conditions sociosanitaires de ses citoyens.

L'Ordre des pharmaciens ne s'étonne pas de la place prépondérante consacrée aux questions économiques, tant dans le rapport gouvernemental que dans la couverture médiatique qui a entouré sa diffusion.

Pour les personnes qui ne font pas usage de médicaments, ou qui pensent qu'elles n'en ont pas besoin, peu importe le montant, la facture sera toujours trop élevée. Pour les utilisateurs d'une médication coûteuse ou ceux qui doivent utiliser de nombreux médicaments, un nouveau plafond offrira toujours une amélioration par rapport à une absence d'assurance ou de plafond.

L'Ordre des pharmaciens du Québec souscrit à l'intention du gouvernement de mettre en place une structure de financement équitable et efficace, faisant en sorte que le régime général soit aussi avantageux— mais pas plus

avantageux ou moins — que le régime privé. Une augmentation de la contribution exigée des Québécoises et Québécois semble ainsi incontournable. Si cette contribution peut sembler élevée, elle doit être mise cependant en perspective.

Bien entendu, pour certains groupes — comme les retraités de moins de 65 ans ou les citoyens à faibles revenus — l'impact de toute hausse mérite d'être considéré. Les mécanismes actuels du régime, avant toute hausse, posent déjà problème à certains groupes de la population. Cette situation doit être corrigée, mais demeure distincte du principe général d'une hausse. Tout en jugeant nécessaire les correctifs à apporter dans le cas de certains citoyens désavantagés par les modalités du système, l'Ordre des pharmaciens ne croit pas — considérant les difficultés économiques signalées par l'État — qu'il faille maintenir le plafond actuel à tout prix.

L'hypothèse d'un ajustement des primes en fonction de la capacité de payer des personnes qui y contribuent offre une hypothèse qu'il faut sérieusement envisager. L'Ordre des pharmaciens croit que toute modification quant à la contribution des Québécois devrait être modulée afin de ne pas réduire l'accessibilité des citoyens à des soins et services pharmaceutiques essentiels.

c) Le choix des médicaments remboursés

La question du choix des médicaments remboursés par l'État — l'évolution de la liste des produits couverts — mérite l'attention.

Précisant l'identité des produits remboursés, la liste des médicaments remboursés est la pierre angulaire de la couverture en produits des programmes québécois d'assurance médicaments. Il en est ainsi depuis près de vingt-cinq ans. Le Québec possède donc une bonne expérience de la gestion de cet outil.

Depuis l'apparition d'une liste québécoise de produits remboursés, l'inscription au formulaire est une étape cruciale pour tout médicament qui arrive sur la scène thérapeutique. À cet égard, les différentes entreprises pharmaceutiques font montre d'une grande créativité et déploient des efforts stratégiques considérables pour obtenir l'inscription de leurs molécules sur la liste. Une inscription qui, en fait, peut déterminer le succès ou l'échec de l'implantation d'un agent pharmacologique nouveau au Québec.

S'il existe des exceptions à cette situation, elles ne sont pas légion.

L'essor de l'industrie et des pratiques de commercialisation ou de relations publiques dans le secteur pharmaceutique commande la mise en place de mécanismes rigoureux de protection garantissant l'impartialité et l'indépendance de la gestion de l'inscription des molécules au formulaire. Le *lobbying* pharmaceutique est une activité licite et normale dans le contexte commercial qui entoure la production de médicaments. Mais l'État doit se doter d'instruments de décision objectifs et équitables dans l'administration de sa liste, pour la protection tant des élus, des employés de l'État, que de l'intérêt public.

Les décisions entourant l'élaboration des listes de produits remboursés font l'objet de manœuvres stratégiques élaborées qui ciblent autant les élus, les médias ou les professionnels de la santé, que les comités d'experts et les groupes d'influence. Et cela, tant au Québec que dans d'autres provinces ou d'autres pays (BARRUETA, 1995; NAVARRO, 1999).

Sur ce point, l'Ordre tient à réaffirmer sa confiance à l'égard du maître d'œuvre actuel de la liste, le Conseil consultatif de pharmacologie. Cet organisme fait un travail essentiel et son indépendance doit être préservée, dans un contexte où des tiers seraient tentés d'agir directement sur l'appareil politique pour favoriser ou défavoriser certaines options pharmacologiques.

L'Ordre des pharmaciens du Québec a exposé à la Commission des affaires sociales, lors de l'étude du projet de loi 33, sa position à l'égard du coût des médicaments (ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, 1996). Deux philosophies s'affrontent généralement à propos de la confection des listes de produits remboursés. Doivent-elles être restrictives ou, au contraire, comprendre une large gamme de produits?

Alors que les tenants d'une liste restreinte à son minimum 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 la liste minimale 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 position peut limiter l'accès à des traitements médicalement requis.

L'élaboration des listes de molécules remboursées est un processus complexe qui doit s'appuyer sur une méthodologie recherchée, où plusieurs facteurs doivent être considérés en sus des coûts des produits — efficacité, alternatives, pronostic, modifications de la qualité de vie, etc. (BAKST, 1995; BUKSTEIN, 1997; KAATZ, 1994; KESSLER, 1997)

Bien que les décisions relatives à la confection des listes de produits remboursés aient un impact sur les coûts du régime, il convient de mentionner que les véritables économies potentielles se situent à un autre niveau, soit celui de la meilleure gestion et de la meilleure utilisation des agents pharmacologiques couverts. L'Ordre des pharmaciens du Québec est d'avis qu'une participation beaucoup plus étroite des professionnels de la santé, tant au niveau des prises de décisions que de leur mise en opération — est incontournable. Nous y reviendrons.

La formation des pharmaciennes et pharmaciens en fait les experts tout désignés dans l'analyse des coûts et bénéfices du choix des traitements pharmacologiques efficaces, intégrant les considérations sanitaires, professionnelles et économiques (BOYER, 1995). L'action concertée des professionnels de la santé nous paraît une avenue prometteuse dans la réduction des coûts et la maximisation de l'efficacité de la pharmacothérapie. La décision de remplacer un traitement pharmacologique par un autre médicament plus approprié nécessite une telle action concertée. L'habileté professionnelle du pharmacien à effectuer une substitution thérapeutique d'un médicament dont la dénomination commune est la même gagnerait certainement à évoluer vers la reconnaissance de la capacité à effectuer une équivalence thérapeutique par classe pharmacologique, le tout en collaboration et en respect des compétences professionnelles des prescripteurs.

Par ailleurs, nous souhaitons manifester aux membres de la Commission notre inquiétude quant à l'émergence de stratégies de marketing dirigées vers les consommateurs potentiels de médicaments — le *direct to consumers* ou marketing direct. L'enthousiasme des concepteurs publicitaires et l'engouement que connaît la publicité de ce type aux États-Unis présente une menace directe, tant pour la santé du public que pour celle du trésor public. L'Ordre tient à ce que le gouvernement du Québec se penche rapidement sur cette question.

d) L'utilisation inappropriée des médicaments

L'observance de la posologie est un élément important de l'efficacité d'un traitement pharmacologique. Le médicament doit souvent être pris régulièrement, à certains intervalles, à certaines doses et sous certaines conditions pour procurer une protection ou une activité maximale. Le non-respect de ces paramètres peut réduire l'efficacité d'un médicament ou

accroître directement les risques pour la santé de la personne qui en fait un usage inapproprié. Il s'agit d'un problème majeur de santé, mis en évidence par plusieurs études. Les traitements chroniques seraient, par exemple, suivis dans moins de 50 % des cas, entraînant des problèmes de santé liés à des coûts frôlant les 10 milliards de dollars au Canada.

L'observance au régime thérapeutique est un élément central de la question de l'efficacité de toute pharmacothérapie (LEYSHON, 1999). C'est une piste valable à explorer en ce qui a trait à la réduction des coûts du régime d'assurance médicaments.

Pour pallier les lacunes entourant l'observance constatées chez certains utilisateurs de médicaments, d'aucuns proposent la mise en place de cliniques d'observance où un patient serait incité à consulter un pharmacien unique qui verrait à encadrer l'ensemble de sa consommation médicamenteuse. Il serait alors possible au professionnel de détecter la sous-consommation et la surconsommation, toutes deux problématiques chez de nombreuses personnes. L'efficacité de pareille mesure reste à démontrer. L'observance est un phénomène complexe impliquant divers professionnels de la santé et de multiples déterminants (BRUS, VAN DE LAAR, TAAL, RASKER, & WIEGMAN, 1999; EVANGELISTA, 1999; RYAN, 1999).

Nous suggérons qu'un projet-pilote soit d'abord mis en marche si l'État retenait pareille suggestion.

e) L'utilisation optimale des médicaments

Notre analyse de la question de l'utilisation optimale des médicaments s'appuie sur les prémisses suivantes :

- 1) puisque le médicament s'avère, toute proportion gardée, une technologie relativement moins coûteuse que la majorité des stratégies thérapeutiques alternatives (institutionnalisation, chirurgie), nous croyons que de favoriser une utilisation optimale des médicaments est une stratégie rentable.
- 2) puisque l'évaluation consomme une part non négligeable des précieuses ressources en santé, une stratégie efficiente en matière d'évaluation doit être implantée.

Nous soulignons l'intérêt de considérer, tout comme le propose le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, une hiérarchie de mesures qui

permettraient— grâce à l'utilisation de méthodes d'évaluation reconnues efficaces — d'éclairer nos choix en matière de médicaments.

Parlant d'utilisation optimale, il semble clair que, de façon générale, lorsque plusieurs médicaments produisant le même effet sont disponibles, le choix devrait porter sur celui dont le prix est le plus bas. En conséquence, toute mesure favorisant la disponibilité de molécules produisant le même effet sera susceptible de permettre une utilisation optimale des ressources financières consacrées aux budgets médicaments. Nous sommes heureux de constater que sur ce point, le ministère a le même type de préoccupations.

Il est aussi très clair que la pharmacéconomie est un nouveau champ de connaissance qui produit des études scientifiques susceptibles de bonifier le processus d'inscription des produits à la liste des médicaments remboursables. Nous comprenons bien que le ministère propose d'ajouter aux traditionnels critères d'inscription que sont la sécurité et l'efficacité, la notion de coût-efficacité. L'utilisation d'outils économiques peut toutefois poser des problèmes éthiques (DRUMMOND, STODDART, & TORRANCE, 1987). En conséquence, l'Ordre des pharmaciens entend demeurer très vigilant sur cette question.

La piste proposée par la ministre est la constitution d'une nouvelle structure, le Conseil consultatif du médicament (CCM). L'absence de comité scientifique externe incite à douter de la capacité qu'aura cette nouvelle structure de fonctionner avec le niveau de neutralité et d'objectivité que requiert ce type d'activité.

Au-delà de l'inscription des médicaments à la liste, c'est au chapitre de leur utilisation par les professionnels que les gains les plus importants en matière d'utilisation optimale restent à faire. Les pistes de solution proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui concerne la question de la revue d'utilisation des médicaments (RUM) — étape subséquente dans toute stratégie d'utilisation optimale des médicaments — ne font pas que soulever des doutes, elles paraissent carrément inadéquates pour une atteinte de cet objectif.

Les pistes de solutions énoncées, en matière de revue d'utilisation des médicaments, s'inspirent du rapport DOUCET (1999). Un rapport qui proposait une modification fondamentale du concept de revue d'utilisation des médicaments. Nous croyons donc utile de rappeler la définition d'une RUM que le comité d'experts (CASTONGUAY et al., 1996) proposait. Une définition qui avait obtenu l'adhésion de tous les acteurs œuvrant dans les programmes de revue d'utilisation des médicaments.

*« Un programme RUM est un processus structuré et continue d'évaluation de l'utilisation des médicaments par des **pairs**, dans un environnement précis de soins de santé et prévoyant des stratégies d'intervention destinées à améliorer les aspects de la thérapie par les médicaments qui ne satisfont pas aux critères d'évaluation. Le but ultime de cette activité est d'atteindre une pharmacothérapie optimale ».*

Or le comité DOUCET définit la revue d'utilisation des médicaments de la façon suivante :

« Les revues d'utilisation des médicaments sont une démarche scientifique qui doit compléter le processus d'évaluation qui a été fait pour l'inscription d'un médicament sur la liste ».

Selon cette définition, les RUM deviennent donc des instruments complémentaires d'évaluation au service de l'établissement des listes de médicament.

L'identification de problèmes d'efficacité pratique, qui doit être comprise comme l'établissement du résultat thérapeutique au sein d'une population de patients dans le monde réel, par opposition au résultat obtenu dans les essais cliniques, est certes essentielle. Toutefois, c'est une approche largement insuffisante si l'on souhaite influencer le comportement des professionnels. Cette influence, faut-il le rappeler est cruciale pour observer un impact bénéfique sur l'état de santé de la population.

Nous avons, au Québec, une expérience de succès bien documentée en matière de revue d'utilisation des médicaments.

En effet, le Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM) a, depuis plusieurs années, démontré sa capacité à influencer positivement sur l'utilisation des médicaments. Selon l'expérience de ce réseau, les médicaments ciblés pour la réalisation d'études RUM doivent être sélectionnés pour solutionner des problématiques identifiées par les professionnels. Cette façon de faire, jumelée au processus d'évaluation par les pairs, garantit une plus forte adhésion des professionnels aux résultats des RUM (RÉSEAU DE REVUE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS, 1996).

Or, il est troublant de constater que les motifs évoqués dans le rapport DOUCET — devant conduire à la réalisation des RUM — découlent de considérations économiques dont le but ultime serait le calcul de l'impact économique net du médicament. Sans nier qu'en certains cas ce motif puisse justifier la réalisation des RUM, ne tenir compte que de cette facette nous apparaît dangereusement restrictif. Nous croyons qu'il y a de sérieux risques

de susciter la méfiance des professionnels plutôt que leur adhésion à une mesure ainsi orientée. Encore une fois, l'État semble subordonner toute la question du médicament, incluant la question de son utilisation optimale, à une stricte question économique.

Devant l'absence de mesures concrètes proposées par le gouvernement pour sensibiliser les professionnels à l'utilisation optimale des médicaments, le retrait du soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec au RRUM et le peu de support apporté au CRUM pour favoriser la mise en application et l'appropriation, par les professionnels, des résultats des analyses déjà menées, **l'Ordre des pharmaciens est d'avis que le volet de la Revue d'utilisation des médicaments (RUM) doit être confié aux ordres professionnels.** Les effets bénéfiques d'un programme de revue d'utilisation des médicaments ne peuvent s'actualiser que par la modification des comportements des professionnels, suite à l'appropriation de l'information produite lors des activités de RUM.

Plusieurs études scientifiques, portant sur l'utilisation des résultats d'activités de recherche dans la pratique, soulignent l'absence de modification des pratiques suite à la simple diffusion et même à la publication de résultats d'études (EISENBERG, 1986; FELCH & SCANLON, 1997; GUPTA, WARD, & HAYMAND, 1997; SMITH & FREW, 1996). Il a pourtant été démontré que si la diffusion de l'information est ciblée vers les leaders d'opinion — ou encore si on met en place des stratégies de synergies entre diverses organisations — la prise en compte des résultats, notamment par les médecins, est favorisée (EVANS, BARER, & MARMOR, 1994; JACOB & MCGREGOR, 1997). Sans cette prise en compte, il n'y a pas d'impact sur l'utilisation des médicaments.

Devant ces faits, l'Ordre des pharmaciens considère que les ordres professionnels doivent assumer le leadership de la constitution d'un institut voué à la réalisation d'activités de RUM. L'implication des ordres, surtout si elle est concertée, favorisera, d'une part, la rédaction de lignes directrices et d'autre part, l'adhésion des professionnels aux critères de bonne utilisation des médicaments. Des critères qui auront été précisés par un comité **scientifique indépendant** issu des différents milieux de pratique, corrigeant ainsi l'incohérence actuelle limitant les activités de RUM à deux secteurs : hospitalier et ambulatoire. L'Ordre considère qu'il s'agit de la seule option permettant d'assurer au public que les sommes provenant des contribuables, et dévolues aux RUM, seront affectées à des mesures permettant d'obtenir un impact bénéfique concret pour la population.

Il va de soi, si l'on souhaite que les efforts des professionnels de la santé se traduisent en impacts concrets auprès des patients, qu'un financement

suffisant pour mener à bien les activités de cette nouvelle entité doit être clairement prévu à la loi.

f) L'intervention professionnelle du pharmacien... une piste

Malgré l'intérêt que présente le fait de renforcer l'observance, nous ne devons pas oublier — et la recherche nous l'a démontré — que plusieurs patients ne reçoivent pas le bon médicament, la bonne dose ou la bonne posologie (HEPLER, 1997; HEPLER & STRAND, 1990) ou même ne font tout simplement pas exécuter l'ordonnance qu'ils reçoivent d'un médecin. La réduction des coûts liés au médicament ne se limite pas à une question de gestion d'une liste de produits ou de renforcement d'observance posologique.

L'apport du pharmacien est indispensable pour maximiser l'efficacité du recours au médicament et accroître son efficacité.

Pour accomplir ce travail, il lui manque pour l'instant une information cruciale : **l'intention thérapeutique**. La teneur actuelle des renseignements qui sont communiqués au pharmacien dans une ordonnance n'intègre malheureusement pas cette donnée indispensable à l'évaluation de la pharmacothérapie retenue. Sans l'indication précisant dans quelle intention tel médicament a été préféré ou telle dose suggérée, il est trop souvent impossible au pharmacien d'intervenir avec justesse dans l'utilisation inappropriée de produits parfois dangereux ou coûteux. L'Ordre souhaite que, dans un avenir rapproché, l'information relative à l'intention thérapeutique soit rendue accessible aux pharmaciennes et pharmaciens qui sont sollicités pour exécuter une ordonnance.

L'intervention du pharmacien s'effectue auprès des prescripteurs grâce à plusieurs instruments, dont **l'opinion pharmaceutique**. Cette activité professionnelle que seul un pharmacien est en mesure de poser illustre l'apport du pharmacien à l'amélioration de l'efficacité dans l'usage du médicament. Tout comme les auteurs du rapport d'évaluation publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Ordre est persuadé qu'une amélioration de la mécanique de l'opinion pharmaceutique et de son remboursement — pour en faciliter l'utilisation et inciter les professionnels à y recourir — ne peut qu'être favorable à la santé de la population et à la réduction des coûts liés au médicament.

La mise en œuvre d'une intervention cohérente et adaptée aux réalités régionales du territoire québécois exige, enfin, la mise en place d'une

infrastructure professionnelle régionale où les médecins et dentistes pourraient œuvrer en synergie. L'expérience nous montre l'utilité, en établissement, de l'encadrement offert par les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Nous croyons souhaitable **la mise en place d'une structure régionale apparentée aux CMDP**, offrant aux professionnels du milieu communautaire l'encadrement et le soutien professionnel qu'offrent les CMDP en établissement. Ces entités favoriseraient le développement de pratiques professionnelles adaptées, baliseraient la mise sur pied de projets pilotes destinés à améliorer l'efficacité et l'efficience des soins offerts partout au Québec.

g) Différentes avenues permettant de réduire les frais, sans réduire la protection

Outre la gestion de la liste, le renforcement de l'observance et l'apport du pharmacien et son interaction avec le prescripteur, d'autres pistes sont aussi valables et méritent d'être étudiées.

- **La continuité des soins établissement de santé/communauté**

Il est notoire pour tous les pharmaciennes et pharmaciens qu'un usage problématique des médicaments survient fréquemment lors du transfert dans la communauté des personnes qui avaient été hospitalisées. À plusieurs reprises, lorsqu'il quitte l'hôpital, un patient reçoit une ordonnance indiquant les nouveaux médicaments qui lui sont prescrits. Ce document, plus souvent qu'autrement, reste muet sur les médicaments qu'on a choisi d'interrompre en milieu hospitalier. Il est facile d'imaginer les problèmes causés par cette situation.

Afin d'éviter le remboursement de médicaments qui ne sont plus requis mais, surtout, pour protéger la santé du patient, il importe de préserver la continuité des soins entre le milieu hospitalier et la communauté. À cet égard, un formulaire de continuité de soins a déjà été présenté par l'Ordre à ses membres. Mais la généralisation de cette pratique s'impose. L'Ordre considère qu'il s'agit d'une mesure facile à mettre en place, susceptible de réduire certains coûts liés à la médication. L'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en vue d'inciter les établissements à faire un usage régulier de cet instrument, est nécessaire.

- **La continuité des soins CHSLD/communauté**

Certaines améliorations pourraient, à notre avis, être apportées à la vitesse avec laquelle l'information relative à l'hospitalisation d'un patient en CHSLD est communiquée aux professionnels de la santé qui le traitent. La mécanique actuelle est trop lente, permettant l'exécution d'ordonnances à des personnes qui séjournent depuis peu en établissement. Son accélération pourrait générer des économies probables.

- **Le recours aux logiciels d'aide à la rédaction de l'ordonnance**

Devant le miroitement d'économies faciles et dans l'enthousiasme immodéré que suscitent parfois les nouvelles technologies, l'Ordre tient à souligner les avantages virtuels mais, surtout, les risques inhérents au recours hâtif à des logiciels permettant la vérification de la rédaction de l'ordonnance médicale.

Si, dans certains cas, pareils instruments se révèlent utiles et efficaces, leurs banques de données ne peuvent en effet se substituer au jugement professionnel. Dans le cas, par exemple, des logiciels de détection des interactions susceptibles d'empêcher la prescription d'un ou plusieurs agents pharmacologiques dont les activités se modifient mutuellement, l'analyse mécanique pourrait faire croire à l'erreur ou à l'incohérence, alors que l'interaction est stratégiquement gérée par le prescripteur. Ces instruments négligent plusieurs données complexes à manipuler, réduisant souvent à deux facteurs en interaction leur analyse des situations.

L'Ordre suggère donc aux décideurs de considérer ces instruments avec prudence, en évitant de leur prêter des propriétés magiques.

- **L'information aux utilisateurs et prescripteurs sur les coûts**

Hypothèse souvent évoquée, la communication aux utilisateurs des coûts réels des médicaments et traitements reçus demeure une opinion fréquemment avancée par plusieurs pharmaciennes et pharmaciens. Ces derniers considèrent important de sensibiliser le public au coût des médicaments, une hypothèse qu'il convient d'étudier plus avant.

Par ailleurs, la sensibilisation des prescripteurs au coût de la médication s'avère une avenue dont on a constaté l'efficacité, lorsqu'il est question de réduire les coûts liés à la pharmacothérapie. Nous encourageons fortement la mise en place de mécanismes permettant une telle sensibilisation.

3.2 ... mais une question qui doit être alors perçue dans une vision économique élargie...

L'augmentation du coût des médicaments, dans les prochaines années, est une hypothèse plus que vraisemblable. Il ne s'agit pas pour autant d'un phénomène inédit. Depuis plus d'une quarantaine d'années, les pharmaciennes et pharmaciens ont vu la constante progression du prix d'acquisition des médicaments. Cette observation, à elle seule, suffit à suggérer le caractère hautement improbable de l'existence d'une corrélation entre l'existence d'une assurance médicaments universelle et les hausses du prix des médicaments. La situation n'a rien de ponctuelle et n'est pas récente.

Tout en constatant — et en déplorant bien entendu — le coût élevé des nouvelles molécules, l'Ordre considère que la situation doit être considérée sous un angle élargi. Divers éléments doivent être mis en perspective.

D'une part, la difficulté qu'ont certaines personnes à rencontrer les frais toujours présents liés à leur médication est principalement liée à leurs revenus. La pauvreté demeure, ne l'oublions pas, un des déterminants importants de la santé (AMMERMAN ET AL., 1992; JACKSON & MCSWANE, 1992; WINKLEBY, JATULIS, FRANK, & FORTMANN, 1992). Dans la problématique de l'assurance médicaments comme dans la lutte à l'ensemble des problèmes sanitaires ou sociaux, la pauvreté demeure un facteur incontournable qui ne doit pas être mis de côté rapidement.

D'autre part, les coûts liés à l'achat de médicaments sont aussi liés à l'activité industrielle pharmaceutique. L'essor et le développement d'une industrie pharmaceutique saine et vigoureuse pose certaines contraintes. Or, dans le débat touchant les politiques du médicament au Québec, on oublie trop souvent de lier le territoire relevant de la santé et des services sociaux au territoire de l'industrie et du commerce. Ce sont pourtant deux facettes d'une même activité, et cette dualité touche l'État comme le citoyen.

Le Québec a choisi d'investir dans la présence et le développement de l'industrie pharmaceutique novatrice, octroyant à celle-ci divers avantages qui favorisent sa croissance et sa vitalité. Le Québec bénéficie indirectement de l'activité, des retombées économiques et du développement du savoir liés à la présence de plusieurs compagnies pharmaceutiques effectuant de la recherche et du développement.

En signalant l'interrelation entre ces deux aspects, l'Ordre ne souhaite pas formuler d'approbation ou de désapprobation en regard des choix politiques et des orientations gouvernementales. Mais il tient à souligner aux administrateurs publics l'incohérence qu'il y aurait à considérer une même réalité — le médicament— tantôt comme une dépense ou un fardeau, lorsqu'on examine l'enveloppe budgétaire de la santé, et tantôt comme un objet de fierté et un véhicule d'essor économique, quand on l'aborde sous l'angle de l'industrie et du commerce.

a) Une juste perception des gains liés au médicament

La perception du médicament qui assimile cet instrument à une dépense s'avère incomplète. De nos jours, il convient de dépasser la vision comptable traditionnelle qui réduisait le médicament à un ensemble de coûts figurant au budget de l'État ou de ses établissements. N'oublions pas que le médicament, bien utilisé, permet une intervention moins coûteuse que l'hospitalisation, la chirurgie, la radiothérapie ou d'autres procédures thérapeutiques de pointe.

L'apparition d'agents pharmacologiques prévenant certaines maladies graves et leurs conséquences entraîne certes des coûts immédiats. Mais combien de millions de dollars s'en trouvent ainsi épargnés ! Les nouvelles molécules découvertes par l'industrie pharmaceutique allègent, complètent ou se substituent souvent à d'autres traitements, parfois coûteux. Au total, la réduction de mortalité ou de morbidité s'avère génératrice d'épargnes pour l'État. Et le médicament se révèle un investissement quand les bénéfices résultant de son usage dépassent les coûts liés à son utilisation.

Autre exemple des gains réalisés par l'introduction de nouveaux produits issus de la recherche de l'industrie pharmaceutique, les tests diagnostics à première vue représentent une charge supplémentaire pour les agents payeurs. Cependant, lorsque l'on considère que ces nouvelles technologies favorisent le maintien à domicile et évite le recours systématiques aux ressources et technologies du plateau hospitalier, notamment par la visite aux cliniques externes, on réalise alors les très importants gains d'efficacité tant en matière de santé que de contrôle des coûts.

La gestion du budget lié aux médicaments exige une perspective élargie, une vision à long terme, un sens de la planification et une modification de la perception traditionnelle du médicament, qui, en santé de nos jours, doit être considéré comme les autres technologies de pointe.

b) Une juste perception de la médication liée au virage ambulatoire

L'Ordre déplore l'inflation verbale qui facilite l'apparition dans le discours public d'expressions comme celle de « dérapage ambulatoire ». L'actuelle transformation des soins est bel et bien un virage vers l'ambulatoire, porteur d'importantes qualités.

Pour l'Ordre, il s'agit d'une évolution positive dont on ne doit pas négliger les acquis. Le traitement à domicile —ou les soins palliatifs— offrent aux patients autrefois hospitalisés des gains importants. La médication des personnes qui ne sont plus hospitalisées accompagne le virage entrepris, alors que parfois, c'est l'hôpital qui se déplace vers son patient. Le fait que le médicament soit à présent distribué et administré hors de l'hospitalisation entraîne des coûts importants... qui auraient parfois été imputés au budget des centres hospitaliers. Outre les bénéfices pour les patients, il n'y a là aucune nouvelle dépense.

Phénomène inédit, le virage ambulatoire a permis l'apparition chez les pharmaciennes et pharmaciens de pratiques pharmaceutiques spécifiques — nous pensons ici à des collègues dont l'exercice principal est tourné vers les patients porteurs du VIH ou les patients en soins palliatifs. Il s'agit, à nos yeux, d'innovations profitant à des clientèles aux besoins indéniables, qui doivent être comptabilisés dans l'évaluation générale de l'impact du système.

Le médicament, en fait, n'est qu'un sous-élément d'un système plus global. Les coûts qui lui sont liés doivent être considérés dans une perspective systémique.

Dans le cadre du virage ambulatoire et des diverses mesures alternatives à l'hôpital, l'Ordre des pharmaciens est d'avis que l'on devrait utiliser les technologies et l'expertise disponible en fonction — comme critère prépondérant— des besoins des patients et de la disponibilité des réseaux publics et privés.

3.3 ... une vision qui permet de ne pas oublier que l'amélioration de l'assurance médicaments dépasse l'amélioration de sa performance économique

La réalité des services à la population est rapidement traitée dans le rapport d'évaluation gouvernemental. Le questionnement de la confidentialité, de la confusion qui règne au sein du public, de l'équité entre les citoyens... visiblement ces questions ne sont qu'effleurées dans le rapport d'évaluation. Or, tout n'est pas réglé. Il serait déplorable que la composante économique escamote les lacunes déjà soulevées par de nombreux intervenants, dont l'Ordre des pharmaciens.

a) L'incohérence

Au rang de lacunes principales du régime actuel d'assurance médicaments, vient d'abord l'incohérence du système où l'improvisation a parfois laissé ses traces.

Des incohérences observées sur le terrain, alors que le remboursement d'un même médicament, pour un même patient, varie selon qu'il se présente dans une région ou une autre du Québec. Des incohérences découlant du manque d'harmonisation des lois et mesures administratives applicables, rendant aléatoires les modalités de paiement des produits. Par exemple, un même médicament peut être remis gratuitement au patient dans certains endroits alors que dans d'autres il lui faut payer pour se le procurer.

Le conflit de loi résultant de l'application de la loi provinciale sur l'assurance-hospitalisation et de la loi fédérale sur la santé provoque des heurts dont les patients font les frais. Des exemples comme celui de l'Aredia^{MC} ou de médicaments pour infiltration, que les patients doivent acheter dans une pharmacie de leur communauté pour ensuite les apporter à l'hôpital où un professionnel leur administrera, illustrent avec éloquence les inégalités qui existent entre les régions. Selon les politiques régionales, le patient, le médecin ou le centre hospitalier, un même produit est présentement facturé soit au régime public, soit au régime privé, ou encore fourni gratuitement au patient. Selon que le toit au-dessus de la tête du patient à qui l'on administre un produit, dans sa communauté, soit le toit d'un centre hospitalier ou d'un

CLSC, les conditions de gratuité d'un même traitement pharmacologique varient...

Si cette situation peut être expliquée, elle demeure aux yeux de l'Ordre injustifiable et inique. Tous les citoyens, pour un même traitement ou épisode de soins, doivent pouvoir recevoir un traitement pharmacologique optimal, à des conditions de financement compatibles avec les principes du programme d'assurance médicaments. L'État doit clairement édicter que les modalités de remboursement devraient être déterminées par les besoins des patients plutôt que par les disponibilités budgétaires des établissements.

Pour quelques pharmaciennes et pharmaciens, il faudrait en arriver à la constitution d'une liste unique de médicaments que les établissements de santé devraient obligatoirement fournir dans leurs cliniques externes.

La situation des jeunes retraités (retraités âgés de moins de 65 ans), mise en relief dans le Rapport d'évaluation du régime, montre une autre relative incohérence des mesures actuelles, favorisant chez les citoyens l'adhésion au régime public – plus alléchant pour certaines clientèles. Pour ce segment de la population et pour d'autres groupes — comme les travailleurs à la pige— cette situation pose problème et doit être corrigée.

b) L'équité

Nous constatons que le rapport d'évaluation publié en décembre fait peu état de l'iniquité comme problème à solutionner. Pourtant, des cas comme ceux des jeunes retraités — évoqué plus tôt— attaquent directement l'équité du régime.

Les avantages consentis aux citoyens qui quittent le pays en emportant dans leurs bagages les quantités de médicament suffisantes pour couvrir quatre mois – économisant du coup 200 \$ de coassurance — est une atteinte à la justice la plus élémentaire. L'économie réalisée par ces personnes est en fait une surcharge pour le système d'assurance médicaments et ce sont les autres citoyens qui, finalement, se voient refiler la facture qu'ils évitent de payer.

Lorsque pareilles manœuvres d'évitement ne sont pas liées à des déplacements mais reposent sur une volonté claire de contourner le système, nous devons en venir au constat que les mécanismes du régime sont porteurs d'incitation à la délinquance. Cette situation est malsaine, et doit être corrigée.

En dernier lieu, il convient de rappeler le sort des patients qui doivent se procurer des « médicaments orphelins ». La rareté de certaines maladies, le coût parfois élevé de leurs traitements... ces variables ne doivent pas pour autant exclure leurs victimes de la protection à laquelle tous les citoyens du Québec ont droit. Il serait dommage que le faible poids politique d'une poignée de citoyens les condamne aux « limbes » d'un régime qui prétend à l'universalité.

c) Le respect

Les patients dont le traitement pharmacologique fait l'objet de la procédure spéciale de « médicament d'exception » attendent avec anxiété la décision des autorités gouvernementales devant, pour chacune des demandes, statuer quant à l'admissibilité au remboursement du produit requis.

Souvent, c'est vers le pharmacien que se tournent les malades pour savoir si leur ordonnance est autorisée.

À cet égard, le fonctionnement des mécanismes d'acceptation doit être amélioré. Il faut, entre autres, voir à ce que la nouvelle de l'acceptation ou du refus soit transmise au pharmacien qui pourra alors en aviser son patient qui attend. Il faut aussi encourager des critères de positionnement du produit dans les choix des thérapies.

d) La confusion

La confusion entourant les modalités du régime est déplorée par l'Ordre des pharmaciens depuis plusieurs mois. Elle a été reconnue dans le rapport d'évaluation gouvernemental. Mais l'État demeure jusqu'ici relativement muet quant aux mesures qu'il entend prendre pour la dissiper.

Faut-il mettre en place une vaste campagne d'information ou de persuasion ?

Nous ne croyons pas qu'il s'agisse là d'une avenue à privilégier. La complexité du régime se prête mal à une intervention persuasive. La distribution de brochures ou le placement média ne conviennent pas au problème. Pourquoi ? Simplement en raison de la réalité elle-même.

Fondamentalement, il faut se l'avouer, la confusion existe parce que le régime est complexe. Depuis plusieurs mois, nous entendons le témoignage de patients scolarisés, de professionnels de la santé, et même d'administrateurs du réseau de la santé qui avouent candidement n'y rien comprendre. Et il faudrait tolérer pareille situation ?

La confusion qui entoure les mécanismes actuels du régime porte une atteinte directe à ses utilisateurs. Pour plusieurs patients, c'est un manque de respect souvent humiliant.

Quand à 67 ans, fier d'avoir toute sa tête et bon pied bon œil, on se présente à la pharmacie pour soudainement apprendre que la montant à déboursier pour obtenir ses médicaments est plus élevé que la monnaie qu'on a préparé pour l'occasion, il s'agit d'un geste blessant. À une époque où les intervenants de la santé cherchent à responsabiliser les citoyens, à leur redonner le contrôle de leur santé, comment pourrait-on accepter une situation où certains patients ne peuvent prévoir le coût d'un médicament qu'ils utilisent depuis plusieurs mois ? En 2000, est-il acceptable de se présenter à la pharmacie comme à un terminal de Loto Québec, dans l'attente de voir apparaître selon le gré d'un ordinateur tel ou tel prix sur une facture ?

L'utilisation de la franchise (8,33 \$) contribue à cette confusion que nous dénonçons. Cette situation s'avère source d'incompréhension et de méfiance envers le pharmacien chez plusieurs patients. Difficile de leur en vouloir. Comment pourrait-on tolérer, dans toute autre situation impliquant une transaction commerciale, pareille fluctuation du prix de vente d'un produit ou d'un service ? À notre avis, à moins de trouver d'autres mécanismes, la franchise mensuelle doit être abolie. Les sommes ainsi perdues par l'État devront être obtenues par d'autres mécanismes — tel l'ajustement de la coassurance.

e) Respect des patients... mais aussi respect des soignants

Il est anormal que des pharmaciennes et pharmaciens aient à « consentir des avances » à leurs patients, à supporter financièrement ceux-ci jusqu'à l'arrivée du remboursement que leur feront parvenir les assureurs privés. C'est pourtant le cas alors que plusieurs personnes couvertes par le secteur privé doivent payer d'avance leur facture lors de la cueillette de leurs médicaments, et attendre ensuite le remboursement qu'un assureur leur fera parvenir après expédition des pièces justificatives.

Certains pharmaciennes et pharmaciens cumulent ainsi des comptes à recevoir de patients pouvant atteindre 10 000 \$ ou plus par mois... Tout en se félicitant de ce que les pharmaciennes et pharmaciens puissent ainsi privilégier les intérêts de leurs patients, l'Ordre considère la situation comme anormale et exige des correctifs. Il s'agit d'une situation malsaine qui, à moyen terme, engendrera des problèmes, des insatisfactions et une agressivité incompatible avec un climat professionnel adéquat. À cet égard, l'État devrait inciter tous les assureurs privés à faire en sorte que les patients n'aient jamais à déboursier plus de 20 % du montant de la facture lorsqu'ils se présentent dans une pharmacie. Les délais de remboursement demeurent, à notre avis, un facteur qui incite certaines personnes à se priver d'un médicament nécessaire à leur santé. Les instruments technologiques disponibles permettent à présent d'éviter que des malades n'aient à assumer complètement le coût de leurs ordonnances puis à attendre plus d'un mois avant de recevoir un remboursement de leur assureur.

Nous avons évoqué la confusion qui entoure le régime. Il nous semble capital de répéter que le gouvernement ne doit plus compter sur les pharmaciennes et pharmaciens pour informer la population des détails administratifs de ses mesures. En effet, l'expérience des derniers mois prouve que les nouvelles exigences administratives imposées aux pharmaciennes et pharmaciens et l'énergie qui y est investi réduisent le contact pharmacien/patient au profit de tâches administratives liées au régime. Plusieurs pharmaciennes et pharmaciens se sont retrouvés, au cours des dernières années, à tenir le rôle d'agents d'assurance, au détriment des tâches liées à la prestation de soins pharmaceutiques. Pour l'Ordre, il s'agit d'une situation qui menace véritablement la qualité des services pouvant être rendus au public.

Malgré leur bonne volonté et leur professionnalisme, les pharmaciennes et pharmaciens ne sont plus en mesure de faire face à d'autres pressions et le message de l'Ordre des pharmaciens doit être entendu avec la plus grande attention des pouvoirs publics.

Les pharmaciennes et pharmaciens ont à composer, ne l'oublions pas, avec plusieurs facteurs alourdissant leur pratique:

- Alourdissement des clientèles et vieillissement de la population. L'évolution démographique impose un alourdissement des tâches liées aux services professionnels.
- Enrichissement important et diversification des tâches professionnelles associées aux activités et au suivi clinique des patients.

- Développement incessant de nouvelles thérapies médicamenteuses associées à des pathologies complexes.
- Sollicitation de plus en plus constante des pharmaciennes et pharmaciens en consultations en première ligne, principalement au sujet de médicaments de vente libre qui, eux-mêmes, exigent davantage d'interventions professionnelles¹.
- Interventions auprès des autres professionnels de la santé, où l'expertise pharmaceutique est plus souvent utilisée qu'autrefois.
- Pénurie des effectifs professionnels en pharmacie. Depuis plusieurs mois, une situation anormale de pénurie est rapportée à plusieurs endroits. L'Ordre, les groupes professionnels et le ministère de la Santé et des Services sociaux étudient présentement la situation qui demeure préoccupante.

¹ La déréglementation qui, depuis quelques années, touche certaines substances autrefois vendues uniquement sur prescription, sous ordonnance, impose à la pharmacienne et au pharmacien des interventions importantes auprès du public. Les timbres de nicotine pour la cessation du tabagisme, le minoxidil pour traiter la calvitie, ... ces nouvelles réalités se traduisent par un besoin accru d'interventions pharmaceutiques.

4. EN SYNTHÈSE...

L'Ordre des pharmaciens du Québec, s'il trace un bilan généralement positif du régime d'assurance médicaments, tient à souligner la persistance de lacunes importantes qui commandent une intervention correctrice de l'État.

Il met en garde les décideurs contre une analyse économique trop rapide qui aurait pour conséquence de réduire le médicament à une sortie de fonds des comptes publics. Le médicament doit et mérite d'être considéré dans une perspective beaucoup plus large que celle actuellement proposée, de même qu'il convient d'éclater les notions de services publics en établissements et les services privés en milieu communautaire.

Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, les stratégies de contrôle des coûts associées au maintien de la qualité des services peuvent s'articuler comme suit :

- Maximiser la contribution des pharmaciennes et pharmaciens au sein des équipes soignantes faisant usage de médicaments, notamment en les dotant des outils nécessaires à la libre expression de leur compétence professionnelle. L'accès du pharmacien à l'intention thérapeutique et aux données cliniques de laboratoires, indissociables de la qualité des services pharmaceutiques, est devenue une nécessité ;
- Faciliter les interventions du pharmacien en assouplissant les règles encadrant l'utilisation de l'opinion pharmaceutique ;
- Accroître la continuité des soins entre l'hôpital et la communauté grâce à un formulaire de continuité de soins en pharmacie ;
- Redonner aux professionnels de la santé la responsabilité qui leur revient de s'assurer de la meilleure utilisation thérapeutique des médicaments, notamment par la création d'un institut de revue d'utilisation des médicaments confié aux ordres professionnels concernés, incluant des modes de financement clairement prévus à la loi ;
- Favoriser l'étude de moyens destinés à accroître l'observance posologique par la mise en place de projets pilotes spécifiques ;

- Mettre en place des structures régionales de concertation entre les pharmaciens et médecins, inspirées des CMDP des établissements ;
- Introduire des mesures destinées à informer les prescripteurs des coûts réels des médicaments qu'ils prescrivent ;
- Accroître l'efficacité de la communication des renseignements liés à l'hospitalisation en CHSLD de patients suivis dans une pharmacie communautaire.

Par ailleurs, il semble évident que le montant maximal qu'un citoyen aurait à payer annuellement, risque d'être prochainement augmenté. Afin d'éviter de pénaliser les moins nantis, nous suggérons le recours à un mode de contribution qui tiendra compte des revenus annuels des personnes assurées.

En marge des questions économiques proprement dites, l'Ordre des pharmaciens du Québec considère que certaines mesures de corrections doivent être adoptées :

- La mécanique du régime s'avère irrespectueuse des citoyens. C'est une atteinte aux orientations générales de notre système de soins qui exige des correctifs rapides. Moins spectaculaire que la question des coûts, cette situation n'en est pourtant pas moins grave aux yeux de l'Ordre. **Il est grand temps de recentrer le régime sur son objet fondamental : le citoyen, qui devrait être au cœur des préoccupations;**
- L'incohérence de diverses mesures doit cesser. Le remboursement d'un même médicament pour un même usage doit être identique, partout à travers le Québec. Il semble essentiel d'harmoniser les différentes lois et les règlements nombreux qui créent l'incohérence dans l'application du régime. L'État, nous semble-t-il, doit agir avec fermeté afin que les citoyens cessent d'être pénalisés en raison de leur maladie ou de la thérapie médicamenteuse sélectionnée alors qu'il s'agit dans bien des cas de la seule solution existante ;
- La confusion qui entoure le système, plusieurs mois après son introduction, est inacceptable. Visiblement trop complexe, le régime actuel doit être amputé de sa franchise mensuelle, source de trop de difficultés.

Pour les pharmaciennes et pharmaciens du Québec, l'introduction du régime a été l'occasion de relever d'intéressants défis. Ce fut aussi l'occasion pour plusieurs citoyens de découvrir leur pharmacienne ou leur pharmacien, une fois éliminé l'impératif commercial lié à leur médication. Mais la mise en place et le soutien a été pénible pour les pharmaciennes et pharmaciens, qui,

trop souvent, se sont transformés en « représentants de l'assureur » pour expliquer à leurs patients les modalités d'un régime que peu de personnes comprenaient.

Dans un contexte d'alourdissement des clientèles et de diversification des activités professionnelles, avec, en toile de fond, une pénurie professionnelle, il est difficile de concevoir que la tâche des pharmaciennes et pharmaciens puisse faire l'objet d'un alourdissement au profit d'une nouvelle complexification du régime d'assurance médicaments. **C'est un message qui doit être clairement entendu de la part des services publics.**

Les pharmaciennes et pharmaciens ont d'abord et avant tout le devoir de protéger la santé de leurs patients. Il serait périlleux, dans la formulation de correctifs au régime actuel, de tenter de leur attribuer des tâches administratives supplémentaires.

5. SOURCES MENTIONNÉES

- AMMERMAN, A., DEVELLIS, B., HAINES, P., KEYSERLING, T., CAREY, T., DEVELLIS, R., & SIMPSON, R. J. (1992). Nutrition education for cardiovascular disease prevention among low income populations-description and pilot evaluation of a physician-based model. *Patient Educ Couns*, 19(1), 5-18.
- BAKST, A. (1995). Pharmacoeconomics and the formulary decision-making process. *Hosp Formul*, 30(1), 42-50.
- BARRUETA, A. (1995). Any willing provider meets the formulary. *Health Syst Rev*, 28(4), 20, 22-3.
- BOYER, S. T. (1995). Drug formulary commentary: an integrated health systems approach. *Pharm Pract Manag Q*, 15(3), 83-5.
- BRUS, H., VAN DE LAAR, M., TAAL, E., RASKER, J., & WIEGMAN, O. (1999). Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Educ Couns*, 36(1), 57-64.
- BUKSTEIN, D. A. (1997). Incorporating quality of life data into managed care formulary decisions: a case study with salmeterol. *Am J Manag Care*, 3(11), 1701-6.
- CASTONGUAY, C., BORGEAT, L., CHAMPIGNY-ROBILLARD, L., LECLERC, D., & MORIN, Y. (1996). *L'Assurance médicaments : des voies de solution. Rapport du comité d'experts sur l'assurance médicaments.*
- DOUCET, H., BATTISTA, R. N., COLLET, J. P., D'ORLÉANS JUSTE, P., LAMOTHE, L., LEMIEUX, V., PARIZEAU, M. H., & STEINMETZ, N. (1999). *Comité d'experts sur la révision du processus de décision pour la couverture des médicaments, Rapport du comité sur les questions relatives au processus de décision pour la couverture des médicaments.*
- EISENBERG, J. M. (1986). *Do education and feed back change doctor's decision?* Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives.
- EVANGELISTA, L. (1999). Compliance: a concept analysis. *Nurs Forum*, 34(1), 5-11.

- EVANS, R. G., BARER, M. L., & MARMOR, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter.
- FELCH, W. C., & SCANLON, D. M. (1997). Bridging the gap between research and practice, the role of continuing medical education. *JAMA*, 277(2), 155-156.
- GABE, J., & BURY, M. (1988). Tranquillisers as a social problem. *Sociological Review*, 36(2), 320-352.
- GABE, J., GUSTAFSSON, U., & BURY, M. (1991). Mediating illness: Newspaper coverage of tranquilliser dependence. *Sociology-of-Health-and-Illness*, 13(3), 332-353.
- GUPTA, L., WARD, J. E., & HAYMAND, R. S. A. (1997). Clinical practice guidelines in general practice : A national survey of recall attitudes and impact. *Medical Journal of Australia*, 166(2), 69-72.
- JACKSON, M., & MCSWANE, D. (1992). Homelessness as a determinant of health. *Public Health Nurs*, 9(3), 185-192.
- JACOB, R., & MCGREGOR, M. (1997). Assessing the impact of health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13(1), 68-80.
- KAATZ, B. (1994). Ethics and formulary choices. *S D J Med*, 47(12), 433.
- KESSLER, J. M. (1997). Decision analysis in the formulary process. *Am J Health Syst Pharm*, 54 Suppl 1, S5-8.
- LEYSHON, J. (1999). When good compliance equals good asthma control. *Community Nurse*, 5(3), 25-27.
- NAVARRO, R. P. (1999). Influencing drug formulary and contract performance. *Manag Care Interface*, 12(4), 89-91, 96.
- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. (1994). *Mémoire 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"*. Montréal: Ordre des pharmaciens du Québec.

- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. (1996). *Mémoire de l'Ordre des pharmaciens du Québec présenté à la Commission des affaires sociales à propos du projet de loi 33*. Montréal: Ordre des pharmaciens du Québec.
- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. (1999). *Le régime d'assurance médicaments du Québec: l'urgence d'atteindre un juste dosage*. Montréal: Ordre des pharmaciens du Québec.
- REYNAUD, M., & COUDERT, A.-J. (1987). *Essai sur l'Art Thérapeutique*. Compiègne, France: Synapse.
- RYAN, A. (1999). Medication compliance and older people: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 36(2), 153-162.
- SMITH, G. (1996). Formulary: what it is and how it works. *J Health Resour Manag*, 14(7), 11-3.
- SPEAKER, S. L. (1997). From "Happiness Pills" to "National Nightmare": changing cultural assessment of minor tranquilizers in America, 1955-1980. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 52(3), 338-376.
- TAMBLYN, R., LAPRISE, R., & NADEAU, L. (1998). *Rapport d'évaluation de l'impact du Régime général d'assurance-médicaments*. Montréal: Université Mc Gill, Université de Montréal, Université McMaster.
- WINKLEBY, M., JATULIS, D., FRANK, E., & FORTMANN, S. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health*, 82(6), 816-820.