



ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

50 boulevard Crémazie, ouest, bureau 505, Montréal, Québec H2P 2T2 (514) 381-7904

ODJ 05.05.05

A voir

Assurance soins pharmaceutiques

novembre 1995

APES # 16
8/12/95

Préparé pour
Comité d'experts sur le régime universel d'assurance-médicaments

Par
L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

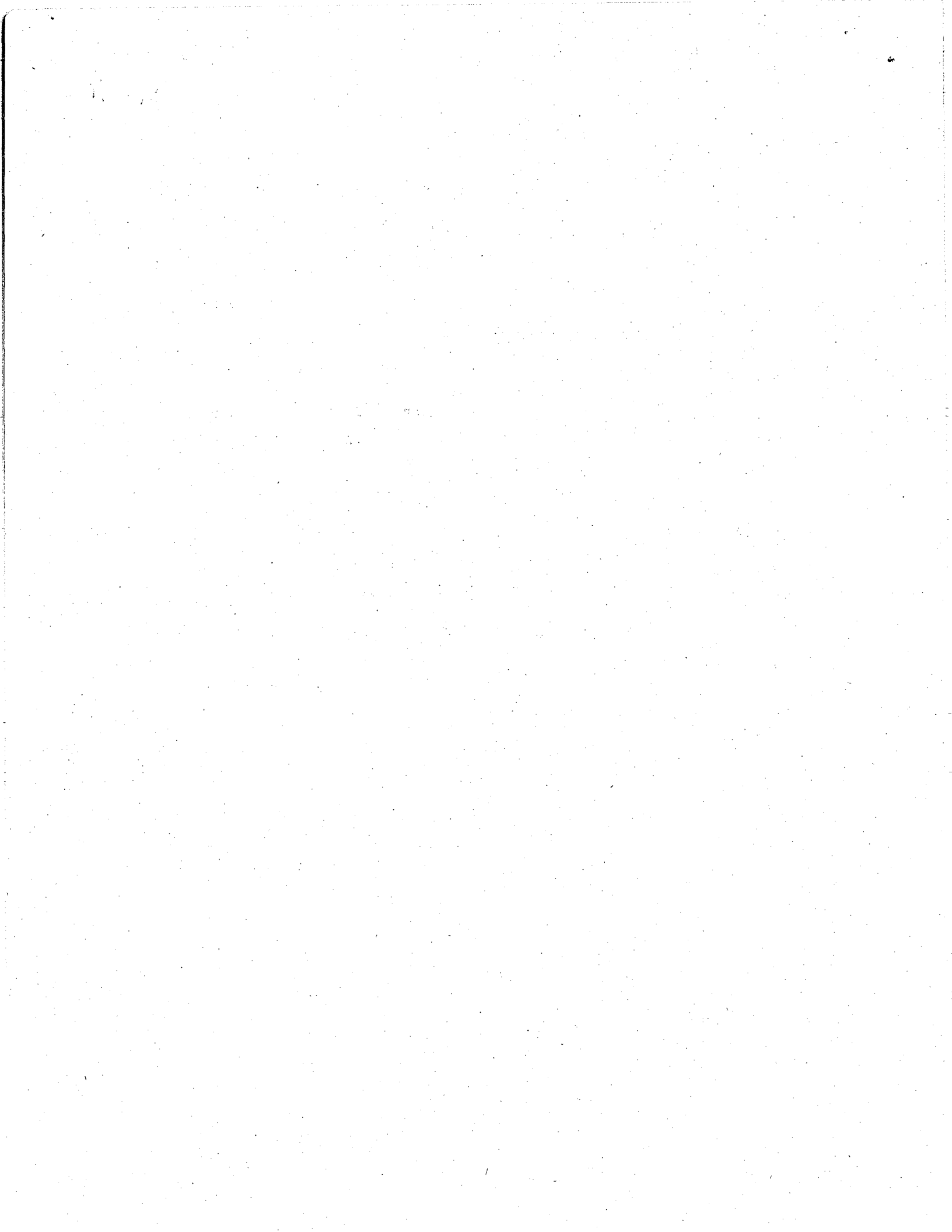


Table des matières

AVANT-PROPOS	1
LES PRINCIPES DE BASE	2
SOINS PRIMAIRES :	2
SOINS SECONDAIRES :	3
SOINS TERTIAIRES :	3
a) L'Universalité	3
b) L'Accessibilité	4
c) L'Équité	7
d) La Continuité	7
e) L'utilisation optimale des ressources humaines et matérielles	8
MODALITÉS	9
a) Critères d'inclusion des médicaments (constitution de la liste)	9
b) Le financement du régime	10
i) Contribution proportionnelle au revenu	11
ii) Contribution annuelle des citoyens	12
iii) Contribution à l'utilisation	12
iv) Couverture pour les coûts résiduels	12
v) Aide gouvernementale	13
c) L'administration du régime	14
d) Les mécanismes de contrôle	14
i) Lien informatique en temps réel	15
ii) Revue d'utilisation des médicaments (R.U.M.)	15
iii) Les soins pharmaceutiques	16
CONCLUSION	18

AVANT-PROPOS

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) désire remercier sincèrement les membres du comité sur le Régime universel d'assurance-médicaments et son président, Monsieur Claude Castonguay de l'invitation qui nous est adressée afin de présenter notre vision des modalités d'un programme d'assurance-médicaments.

Depuis plus de dix ans, notre Association dénonce le caractère inéquitable des programmes d'aide circonstancielle pour les médicaments aux malades sur pied offerts par le réseau des établissements. La base même de ces programmes est discriminatoire et ces programmes souffrent d'un sous-financement depuis leur implantation.

L'aboutissement de ces démarches fut la constitution par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'un comité qui fut présidé par le Dr Jocelyn Demers. Leur conclusion fut que les programmes actuels étaient irréformables et ne pouvaient garantir les valeurs véhiculées par le système de santé, soient l'accessibilité et l'équité. Lors des audiences tenues par le comité Demers, l'APES avait recommandé la mise en place d'un programme universel d'assurance-médicaments. Nous nous étions alors abstenus d'émettre des recommandations sur les modalités d'implantation et de fonctionnement d'un tel régime en raison de la complexité de l'analyse actuarielle impliquée. Une telle analyse devait être réalisée par les fonctionnaires du ministère de la Santé au cours des mois qui suivirent le dépôt du rapport. Les conclusions de leurs travaux n'ayant malheureusement pas été rendues publiques, les commentaires que nous émettons aujourd'hui sont basés sur l'expertise pharmaceutique détenue par les membres de notre Association et sur les données colligées de programmes d'assurances similaires à travers le monde. Nous sommes convaincus que nos commentaires nécessiteront une analyse poussée afin de valider le degré de faisabilité de ces propositions. Nous tenterons cependant d'émettre les principes de base qui devraient, selon nous, orienter de façon privilégiée les modalités du programme universel d'assurance-médicaments du Québec.

LES PRINCIPES DE BASE

Les principes qui seront développés n'ont rien de nouveau. Cependant, dans le contexte novateur d'un programme d'assurance-médicaments, certains de ces principes ont une application particulière. Il s'agit de l'Universalité, de l'Accessibilité, de l'Équité, de la Continuité et de l'Utilisation optimale des ressources.

Il nous semble opportun en préambule de décrire les soins pharmaceutiques qui définissent l'engagement de notre profession face aux citoyens-usagers.

Les soins pharmaceutiques représentent l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative. Afin de prodiguer des soins pharmaceutiques, le pharmacien évalue les besoins médicamenteux d'un patient, détermine s'il présente un ou plusieurs problèmes (réels ou potentiels) liés aux médicaments et collabore avec le patient et avec d'autres professionnels pour concevoir, mettre en oeuvre et suivre un plan pharmacothérapeutique qui permettra de résoudre ou de prévenir le ou les problèmes identifiés. Le pharmacien intervient donc de façon proactive dans le programme de soins offerts aux usagers et est directement responsable envers le patient.

Voici ce que pourraient représenter les différents niveaux de complexité des soins pharmaceutiques à être rendus :

SOINS PRIMAIRES :

Niveau de risque associé à la pharmacothérapie est faible, le patient est stabilisé à tous points de vue.

Patient autonome.

SOINS SECONDAIRES :

Niveau de risque modéré à sévère selon la vulnérabilité du patient, la sévérité et l'instabilité de sa maladie de même qu'en fonction de la complexité de la pharmacothérapie. Les besoins de cette clientèle impliquent un enseignement spécialisé, un suivi intensif et/ou l'enseignement ou le suivi par une équipe multidisciplinaire.

Patient qui relève du réseau.

SOINS TERTIAIRES :

Patient admis dans un établissement pour des raisons médicales.

Patient hospitalisé.

a) L'Universalité

DÉFINITION : Le régime s'applique à tous les résidents légaux du Québec.

Le régime doit couvrir tous les Québécois, le principe de l'assurance étant le partage collectif des risques et des frais reliés au traitement médicamenteux. Il est impératif que tous les Québécois contribuent et puissent profiter du régime.

Aux fins de réalisation des précédents, l'APES recommande :

RECOMMANDATION I

Qu'une Loi du Québec rende obligatoire la couverture de tous les résidents légaux du Québec par un programme d'assurance-médicaments. Cette loi doit notamment prévoir les caractéristiques minimales d'un tel programme afin qu'une couverture adéquate et similaire soit offerte aux Québécois.

Rien dans cette proposition ne vient limiter le droit d'un citoyen ou d'un assureur d'offrir un plan d'assurance qui pourrait couvrir des médicaments ou des soins non couverts par le régime universel du Québec.

b) L'Accessibilité

DÉFINITION : *Accès à tous les soins et services nécessaires sans obstacle financier ou autre.*

Le médicament constitue un outil privilégié de notre système de santé. Il est considéré comme une composante efficace et efficiente des soins de santé. Toutefois, dans les établissements de santé du Québec, on dépense moins pour les traitements médicamenteux que pour les services diagnostiques ou administratifs. Les médicaments jouent un rôle central et constituent l'aboutissement des démarches diagnostiques et thérapeutiques dans lesquelles des sommes considérables sont investies. Ces investissements doivent pouvoir être justifiés par des conduites thérapeutiques optimales et leur respect par les patients. Contrairement aux services diagnostiques dont l'accessibilité est illimitée, l'accessibilité aux médicaments est restreinte, ceux-ci représentant pourtant l'aboutissement d'un processus diagnostique dans la majorité des cas. Les médicaments, accompagnés des soins pharmaceutiques nécessaires à leur utilisation optimale (efficace, efficiente et sécuritaire), doivent donc être disponibles et accessibles pour les patients. Une analyse des programmes de soins médicaux offerts aux québécois devrait être révisée dans son ensemble afin que l'accessibilité aux services médicaux diagnostiques et thérapeutiques soient contrôlée de manière comparable.

L'accessibilité aux médicaments et soins pharmaceutiques qui s'y rattachent repose sur plusieurs pré-requis :

- la disponibilité de moyens financiers pour le patient ou de programmes d'accès;
- la disponibilité des points de services;
- la disponibilité des soins et de l'expertise professionnelle pertinente (les pharmaciens) et;
- la disponibilité d'installations spécialisées.

L'accessibilité sans contrainte financière pose problème au Québec et les présentes consultations sont le témoignage que des actions concrètes sont en cours pour garantir cette valeur de notre système de santé.

Selon les données de l'Ordre des pharmaciens du Québec, le réseau de distribution des médicaments, constitué des pharmacies communautaires privées et des pharmacies d'établissements semble couvrir adéquatement le territoire du Québec. L'accessibilité aux points de service des médicaments ne semble donc pas un problème au Québec.

Une couverture non optimale en soins pharmaceutiques peut limiter l'utilisation optimale des médicaments. Les nombreuses études sur la fidélité des patients aux régimes thérapeutiques démontrent que la prise en charge de son traitement médicamenteux par le patient n'est pas optimale. On admet que près de 50% des patients ont des problèmes de diverses importances à adhérer au traitement médicamenteux. Ce problème génère des coûts directs et indirects de près de cent milliards de dollars aux États-Unis. De plus, une proportion significative des admissions hospitalières sont causées par un problème relié à la pharmacothérapie. La littérature recommande unanimement que des stratégies d'enseignement aux patients permettent de contrôler une bonne partie de ce problème majeur. Il existe de plus un manque d'information et un manque de suivi entre le médecin et le pharmacien concernant la justification auprès d'un patient d'un traitement médicamenteux. Un réajustement des effectifs pharmaceutiques permettrait d'influer sur ce déterminant, particulièrement en établissement de santé où les effectifs pharmaceutiques sont parmi les plus bas au Canada.¹ Bien que la place des services pharmaceutiques de support aux citoyens afin de rehausser leur autonomie et leur prise en charge de leur santé démontrent des bénéfices, les systèmes de santé publics et privés ont quasi systématiquement misé sur les soins pharmaceutiques pour effectuer des économies directes au lieu de miser sur les soins pharmaceutiques pour effectuer des économies globales. Nous reviendrons sur ce sujet dans la section les mécanismes de contrôle.

L'obstacle financier constitue une contrainte pouvant limiter l'accès aux médicaments comme tels. Les études américaines avancent que la barrière économique pourrait être invoquée dans plus de 6% des cas d'infidélité au traitement. Un programme d'assurance-médicaments permettrait de pondérer ce déterminant.

Les bouleversements actuels de notre système de santé risquent d'entraîner d'importants problèmes d'accessibilité aux médicaments. En effet, en raison du développement de programmes en alternative à l'hospitalisation, de plus en plus de Québécois aux prises avec un problème de santé aigu ou subaigu, auparavant traités en milieu hospitalier et bénéficiant de la gratuité des médicaments en vertu de Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec, devront terminer à la maison et à leurs frais leur traitement médicamenteux. Ces citoyens se retrouvent littéralement «assis entre deux chaises». Les hôpitaux n'ont légalement plus le mandat de leur servir les médicaments alors

¹ Enquête Lilly, 1994.

que les assureurs privés allèguent que ces traitements sont des traitements hospitaliers et devraient être assumés par ces derniers. Afin de pallier temporairement à ce problème, le ministre de la Santé a récemment imposé aux établissements d'assumer le coût des traitements en attendant un régime universel d'assurance-médicaments.

RECOMMANDATION II

Le coût des traitements prescrits aux malades non admis, mais traités via un établissement de santé du Réseau devrait être assumé par le programme universel d'assurance-médicaments .

Aux fins d'application de la précédente recommandation et en raison du niveau de soins pharmaceutiques requis par certains usagers, les soins pharmaceutiques devront être prodigués au niveau des établissements de santé de façon à rendre les ressources spécialisées et le plateau technologique des établissements accessibles. En conséquence,

RECOMMANDATION III

Les établissements de santé devront pouvoir facturer les médicaments et les soins pharmaceutiques requis par les patients non admis mais traités via le Réseau, dans la mesure où les traitements nécessitent les expertises et le plateau technologique des établissements.

En résumé, le programme universel d'assurance-médicaments devrait :

- couvrir les médicaments et soins pharmaceutiques requis par les patients externes;
- couvrir les médicaments et soins pharmaceutiques requis par les patients non admis mais traités via un établissement de santé du Réseau (CLSC, CHSLD, CH);
- reconnaître comme des points de services, les pharmacies d'établissements et les pharmacies communautaires en fonction du niveau de soins pharmaceutiques requis et des infrastructures déjà en place.

c) L'Équité

DÉFINITION : *Tous les citoyens du Québec sont égaux face à ce régime d'assurance.*

Le principe est le partage collectif des risques et des frais reliés aux traitements médicamenteux. Le régime ne doit pas comporter d'éléments discriminatoires quant à l'âge, à l'état de santé, au profil de consommation médicamenteux ou à tout autre paramètre pouvant limiter le droit et l'accès d'un citoyen à des soins. Aux fins d'opérationnalisation de cet énoncé, l'exclusion des «mauvais risques» doit être strictement défendue dans l'éventuel régime d'assurance-médicaments.

Évidemment, la protection de ces droits ne veut pas dire que tous les médicaments ou soins pharmaceutiques doivent obligatoirement être couverts par le programme. Des critères rigoureux devront être mis en place pour garantir un régime optimal.

Le programme devra aussi garantir un équilibre des forces entre les consommateurs de soins, les prestataires de soins, les producteurs des biens médicaux et médicaments et le ou les tiers payeurs. Un des moyens qui permettrait d'atteindre cet équilibre serait la formation d'un Comité central dont le rôle aviseur pourra contribuer à l'objectif recherché.

RECOMMANDATION IV

Un comité central devrait être créé qui regroupera des représentants de chacun des groupes suivants: représentant des usagers, des médecins, des pharmaciens, de la RAMQ, du CCP, des assureurs privés et des fabricants de médicaments. Un spécialiste de la bioéthique devrait également siéger sur le comité.

d) La Continuité

Les problèmes de continuité engendrés par la modification et la multiplication des points de services du système de santé touchent plusieurs niveaux. Un seul cependant est pertinent selon l'angle de l'assurance-médicaments.

En effet, le citoyen doit avoir accès aux traitements médicamenteux et aux soins pharmaceutiques qui s'y rattachent quel que soit le lieu de prestation des services de santé. L'APES en fait un énoncé de principe dans le cadre de la réforme actuelle des soins de santé.

Cette proposition a pour but de maximiser l'efficacité des soins au service de l'utilisateur. Les conséquences de cet énoncé sont multiples :

- accès aux médicaments et aux soins pharmaceutiques quel que soit le point de service;
- préparation des médicaments sur place dans les établissements de santé dans la mesure où les installations et les expertises le permettent;
- présence sur place d'un pharmacien pour la communication des renseignements requis pour un bon usage des médicaments auprès du patient, de sa famille ou ses proches et des autres professionnels de la santé;
- transmission des informations requises pour assurer le suivi adéquat du patient. Ces informations sont destinées notamment : aux médecins traitants et consultants, aux pharmaciens d'établissement et de pratique privée, aux infirmiers et infirmières. Ces informations incluent le plan de soins pharmaceutiques.

e) L'utilisation optimale des ressources humaines et matérielles

Le régime universel d'assurance-médicaments devra faire preuve d'une gestion simple et efficace. C'est là une des conditions qui garantira l'acceptation du programme tant par les citoyens que par ses gouvernants, surtout dans la situation économique qui prévaut.

Dans ce contexte, nous croyons qu'il faut utiliser les ressources humaines actuellement disponibles dans le réseau des pharmacies. La répartition des points de services devra se faire en fonction du niveau de soins pharmaceutiques requis, tels que définis plus tôt. Il pourrait également y avoir la possibilité d'ententes inter-établissements.

Par conséquent, dans le but de profiter des expertises en place et de rationaliser l'utilisation des ressources humaines en fonction des besoins de la clientèle, l'APES croit que la **RECOMMANDATION III** précédemment citée est un enjeu majeur qui garantira la continuité des soins et assurera une utilisation optimale des ressources humaines en place et du plateau technologique déjà disponible.

MODALITÉS

Les modalités d'un programme universel d'assurance-médicaments seront cruciales pour en arriver au juste équilibre entre la demande et les ressources financières disponibles pour assurer la survie du programme. Ces modalités devront garantir l'accessibilité, l'équité et l'universalité du régime aux usagers.

a) Critères d'inclusion des médicaments (constitution de la liste)

La sélection des médicaments qui feront l'objet d'une couverture par le programme est certes la modalité la plus ardue et la plus importante. Elle fera foi de la valeur thérapeutique du régime et de sa capacité à satisfaire les besoins des citoyens. Les pharmaciens pratiquant en établissement sont bien au fait de cette délicate mission puisqu'ils constituent et mettent à jour un formulaire de médicaments pour usage courant dans l'établissement de santé à partir de la liste dressée par la RAMQ. Cet exercice réalisé grâce à l'initiative des pharmaciens des établissements et en collaboration avec les médecins garantit un formulaire adapté aux besoins spécifiques des clientèles régionales et sous-régionales tout en garantissant un niveau de contrôle intéressant. Il faut retenir de cette expérience que la constitution d'un formulaire a plus de chances de succès s'il est basé sur un exercice local, sous-régional et régional, basé sur les compétences de pairs connus et avec lesquels les médecins oeuvrent.

Le passé nous fournit de nombreux exemples de «désassurance» de médicaments ou de classes de médicaments lorsque ceux-ci sont fortement utilisés ou lorsque leur coût unitaire est élevé. Cette pratique devrait être bannie dans un régime universel. Toute décision d'inclure ou de retirer un médicament de cette liste doit être basée sur une analyse rigoureuse des données pharmacologiques et pharmacothérapeutiques couplées à une analyse pharmacoéconomique ou épidémiologique le cas échéant. En raison des coûts de plus en plus élevés de certains traitements, des choix souvent difficiles et parfois douloureux devront être faits. Ces choix dépassent souvent le cadre de la décision médicale, administrative ou actuarielle. Ainsi nous croyons que le comité central, chargé de conseiller le ministre quant au contenu de la liste de médicaments, devrait s'adjoindre un spécialiste de la bioéthique, tel que stipulé dans la **RECOMMANDATION IV**.

Traditionnellement, la décision de l'inclusion ou non d'un médicament était uniquement basée sur les caractéristiques physico-chimiques d'une molécule.

Nous croyons que par souci d'équité et d'accessibilité :

RECOMMANDATION V

Qu'une liste des pathologies admissibles soit d'abord établie afin d'élaborer par la suite la liste des médicaments qui seront inclus au programme.

RECOMMANDATION VI

Que le comité central ait la responsabilité de conseiller le ministre quant à la constitution et la mise à jour de cette liste de pathologies admissibles et de médicaments requis.

Les pharmaciens d'établissement oeuvrant dans le Réseau devraient avoir le mandat d'établir des règles d'utilisation des médicaments en collaboration avec les médecins. Ces règles pourraient être soumises à un conseil médico-pharmaceutique régional qui assurerait la cohésion régionale et en informerait le CCP. Les pharmaciens seront ensuite responsables de la mise en application de ces règles.

RECOMMANDATION VII

Que le Conseil Consultatif de pharmacologie ait le mandat de procéder à l'étude pharmacologique des médicaments ainsi soumis au comité central.

b) Le financement du régime

Le financement du régime est une délicate et pertinente question surtout en cette période où le contrôle des dépenses de l'état préoccupe au plus haut point ses gestionnaires en raison des ressources restreintes. Cependant, la santé est une valeur fondamentale pour notre société et la maladie, une

catastrophe humaine. Dans une société où les valeurs humaines sont importantes, on doit permettre aux citoyens de ne pas risquer la catastrophe économique lorsque la maladie les frappe. Évidemment, les moyens financiers des citoyens du Québec sont variables et ce qui semble être un coût abordable pour les uns peut représenter une dépense majeure pour les autres. Les paramètres du futur régime devront tenir compte de cette diversité sans toutefois faire porter le fardeau par une petite proportion de la population jugée aisée financièrement. Dans ce cas, les modalités relèveraient davantage de la taxation que de l'assurance proprement dite.

Puisque les données de l'étude de faisabilité réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux n'ont pas été dévoilées et que nous ne disposons pas de l'expertise des actuaires, nous nous limiterons à présenter une structure de financement qui réponde aux grandes orientations associées au régime universel d'assurance-médicaments. Dans ce contexte, la valeur unitaire finale de la contribution des citoyens ne peut être avancée. Nous sommes conscients que cette valeur unitaire peut être un enjeu majeur pour les citoyens et sur le réalisme et la viabilité du programme d'assurance-médicaments.

i) Contribution proportionnelle au revenu

L'impôt sur le revenu comporte une portion qui sert au financement du système de santé dans son ensemble. Cette portion de l'impôt sur le revenu devrait être identifiée distinctement pour sensibiliser les citoyens au coût des services de santé et pour assurer un financement du système de santé dans son ensemble et du programme d'assurance-médicaments en particulier.

RECOMMANDATION VIII

La part de l'impôt sur le revenu servant au financement du système de santé devrait être clairement identifiée comme un poste budgétaire distinct dans la déclaration de revenus.

ii) Contribution annuelle des citoyens

Puisque chaque citoyen du Québec bénéficie du régime, il doit aussi y contribuer. Une prime annuelle d'un montant fixe doit être prévue. À l'instar des programmes actuels d'assurance-maladie, une prime individuelle et une prime familiale devraient être proposées, abordables et identiques pour tout individu ou toute famille. Afin de faciliter la gestion du programme et de la conserver la plus simple possible, nous croyons que la meilleure stratégie pour assurer le paiement de cette prime par tous les citoyens du Québec consiste à l'inclure dans la déclaration de revenus du Québec.

iii) Contribution à l'utilisation

Le programme d'assurance-médicaments ne peut couvrir tous les frais reliés à l'utilisation des médicaments. Une franchise annuelle d'un montant fixe et uniforme pour tous, représentant une partie des premières dépenses, doit être instaurée. Encore une fois, il est difficile pour nous d'en évaluer une valeur qui assurera un financement équitable sans devenir un obstacle à l'accessibilité.

iv) Couverture pour les coûts résiduels

Une fois qu'un citoyen du Québec a engagé un montant égal à la franchise, l'assurance-médicaments doit couvrir les frais reliés aux médicaments et aux soins pharmaceutiques. La plupart des programmes offrent une co-assurance de 80% du coût total, laissant une part de 20% à la charge de l'utilisateur. Nous avons de sérieuses réserves quant à cette approche dans le cadre d'un programme universel. En effet, de plus en plus de médicaments sont introduits sur le marché à un coût très élevé. Dans certains cas, la part de l'utilisateur peut facilement atteindre 2 000.00 \$ par année. Pour certains Québécois, cette situation est catastrophique et va à l'encontre du principe avancé d'une assurance catastrophe. Ainsi, l'A.P.E.S. formule la recommandation suivante :

RECOMMANDATION IX

Le régime universel d'assurance-médicaments devrait couvrir 100% des coûts des médicaments inclus au régime, conditionnellement à ce que la prime et la franchise annuelles soient payées.

v) Aide gouvernementale

Actuellement, deux classes de citoyens bénéficient de programmes assurant l'accessibilité à certains médicaments et soins pharmaceutiques tandis que certains patients bénéficient d'une aide circonstancielle. Nous suggérons d'abolir ces programmes dans leur forme actuelle. Quel que soit son âge, chaque citoyen devra souscrire au programme universel d'assurance-médicaments.

Cependant, les citoyens qui n'ont pas les moyens financiers de souscrire à cette assurance devront recevoir une aide gouvernementale afin de défrayer le coût de la prime annuelle et de la franchise. Le cas de tous ces citoyens pourrait être réévalué en fonction des critères de revenu minimal actuellement en vigueur pour les programmes d'aide sociale ou d'aide circonstancielle pour les médicaments.

SOURCE DE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

<p>CONTRIBUTION PROPORTIONNELLE AU REVENU (Impôt sur le revenu)(%)</p> <p>+</p> <p>PRIME ANNUELLE²</p> <p>+</p> <p>FRANCHISE ANNUELLE² (Contribution à l'utilisation)</p>

² Aide gouvernementale si incapacité de payer

RECOMMANDATION X

Les programmes d'assurance-médicaments en cours selon les critères actuels devraient être abolis.

La situation de chaque citoyen devrait être évaluée en fonction de ses revenus (et non de son actif). Lorsqu'un citoyen a un revenu inférieur au revenu minimal, l'aide gouvernementale devrait prendre la charge de la prime et de la franchise annuelle.

c) L'administration du régime

La présente proposition d'un régime universel pose deux problèmes:

- Qui administrera le régime?
- Qu'advient-il des contrats privés d'assurance-maladie en vigueur offrant l'assurance-médicaments?

Nous croyons possible la création d'un régime mutuel qui laissera de la place à la fois au système public et à l'entreprise privée dans la gestion du programme universel. Ainsi, la protection offerte au-dessus de la franchise, qui peut être qualifiée de régime universel de type «catastrophe», pourrait être basée sur la création d'un «pool» auquel contribuerait tous les participants au régime de base. Il va de soi que la participation au «pool» doit être obligatoire pour tous les assureurs qui désirent offrir un régime d'assurance-médicaments aux citoyens du Québec.

Par ailleurs, les assureurs privés ou l'état (pour les clientèles démunies économiquement) pourrait offrir un régime complémentaire qui permettrait d'abaisser le niveau de protection en deçà de la franchise annuelle payable dans le cas du régime de base.

d) Les mécanismes de contrôle

Tel que mentionné fréquemment dans ce mémoire, nous croyons que les mécanismes de contrôle devront être les plus simples possibles. Nous avons déjà émis la suggestion que les mécanismes de contrôle de la facturation devraient être assumés par le ministère du Revenu. Une à deux lignes ajoutées à la déclaration annuelle du revenu et des ajustements à la programmation pourraient amorcer le système à relativement peu de frais.

i) Lien informatique en temps réel

Pour éviter de faire supporter le financement temporaire des médicaments par les patients, la facturation devrait se faire directement au tiers payeur. Ce système devra permettre de connaître en tout temps le montant cumulatif total des frais encourus pour cet usager afin de déterminer le seuil assuré au-delà de la franchise. Un tel système permettra aussi de mieux contrôler les duplications possibles pour un même traitement. La banque de données ainsi constituée sera un outil fort intéressant pour l'analyse de la consommation et les mécanismes de contrôle requis pour un tel système. Cela suppose un lien informatique en temps réel. Bien que cette technologie soit accessible, elle n'est pas la norme actuellement. Une étude de faisabilité devra être réalisée.

RECOMMANDATION XI

Que les points de services pharmaceutiques (établissements de santé et officines privées) soient reliés par un système informatique en temps réel avec les tiers payeur.

Nous désirons toutefois faire une mise en garde quant au respect de la confidentialité des données médicales avec l'instauration des divers mécanismes de contrôle informatisés.

ii) Revue d'utilisation des médicaments (R.U.M.)

Les revues de l'utilisation des médicaments sont un exercice pratiqué depuis plus d'une décennie dans les établissements de santé du Québec. La très grande majorité des programmes mis en place dans les établissements ont eu un impact sur la qualité de l'utilisation des médicaments et sur l'utilisation efficiente des ressources financières. Grâce notamment à l'initiative de notre Association, un réseau provincial unique de RUM a été mis sur pied et son expertise devrait certes être mise directement à profit dans le cadre du Régime d'assurance-médicaments. L'APES croit que les revues de l'utilisation des médicaments sont certes un mécanisme des plus intéressants pour améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments. Nous offrons d'ailleurs notre collaboration afin de partager l'expertise que nous avons développé à cet égard. Nous croyons cependant qu'il faut être parcimonieux dans la planification des économies pouvant être générées

par des études RUM ambulatoires en raison de l'accessibilité limitée aux données permettant l'émission de recommandations concluantes d'une part, et en raison de la difficulté de créer une dynamique de confiance propre à ce mécanisme d'évaluation de l'acte régi par les pairs d'autre part. À ces seules conditions, les RUM ambulatoires auront un impact qualitatif et économique indiscutable.

Le financement de telles études devrait être partagé par les assureurs.

iii) Les soins pharmaceutiques

L'expérience cumulée à date dans les établissements de santé du Québec indique clairement que les interventions cliniques du pharmacien contribuent directement à la qualité de la pharmacothérapie et contribuent donc à réduire les complications et les coûts reliés à l'usage des médicaments. Une étude majeure portant sur l'impact des opinions émises par les pharmaciens d'établissement a été réalisée en Ontario³. Cette étude démontre un taux d'acceptation de plus de 88% des recommandations émises par les pharmaciens. Ceci démontre clairement la pertinence et la valeur des interventions des pharmaciens et les collaborations établies entre médecins et pharmaciens dans les établissements de santé. Les interventions des pharmaciens ont résulté en une réduction des coûts de 40%. Ceci démontre donc la valeur ajoutée par le pharmacien à la pharmacothérapie et soutient notre énoncé que médicaments et soins pharmaceutiques sont indissociables.

À l'instar de l'Angleterre, le Québec doit miser sur ses pharmaciens pour assurer une pharmacothérapie de qualité et assurer le contrôle des coûts du programme. Même si le Québec a été à l'avant-garde en instaurant le paiement pour l'opinion pharmaceutique, on peut dire que les contraintes imposées à ce paiement ont été telles que cette initiative n'apporte probablement pas tous les bénéfices possibles. De la même façon le Québec a été la province la plus timide dans le développement des ressources pharmaceutiques en établissement. Des retombées positives ont été perdues et nous mettons sérieusement en garde les principaux acteurs du programme d'assurance-médicaments contre le piège de négliger ou de contraindre sévèrement les soins pharmaceutiques pour des raisons

³ Ogle BG, McLean WM et Poston JW. The Clinical Pharmacy Services Study. Soumis pour publication. 1995.

d'économies directes et éphémères. Les pharmaciens doivent faire partie de la solution et non du problème. Nous sommes d'avis qu'il faut parler raisonnablement d'un programme d'assurance **soins pharmaceutiques** et non d'un programme d'assurance-médicaments.

CONCLUSION

Nous espérons avoir démontré au cours des pages précédentes qu'un régime universel d'assurance **soins pharmaceutiques** est un outil qui permettrait de garantir les valeurs fondamentales du système de santé dont bénéficient les Québécois. Cette proposition permet de plus de garantir l'équité, parfois déficiente dans le système actuel et de maintenir l'accessibilité aux médicaments et aux soins pharmaceutiques qui s'y rattachent. Le rôle majeur joué par le médicament et les soins pharmaceutiques dans les traitements médicaux modernes et la modification de l'environnement causée par la réforme en cours du système de santé justifient amplement le programme d'assurance-Soins pharmaceutiques. Celui-ci ne peut plus être perçu comme un luxe mais devient une nécessité.

Nous avons ainsi tenté de présenter une vision simple et réaliste de ce que pourrait être le futur régime d'assurance **soins pharmaceutiques** des Québécois. Ce programme doit placer le citoyen et ses besoins au centre des préoccupations du régime de santé.

L'Association des pharmaciens des établissements de santé a toujours été fort préoccupée de l'équité et de l'accessibilité dans ce dossier particulier. Le Québec peut innover dans ce domaine, il dispose de l'expertise et du réseau pour mener ce projet à bon port. À ce titre, la collaboration de notre Association et de ses membres vous est acquise.

