

La Commission Romanow et les médicaments: pour l'accessibilité à une pharmacothérapie de qualité

Anita L. Kozyrskyj

Les demandes de tirés-a-part doivent être adressées à: / Requests for offprints should be sent to:

Anita L. Kozyrskyj, PhD
Department of Community Health Sciences
Faculty of Medicine
Manitoba Centre for Health Policy
408-727 McDermot Ave.
Winnipeg, MBR3E 3P5
kozyrsk@cc.umanitoba.ca

Compte tenu du rôle croissant des médicaments d'ordonnance dans la vie des Canadiens, la Commission Romanow a signalé deux points critiques que l'on ne peut ignorer. L'un est d'assurer qu'aucun obstacle de nature financière ne peut empêcher les citoyens canadiens d'avoir accès aux médicaments d'ordonnance qui leur sont nécessaires. Le deuxième est d'améliorer la qualité, la sécurité et la rentabilité de l'utilisation des médicaments d'ordonnance.¹ La Commission a avancé cinq recommandations qui couvrent ces questions. Tout d'abord, elle préconise l'instauration d'un transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments, qui amènerait le gouvernement fédéral à rembourser 50 pour cent du coût des régimes d'assurance-médicaments provinciaux au-delà d'un seuil annuel de 1500\$ par personne. Viennent ensuite trois recommandations visant à garantir à tous les Canadiens l'accès uniforme à des médicaments rentables, y compris la mise sur pied d'une nouvelle Agence canadienne du médicament, la création d'une liste nationale de médicaments d'ordonnance et la révision des lois canadiennes sur les brevets. Une cinquième recommandation porte sur l'amélioration de la qualité de la pharmacothérapie par le biais de la création de programmes de gestion des médicaments dans le cadre d'une refonte du système de soins de santé primaires.

Bien qu'elle affirme que l'inclusion des médicaments d'ordonnance dans les services médicalement nécessaires en vertu de la Loi canadienne sur la santé est tout à fait défendable, la Commission n'est pas allée

jusqu'à en faire une recommandation. Pourquoi donc n'a-t-elle pas apporté son soutien au legs vieux de 50 ans, fondé en 1945 par Hegearty, poursuivi en 1962 par Hall et en 1997 par le Forum national sur la santé, en appuyant de façon non ambiguë l'assurance des médicaments d'ordonnance en tant que droit pour tous les Canadiens?² Cette omission est en désaccord flagrant avec la volonté de la Commission de proposer que les services de diagnostic deviennent des services médicalement nécessaires, en particulier quand il existe tant de similarités entre les services de diagnostic et les produits pharmaceutiques. Ils sont tous deux couverts dans le cas des patients hospitalisés et le rapport coût-efficacité de chacun est examiné sur une base régulière. Il se peut que ce soit lié à l'inquiétude de la Commission devant l'utilisation croissante des services évolués de diagnostic privés qui pourrait saper l'égalité d'accès. La Commission n'a-t-elle pas eu la même vive inquiétude devant l'inégalité d'accès aux produits pharmaceutiques? On assiste déjà à une utilisation accrue du financement privé pour les produits pharmaceutiques, en partie à cause des efforts pour garder les individus hors de l'hôpital. Est-ce que les Canadiens n'ont rien dit au sujet de l'inégalité d'accès aux médicaments d'ordonnance? Si l'on se fie au dialogue relatif aux politiques affiché sur le site Web de la Commission, ce n'est pas le cas. Les Canadiens ont bien exprimé leur inquiétude sur cette question ainsi que sur les écarts croissants dans la couverture avec l'arrivée de nouveaux médicaments issus du projet du génome

humain. Ces questions sont-elles d'un intérêt particulier pour les aînés canadiens? Examinons les faits.

Toutes les provinces offrent aux aînés des prestations d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Néanmoins, par opposition aux deux tiers de Canadiens plus jeunes, seulement 50 pour cent des aînés ont rapporté qu'ils avaient une assurance-médicaments en 1996.³ Et cela parce que chaque province possède son propre régime d'assurance-médicaments pour les aînés et que la couverture est très variable. Tandis que nombre de provinces offrent une couverture à tous les aînés, certaines, comme le Nouveau-Brunswick, ne l'offrent qu'aux aînés bénéficiant du Supplément de revenu garanti (SRG), prestation fédérale visant les personnes âgées à faible revenu.⁴ Les aînés manitobains, comme les autres résidents, sont remboursés à 100 pour cent pour le coût des médicaments d'ordonnance dès qu'ils ont atteint leur franchise. Celle-ci est basée sur le revenu et correspond à 3 pour cent du revenu annuel du ménage excédant 15000\$ et à 2 pour cent du revenu inférieur à ce montant. En faisant appel à des méthodes de simulation, Willison et al. ont noté une variation dans la quote-part allant jusqu'à dix fois plus pour la même consommation de médicaments chez des aînés ayant des revenus semblables à travers le pays en 1997.⁵ Les aînés recevant le SRG payaient un plafond de 50\$ en Ontario, alors que ceux de la Saskatchewan payaient 500\$. La quote-part des Manitobains à faible revenu était de l'ordre de 300\$. Il est intéressant de noter qu'en vertu du système manitobain fondé sur le revenu, 35 pour cent de la quote-part du coût des médicaments d'ordonnance étaient payés par des aînés en 1999.⁶

Au Canada, les dépenses pour les médicaments d'ordonnance continuent d'augmenter au rythme de 10 pour cent par an. Au Manitoba, le coût des médicaments d'ordonnance chez les aînés a augmenté de plus de 40 pour cent de 1995 à 1999; et pour ceux âgés de 85 ans ou plus, le coût a doublé.⁶ Face à cette hausse, les régimes d'assurance-médicaments réagissent le plus souvent en augmentant la participation au coût des médicaments d'ordonnance. Ces «nouvelles politiques» nous offrent d'intéressantes leçons sur la nature humaine. Quand le programme Medicaid du New Hampshire a instauré un plafond au nombre d'ordonnances couvertes, non seulement les aînés ont-ils diminué leur consommation de médicaments essentiels, mais un plus grand nombre ont été admis dans les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers.⁷ Les Canadiens n'ont toutefois pas à chercher si loin pour trouver des exemples de ce genre. En 1997, le gouvernement du Québec a introduit la couverture universelle pour les médicaments d'ordonnance parallèlement à une coassurance de 25 pour cent pour les

aînés, qui, auparavant, payaient une quote-part modique ou ne payaient rien du tout pour leurs médicaments d'ordonnance.⁸ Le résultat a été une baisse de 9 pour cent dans la consommation de médicaments essentiels chez les aînés et deux fois plus d'admissions à l'hôpital et dans des centres de soins infirmiers. D'autres exemples encore plus marquants nous sont offerts par le témoignage même des aînés souffrant de maladies chroniques qui ne peuvent se payer leurs médicaments. Que font-ils dans ce cas-là? Ils essaient d'obtenir des échantillons gratuits auprès de médecins, ils diminuent leurs dépenses de nourriture et de vêtements, ils prennent moins de leurs médicaments, ils empruntent de l'argent à des amis pour les payer puis ils arrêtent de les prendre.⁹

On ne peut donc nier l'inégalité d'accès aux produits pharmaceutiques pour les aînés vivant au Canada et le fait qu'ils choisissent de réduire leur consommation de médicaments d'ordonnance quand ils sont aux prises avec une augmentation de leur coût. La recommandation de la Commission Romanow concernant le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments visait une intégration graduelle des médicaments d'ordonnance dans la Loi canadienne sur la santé. Les provinces devaient chacune utiliser ces fonds pour élargir leur régime d'assurance-médicaments en place. Mais, dans le cadre du système actuel, est-ce que ce transfert va réellement alléger le fardeau économique des médicaments d'ordonnance pour les aînés? Bien des provinces offrent déjà des prestations supplémentaires pour les aînés à faible revenu, avec des niveaux de franchise inférieurs au seuil de 1500\$ recommandé par la Commission. Dans le contexte du Manitoba, un aîné à faible revenu déboursait 300\$ par an. Supposons que le régime d'assurance-médicaments de cette province ne change pas sa politique actuelle fondée sur le revenu et utilise le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments d'ordonnance pour élargir la couverture de ces derniers. Au cours de l'année fiscale 2000, le coût des médicaments d'ordonnance a dépassé le seuil des 1500\$ pour 50 pour cent des aînés manitobains.¹⁰ Pour qu'un aîné débourse les 1500\$ en vertu du régime d'assurance-médicaments de cette province, il ou elle devrait avoir un revenu supérieur à 50000\$ (le niveau de franchise équivaut à 3% du revenu annuel). Or, près d'un quart des aînés vivant au Manitoba ont un revenu annuel supérieur à 50000\$⁶. Le programme lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments d'ordonnance profiterait donc au mieux à un autre 25 pour cent de la population âgée, c'est-à-dire des aînés aisés dont les besoins en médicaments sont importants. Cette estimation représente bien sûr l'hypothèse la plus favorable où le régime fondé sur le revenu reste inchangé et où le transfert

est un supplément. Le véritable danger de ne pas définir les médicaments d'ordonnance comme un service médicalement nécessaire est qu'il laisse les provinces libres d'élargir—ou de restreindre—la couverture de ces médicaments.

Argument en faveur d'une pharmacothérapie adéquate

L'accès aux médicaments d'ordonnance ne garantit pas le meilleur traitement médicamenteux possible. Près de 50 pour cent des médicaments prescrits aux personnes âgées seraient inadéquats ou inutiles.^{11,12} Il n'est pas rare que les problèmes liés à la prise de médicaments chez les aînés aboutissent à une hospitalisation. Plus le nombre de médicaments que prend une personne âgée augmente, plus elle court le risque d'être hospitalisée en raison d'un effet indésirable.¹³ Au Manitoba, de 18 à 28 ordonnances sont exécutées annuellement pour l'aîné moyen.⁶ La Commission a entendu à maintes reprises que la qualité de la pharmacothérapie était importante pour les Canadiens, et il faut l'approuver à cet égard pour les recommandations qu'elle a faites visant la collecte et la diffusion des données sur la consommation des médicaments, volet dont la coordination relèverait de l'éventuelle Agence nationale du médicament. Il reste néanmoins qu'une surveillance de l'utilisation des médicaments ne garantira pas à elle seule le meilleur traitement médicamenteux possible. Avec l'arrivée d'un nouveau médicament sur le marché tous les 4 à 5 jours, il faut qu'il y ait un meilleur soutien décisionnel au moment où est écrite l'ordonnance. Il nous faut changer nos modèles de soins aux malades afin d'assurer que la communication entre les professionnels de la santé et les patients fait partie intégrante des soins aux patients. Là encore, nous devons féliciter la Commission de proposer une intégration des programmes de gestion des médicaments à un système de soins de santé primaire refondu, dans lequel la santé des individus est gérée par une équipe de prestataires de soins de santé. Dans le cadre de cette équipe de soins de santé primaire, la Commission a plaidé pour un rôle accru des pharmaciens dans la gestion du traitement. Et cela paraît logique quand on lit que les suivis de traitement menés par les pharmaciens sur les aînés ont permis de détecter des problèmes liés à la prise de médicaments dans au moins 80 pour cent des thérapies.¹⁴ Un programme de suivi de traitement au foyer offert par des pharmaciens et chapeauté par le programme de soins à domicile serait un exemple de programme de gestion de médicaments viable destiné aux aînés qui vivent dans la communauté. Une collaboration étroite entre patient, médecin, pharmacien et personnel des soins à domicile serait indispensable pour que ce modèle réussisse.

La recherche par la Commission d'étapes progressives visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments par les Canadiens, présente l'occasion de lier le remboursement des ordonnances à la gestion des médicaments dans un contexte qui garantit la surveillance en continu de la pharmacothérapie. C'est foncièrement la situation qu'on retrouve dans le secteur hospitalier où les médicaments d'ordonnance sont fournis gratuitement, où un système définit la liste des médicaments rentables et où les ordonnances sont évaluées par des pharmaciens. Il est intéressant de noter que les dépenses de pharmacothérapie ont augmenté à un rythme bien plus lent dans les hôpitaux que dans le cadre de la communauté.⁴ Un programme de surveillance du traitement médicamenteux au foyer dispensé par les soins à domicile pourrait facilement être lié au remboursement des médicaments. Dans ce modèle proposé, les aînés qui subissent une pharmacothérapie faisant l'objet d'un suivi continu seraient admissibles à un remboursement à 100 pour cent de leurs médicaments. En garantissant une pharmacothérapie de qualité et en atténuant les obstacles financiers à la prise des médicaments d'ordonnance nécessaires, ce modèle facilitera pour les aînés une vie autonome dans la communauté et bien des individus y trouveront leur compte.

Ce sont les Canadiens qui payent pour leurs médicaments d'ordonnance, que ce soit par le biais de leurs impôts, de primes versées à leurs compagnies d'assurance ou directement de leur poche. L'assiette fiscale pour notre système public d'assurance-santé diminue parallèlement au vieillissement de notre population et à la baisse du pourcentage de travailleurs.¹⁵ Dans certaines provinces, la fortune des aînés s'est accrue au cours des derniers dix ans.⁶ Le coût d'un régime universel en vertu de la Loi canadienne sur la santé, qui interdirait le ticket modérateur, serait élevé. Mais des choix s'imposent. La Commission Romanow n'a pas soumis de recommandation visant un régime national d'assurance-médicaments, mais elle a proposé les premières étapes vers une intégration plus globale des médicaments dans le système canadien de soins de santé. S'il est mis en œuvre par les régimes provinciaux, le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments devrait garantir qu'aucun aîné canadien ne soit mené à la ruine à cause d'une thérapie médicamenteuse. Mais ce qui est encore plus digne de mention dans le rapport de la Commission est que ses propositions pour une assurance liée à l'impact catastrophique du coût des médicaments étaient assorties de démarches visant à améliorer la consommation des médicaments d'ordonnance. L'arrêt du gaspillage de l'argent des contribuables en médicaments inutiles ou nocifs pourrait ouvrir la voie à un régime universel concernant les médicaments d'ordonnance. Comme le

déclare M. Romanow lui-même, «au cours des prochains mois, les choix que nous effectuerons, ou les conséquences des choix que nous omettrons de faire, détermineront l'avenir de l'assurance-santé.»¹⁶ Si le régime universel est l'objectif optimal, la priorité devrait être de donner le médicament adéquat à l'individu qui en a besoin, au moment opportun et à un juste prix. Les aînés canadiens devraient exiger la meilleure pharmacothérapie possible.

Références

- 1 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada—rapport final. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2002.
- 2 Taylor MG. Health insurance and Canadian public policy: the seven decisions that created the Canadian health insurance system and their outcomes. 2^e éd. Montréal: McGill-Queen's University Press; 1987.
- 3 Millar WJ. Disparités des régimes d'assurance-médicaments. *Rapports sur la santé* 1999;10:11–21.
- 4 Institut canadien d'information sur la santé. Drug expenditure in Canada, 1985–2001. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2002.
- 5 Willison D, Grootendorst P, Hurley J. Variation in pharmacare coverage across Canada. Document de travail 9808 du McMaster Centre for Health Economics and Policy Analysis Research; septembre 1998.
- 6 Menec VH, MacWilliam L, Sooden RA et Mitchell L. (2002). The health and health care use of Manitoba's seniors: have they changed over time? Winnipeg, MB: Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba.
- 7 Soumerai SB, Ross-Degnan D, Avorn J, McLaughlin T, Chodnovskiy I. Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 1991;325:1072–7.
- 8 Tamblyn R, Laprise R, Hamley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001;285:421–9.
- 9 Cox ER, Henderson RR. Prescription use behaviour among medicare beneficiaries with capped prescription benefits. *J Managed Care Pharmacy* 2002;8:360–4.
- 10 Kozyrskyj AL, Morgan S, Dahl M. Manitoba prescription cost data: an analysis for the Romanow Commission (données non publiées). Winnipeg, MB; September 2002.
- 11 Willcox SMM, Himmelstein DU, Woolhandler D. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994;272: 292–6.
- 12 Tamblyn RM, McLeod PJ, Abrahamowicz M, Monette J, Gayton DC, Berkson L, et al. Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *CMAJ* 1994; 150: 1801–9.
- 13 Mannesse CK, Derkx FHM, de Ridder MAJ, Veld AJM, van der Cammen TJM. Contribution of adverse drug reactions to hospital admissions of older patients. *Age Ageing* 2000;29:35–9.
- 14 Lipton HL, Bero LA, Bird JA, McPhee SJ. The impact of clinical pharmacists' consultations on physicians' geriatric drug prescribing: a randomized controlled trial. *Med Care* 1992;30:646–58.
- 15 Anderson GF, Hussey PS. Population aging: a comparison among industrialized countries. *Health Aff* 2000 mai/juin;19:191–203.
- 16 Romanow RJ. Déclaration sur la publication du rapport final de La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, l'Amphithéâtre national de la presse, Ottawa, le 28 novembre, 2002. <http://www.healthcare-commission.ca/> (March 5, 2003).