



Santé
Canada Health
Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE


Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Les questions pharmaceutiques



Canada



Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-1
ISBN 0-662-66304-7

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour
l'adaptation
des services de santé



SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

Les questions pharmaceutiques

Wendy Kennedy, Ph.D.

Robert Goyer, Ph.D.

Faculté de pharmacie
L'Université de Montréal



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets-pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation des services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 25 projets ayant porté sur les questions pharmaceutiques. Il a été rédigé par Wendy Kennedy, Ph.D., et par Robert Goyer, Ph.D., de la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

Les questions pharmaceutiques au Canada

Un certain nombre de projets financés par le FASS ont porté sur des questions de pharmacothérapie (terme employé au sens large ici, pour désigner tout aspect des soins de santé supposant le recours à des produits pharmaceutiques). Le document a d'abord pour thème l'amélioration de l'utilisation des produits pharmaceutiques, puis les composantes des programmes d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et la population couverte par ces derniers.

En raison de l'augmentation croissante du coût des médicaments d'ordonnance, la pharmacothérapie demeure une question primordiale pour de nombreux décideurs du domaine des soins de santé; ce fut d'ailleurs un des quatre grands dossiers auxquels les participants à la Quatrième Conférence annuelle des premiers ministres ont décidé de consacrer leur

énergie et des ressources (Communiqué du 2 août 2001). La hausse des prix s'explique surtout par le remplacement des vieux traitements par de nouveaux, et par l'utilisation accrue de traitements existants. L'emploi non optimal des médicaments explique certes une partie de la hausse des coûts. Tous les intervenants y sont pour quelque chose : les malades, ceux qui font les ordonnances, les pharmaciens, les fabricants et les autorités gouvernementales. Les autres secteurs des soins de santé doivent aussi porter le fardeau de l'utilisation non optimale des médicaments; l'établissement d'ordonnances impropres et le non-respect des pharmacothérapies risquent d'entraîner un recours accru aux médecins, aux services d'urgence et aux hôpitaux.

Les malades aussi bien que les professionnels de la santé doivent pouvoir avoir facilement accès à des renseignements crédibles, pertinents et compréhensibles de sources autres que les médias et les sociétés pharmaceutiques, qui cherchent trop souvent à commercialiser plutôt qu'à informer. Ce problème s'est aggravé à cause de l'augmentation récente de la publicité directe qui s'adresse directement aux consommateurs et qui a, elle aussi, une forte composante marketing. Les médecins et les pharmaciens profiteraient sans doute de l'élaboration de directives uniformes sur les pratiques cliniques (DPC), qui indiqueraient la meilleure thérapie contre une maladie ou un état donné et la meilleure façon de les gérer.

Même si les DPC sont d'une qualité optimale, elles ne peuvent à elles seules garantir une amélioration des ordonnances. Les études du FASS montrent qu'une forme interactive d'intervention (p. ex. : une vérification, une rétroaction, la formation continue en pharmacothérapie) ou une collaboration entre les médecins et les pharmaciens semblent influencer, bien que dans une mesure limitée, sur certains genres de pharmacothérapies. Comme les médecins ont, dans leur collectivité, peu de rapports avec les pharmaciens traitant les mêmes malades qu'eux, il faudrait, pour faciliter le travail d'équipe, transformer les attitudes et le système et commencer à le faire pendant le processus de formation. Une démarche fondée sur le travail d'équipe améliore aussi le degré de respect de l'ordonnance par le malade; cela nécessite aussi une bonne coordination entre les professionnels, qui

doivent notamment bien connaître le traitement indiqué pour la maladie et les recommandations données au malade. Il est plus difficile d'influer sur les pratiques de prescription relatives à certains genres de médicaments (p. ex. : les benzodiazépines et les antibiotiques) et à certains états de santé que sur d'autres, comme l'ont montré des études du FASS. Dans les domaines où c'est le cas, il faudra peut-être un travail intensif de correction, des mesures d'encouragement ou une modification de la politique de remboursement.

Le prix des médicaments revêt une grande importance en pharmacothérapie. Dans tous les programmes canadiens, l'admissibilité aux régimes d'assurance-médicaments publics tend à être fonction de l'âge ou de paramètres socioéconomiques : en général, les personnes âgées, les Autochtones inscrits et les chômeurs sont couverts. Les régimes privés sont surtout fonction de l'emploi. Les programmes varient quant aux médicaments qui sont payés et au montant que les assurés doivent déboursier eux-mêmes (partage du coût). Sur 100 Canadiens, il y en a dix qui ne sont pas suffisamment assurés, et le taux de sous-assurance varie d'une province à l'autre. Les Canadiens et les Canadiennes qui travaillent à temps plein risquent moins d'être sous-assurés : le groupe le plus vulnérable est celui des personnes qui gagnent moins de 10 000 \$ par année.

Les programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance et la protection de la population varient d'une province à l'autre au Canada; en effet, il n'a jamais été question, au moment de la création du régime universel public d'assurance-santé, de fournir des produits et des services pharmaceutiques. En théorie, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments doivent couvrir des soins de santé efficaces en fonction du coût (les meilleurs soins possibles au moindre coût). Cependant, les gouvernements provinciaux doivent trouver un équilibre entre, d'une part, l'accès de la population aux produits pharmaceutiques nécessaires et, d'autre part, la limitation des coûts des régimes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé; or, il faut aussi tenir compte de la promotion du développement de l'industrie pharmaceutique, de l'autonomie des médecins en matière d'ordonnances et de l'accroissement de la part des coûts assumée par les

consommateurs. On a eu tendance à réduire les frais publics en augmentant la part absorbée par les consommateurs. Toutefois, en déréglementant le marché pharmaceutique avec une injection de fonds privés plus considérables dans le système, le Canada s'éloignerait encore plus du modèle de financement principalement public des médicaments qui existe dans la majorité des pays industrialisés (en général, un régime moins coûteux et plus équitable), mais il se rapprocherait de la formule américaine (plus coûteuse et moins équitable).

Mettre l'accent sur le budget des régimes d'assurance-médicaments risque aussi d'avoir des effets non souhaités : les économies observées dans ces régimes ne se traduisent pas nécessairement par une réduction du coût total pour la société. Les frais risquent de peser sur d'autres domaines, ce qui entraîne une utilisation accrue d'autres services de santé, ou un alourdissement du fardeau des patients ou des dispensateurs de soins. Il convient sans doute d'examiner d'autres moyens de contenir les coûts du secteur pharmaceutique : gérer les prix, en négociant ou en fixant activement les prix des médicaments ou les profits; limiter les indemnités prévues dans les régimes d'assurance-médicaments; restreindre les conditions en vertu desquelles des médicaments nouveaux et plus chers peuvent être prescrits pour en remplacer d'anciens, qui coûtent moins cher; mesurer la valeur ajoutée d'un nouveau médicament; fixer aux médecins des budgets pharmaceutiques; conclure des contrats avec l'industrie pour que le fabricant partage le risque financier en cas de dépenses plus élevées que prévu. En dehors du Canada, quand de tels moyens sont utilisés, ce sont en général les autorités centrales qui les définissent; le Canada aurait sans doute avantage à promouvoir des efforts provinciaux communs pour établir et négocier des politiques destinées à contenir les coûts du secteur pharmaceutique et à influencer sur la pratique professionnelle.

En général, les auteurs des études du FASS ont confirmé, en se fondant sur des recherches canadiennes, qu'il y a diverses manières d'améliorer la pharmacothérapie employée ailleurs, et ils ont aussi examiné de nouvelles idées. Diverses orientations valables s'offrent à nous, et nous disposons maintenant de meilleurs jalons qu'auparavant.

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets-pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur les questions pharmaceutiques. Il a été préparé par Wendy Kennedy, Ph.D., et Robert Goyer, Ph.D.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets-pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des

groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils leur ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Table des matières

Condensé	i
Les questions pharmaceutiques au Canada	i
Préface	iii
Nature unique des projets du FASS	iii
Remerciements	iv
Liste des figures	vi
1. Définir le contexte	1
1.1 Industrie pharmaceutique	1
1.2 Patients	2
1.3 Professionnels de la santé	3
1.4 Gouvernements	3
2. Aperçu des études du Fonds pour l'adaptation des soins de santé (FASS)	4
3. Analyse des principales constatations	6
3.1 Qualité de la pharmacothérapie	6
3.1.1 Satisfaction des malades	6
3.1.2 Améliorer les pratiques de prescription des médecins	7
3.1.2.1 Lignes directrices	7
3.1.2.2 Démarche interdisciplinaire	8
3.1.2.3 Modification de la réglementation	8
3.1.3 Amener les patients à respecter davantage les ordonnances	9
3.2 Accès	9
3.2.1 À l'échelle du Canada	9
3.2.2 Variation de la couverture de l'assurance-médicaments, selon les régions	10
3.2.3 Variation socio-démographique de la couverture de l'assurance-médicaments	10
3.3 Intégration	10
3.4 Résultats pour la santé	11
3.5 Rentabilité	12
3.6 Transfert/Généralisation	12
3.7 Limitation des dépenses pharmaceutiques	13
3.7.1 Moyens directs de limiter les dépenses	14
3.7.2 Moyens indirects de limiter les dépenses	15
3.8 Publicité s'adressant directement aux consommateurs (PDC)	15

4.	Les Ressources humaines dans le domaine de la santé et les questions pharmaceutiques	15
5.	Conséquences pour les politiques et la pratique	16
5.1	Multitude de groupes distincts de financement et d'élaboration des politiques	16
5.2	Collaboration entre professionnels	16
5.3	Information sur les médicaments : points de vue des patients et des professionnels	17
5.4	Qualité de la pratique professionnelle	18
5.5	Accessibilité	19
5.6	Limitation des dépenses pharmaceutiques	19
6.	Conclusion	20
	Ouvrages de référence	21
	Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les questions pharmaceutiques	
	Liste des figures	
	Figure 1 : Proportion des personnes non assurées ou sous-assurées, d'après l'Indice de la capacité de payer de 1998, par province	10

1. Définir le contexte

Les frais de médicaments représentent la deuxième plus grande dépense du système canadien des soins de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2001). Depuis le début des années 80, le taux de croissance annuel des frais s'est situé à environ 20 p. 100. Il devrait se maintenir dans l'avenir, ce qui compromettra la viabilité des régimes actuels, publics et privés, d'assurance-médicaments d'ordonnance (assurance-médicaments).

L'inefficacité et le gaspillage présents dans le système ont fait l'objet de bien des études qui ont toujours montré qu'il est possible d'améliorer la qualité de la pharmacothérapie et de mieux gérer et limiter le coût des médicaments. « Pour réussir à limiter ainsi les frais, il faut le faire à l'échelle du système (adopter des formulaires bien gérés pour que les pharmaciens aient accès à des médicaments efficaces au prix le plus bas possible); créer une interface malade-fournisseur (des lignes directrices sur les traitements pour aider le médecin traitant à choisir le meilleur médicament possible pour le patient; gérer l'utilisation des médicaments pour que le médecin traitant et le pharmacien soient informés uniformément sur tous les médicaments consommés et qu'ils puissent conseiller le malade sur les façons d'éviter les réactions néfastes); mener des recherches (pour cerner les situations où les médicaments constituent une solution de rechange rentable par rapport à d'autres interventions telles que la chirurgie). » (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1994, p. 15.)

Toutefois, le dossier des médicaments d'ordonnance a de multiples facettes qui intéressent bien des intervenants : les sociétés pharmaceutiques, les médecins qui prescrivent les médicaments, les pharmaciens qui les fournissent, les patients qui les consomment (et qui, parfois, les demandent), et les régimes publics et privés d'assurance qui les paient (en totalité ou en partie).

1.1 Industrie pharmaceutique

L'industrie joue un grand rôle dans la découverte des médicaments. De 1988 à 2000, 1 020 nouveaux médicaments brevetés ont été mis sur le marché

canadien [Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, ou CEPMB, 1989-2001]. Cependant, seulement 65 d'entre eux ont été considérés comme de véritables « découvertes » ou comme d'importantes améliorations. Les autres (soit 955, ou 94 p. 100) sont de nouveaux ingrédients actifs qui ne sont guère ou nullement meilleurs que des médicaments existants (produits d'imitation), ou encore ce sont de nouvelles formes posologiques de médicaments existants (élargissement de la gamme de produits). Trop souvent, les professionnels de la santé et les consommateurs supposent, pour une raison quelconque, qu'un nouveau médicament est meilleur qu'un ancien, même si l'efficacité n'en est pas plus grande, que son profil de risques est encore incertain et qu'il coûte souvent plus cher que l'ancien.

En général, les entreprises protègent et accroissent leur part de marché avec des brevets, qui leur confèrent des droits exclusifs à l'égard de leurs médicaments pendant 20 ans à compter de la date de leur découverte.¹ Compte tenu du temps qui s'écoule entre le moment de la découverte et la mise en marché, il reste en général une période d'exclusivité (sur le marché) de huit à 12 ans. L'industrie estime que cette période ne suffit pas et demande donc d'autres avantages (prolongement de la protection par brevet, permission d'établir les prix et accès plus rapide au marché).

Quand le brevet expire, l'exclusivité prend fin, et d'autres fabricants peuvent vendre une version générique du médicament qui a la même composition chimique, la même forme posologique et la même efficacité clinique : le prix devient l'objet de la concurrence. Par conséquent, la durée de la période d'exclusivité, le taux d'introduction de nouveaux médicaments brevetés et le degré de popularité qu'ils obtiennent influent sur la part de marché du produit breveté par rapport à celle des médicaments génériques : entre 1990 et 2000, la proportion des ventes totales de médicaments attribuable aux produits brevetés est passée de 41 p. 100 à 63 p. 100, tandis que la part des médicaments génériques a

1. Les modifications apportées à la loi au Canada en 1987 et en 1993 ont restauré la protection par brevet.

chuté à moins de 9 p. 100 (Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments, 1999; CEPMB, 2000).

Les sociétés pharmaceutiques font la promotion de leurs produits auprès des consommateurs et des professionnels de la santé. Au Canada, il est illégal d'adresser directement aux consommateurs une publicité sur des médicaments d'ordonnance; toutefois, la publicité faite aux États-Unis a un certain effet de débordement, et la valeur en est passée de 0,1 milliard de dollars à 2,5 milliards entre 1993 et 2000 (Schommer et Hansen, 2001). La promotion médicale (qui a coûté aux sociétés pharmaceutiques 13,9 milliards aux États-Unis en 1999) prend diverses formes : formation² continue des médecins, distribution d'échantillons de médicaments, divertissements offerts gratuitement, et financement de conférences et de colloques pédagogiques pour les professionnels de la santé (Bero et Lipton, 2001).

Ces activités promotionnelles influent beaucoup sur la consommation des médicaments et sur les dépenses s'y rapportant. En effet, il se peut que le recours à un médicament nouveau et souvent plus cher soit justifié des points de vue thérapeutique et économique mais, dans bien des cas, il ne l'est pas, ce qui a d'importantes conséquences négatives pour les programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance, y compris la réduction de l'accessibilité et l'augmentation des frais modérateurs.

1.2 Patients

La croissance démographique et le vieillissement de la population n'ont expliqué que 10 p. 100 de la hausse du coût des médicaments d'ordonnance dans les années 80; les 90 p. 100 restants s'expliquent par la hausse du coût des médicaments par patient, en

2. La formation continue est une technique utilisée par les sociétés pharmaceutiques pour promouvoir la vente de leurs produits. Elle combine le marketing et le perfectionnement professionnel des personnes qui rédigent des ordonnances (habituellement des médecins). Les représentants de sociétés pharmaceutiques sont habituellement des diplômés universitaires et sont au courant des caractéristiques des produits dont ils font la promotion. Ils rencontrent les médecins en personne dans leurs bureaux.

raison de l'inflation, des prix élevés des nouveaux médicaments et de l'accroissement de la consommation (quantité d'un médicament donné et nombre de médicaments par malade) (Angus et coll., 1994).

Les attitudes et les valeurs des patients déterminent énormément la mesure dans laquelle une pharmacothérapie est optimale et efficace en fonction du coût; elles influent sur l'utilisation correcte (par opposition à l'utilisation impropre, à la surutilisation ou à la sous-utilisation) des médicaments d'ordonnance ou autres. À titre d'exemple, disons qu'au Canada, les coûts directs et indirects de la non-conformité (le fait de ne pas suivre les directives sur leur utilisation B ce qui comprend le fait de ne pas remplir ou renouveler une ordonnance, la modification de la posologie, l'emploi de médicaments en vente libre, etc.) se sont situés entre sept et neuf milliards de dollars, sans compter les frais sociaux (Coombs et coll. 1995).

Afin de faciliter la participation des patients à leur pharmacothérapie, il faut leur fournir des renseignements crédibles, pertinents et compréhensibles. Trop souvent, les professionnels de la santé n'ont pas sous la main les brochures appropriées, ou ils n'ont ni le temps ni les installations pour avoir des entretiens confidentiels avec le patient. En revanche, les malades ont facilement accès, sur Internet, dans la publicité des sociétés pharmaceutiques et dans les médias, à une multitude de sources de renseignements dont la qualité risque d'être douteuse et que le malade n'est pas en mesure d'évaluer.

L'accroissement de la publicité s'adressant directement aux consommateurs au sujet des médicaments d'ordonnance soulève des inquiétudes quant à son effet sur l'utilisation des médicaments et sur la relation entre le patient et son médecin, et quant à son incidence sur la santé publique. « La publicité destinée directement aux consommateurs peut leur procurer de nouveaux renseignements et faciliter le traitement de leurs problèmes médicaux, mais elle risque aussi de les déconcerter et de nuire à la relation qu'ils ont établie avec leurs fournisseurs de soins de santé. [...] Cette publicité peut influencer sur les résultats en matière de santé et sur l'utilisation des services de santé, dans le contexte des décisions et des comporte-

ments multiples qu'adoptent les consommateurs que les médecins. » (Schommer et Hansen, 2001, p. 3.)

Cependant, malgré les meilleures attitudes et valeurs chez les patients, on ne parviendra pas à une pharmacothérapie optimale si ces dernières ne sont pas partagées par les professionnels de la santé, ou s'il n'y a pas de règlements appropriés autorisant l'accès aux médicaments nécessaires.

1.3 Professionnels de la santé

On dit souvent que les patients sont les principaux responsables de l'utilisation impropre des médicaments. Mais bien qu'ils doivent fournir aux cliniciens les renseignements dont ceux-ci ont besoin pour prendre des décisions optimales et, ensuite, suivre les directives qui leur sont données, il incombe aux professionnels de la santé de veiller à ce que les patients reçoivent, au besoin, le bon médicament, selon la bonne posologie, de la meilleure manière et au moindre coût possible, et de transmettre aux patients les connaissances et l'information nécessaires pour prendre le médicament de la manière prescrite.

En réalité, le médecin qui prescrit le médicament, et le pharmacien qui le fournit, sont, tout comme le malade, bombardés de publicité et de promotions. Or, trop souvent, la nature de la pratique médicale est telle qu'une visite chez le médecin se termine par une ordonnance, même si ni lui ni le pharmacien ne connaissent à fond les risques auxquels le patient s'expose en prenant le médicament, car ils fonctionnent tous deux dans un contexte où la communication entre eux au sujet de leur client commun est difficile.

Pour choisir le bon médicament, il faut des connaissances, des compétences et certains outils. Le monde universitaire doit se charger entièrement de fournir les connaissances et les compétences propres à tous les aspects de la pharmacothérapie, sans oublier l'importance du travail d'équipe, de la communication et des réalités économiques de la santé. Il doit être la source de renseignements objectifs et crédibles sur les nouveaux traitements et sur la meilleure façon de les intégrer à l'exercice optimal de la profession. Il ne faut pas confondre les promotions faites sur les

médicaments avec les renseignements objectifs, ni avec la formation ou l'éducation continue en pharmacothérapie. Les organismes de réglementation et les associations professionnelles doivent veiller à ce que leurs membres conservent leur niveau de compétence, en tenant compte des outils que le gouvernement doit fournir.

1.4 Gouvernements

Le gouvernement fédéral contrôle les essais des nouveaux médicaments sur des humains; il examine toutes les données sur la qualité, l'innocuité et l'efficacité, y compris l'information qu'il faut fournir sur le médicament (monographie de produit et feuillet d'information des patients) avant que celui-ci puisse être mis en marché au Canada; il supervise aussi de nombreux volets de la commercialisation des médicaments (réactions indésirables à un médicament, publicité et promotion, prix des médicaments brevetés).

Comme son nom l'indique, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) examine le prix des médicaments brevetés dès le jour où ils sont vendus pour la première fois jusqu'à l'expiration des brevets correspondants. En bref, le prix de lancement d'un nouveau médicament breveté ne peut être plus élevé que celui de produits comparables, sauf s'il apporte une amélioration thérapeutique sensible par rapport aux médicaments³ existants. Par la suite, jusqu'à l'expiration du brevet, les hausses annuelles des prix doivent suivre l'indice des prix à la consommation (IPC). Depuis 1987, le CEPMB influe considérablement sur le prix de lancement des nouveaux médicaments brevetés et sur son évolution.

Les programmes provinciaux d'assurance-médicaments influent aussi beaucoup sur le prix des médicaments (brevetés ou non) vendus dans les pharmacies locales, en limitant les hausses annuelles ou en négociant avec les fabricants et en faisant alors du prix une condition de l'inscription de leurs

3. Dans le cas d'amélioration thérapeutique considérable, le prix est limité au prix médian international du médicament lui-même dans sept pays.

produits (y compris les médicaments génériques)⁴ dans leur formulaire. D'autres stratégies servent à limiter le coût :

- substitution, par le pharmacien, du médicament prescrit (version générique d'un médicament breveté);
- limite du niveau de remboursement d'après le prix d'un médicament donné dans une catégorie thérapeutique (prix axé sur le produit de référence) ou celui du médicament générique;
- calcul du remboursement remis au pharmacien en fonction du coût d'acquisition réel ou du meilleur prix offert au Canada; et
- adoption de programmes d'accès spéciaux suivant lesquels les médicaments plus chers ne sont fournis que s'ils sont absolument nécessaires.

L'uniformisation accrue des politiques provinciales pourrait entraîner d'importantes économies⁵ supplémentaires. Cependant, il faut plus que des contrôles centraux des budgets globaux pour garantir l'efficacité des soins de santé en fonction du coût. Il faut aussi une réglementation qui encourage les fournisseurs et les patients à choisir le traitement le plus indiqué B compte tenu des coûts et des résultats (Angus et coll., 1994, p. 18). En offrant et en intégrant des programmes de formation, un accès en ligne aux dossiers des malades et aux centres d'information sur les médicaments, des lignes directrices appropriées, une opinion sur les pratiques et un régime de responsabilisation, les professionnels de la santé et le gouvernement pourraient fournir des soins rentables, continus, uniformes et efficaces.

4. L'Ontario contrôle les prix des médicaments génériques dans le cadre de sa politique, établissant le plafond à 70 pour cent du prix du médicament de marque (breveté antérieurement) pour le prix d'introduction du premier médicament générique mis en marché.

5. Pour 1997, des économies auraient été réalisées en appliquant une politique du plus bas prix disponible dans toutes les provinces (60 millions de dollars) et en appliquant la limite du prix médian international aux médicaments non brevetés à fournisseur exclusif (de 64 à 87 millions de dollars) (Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des médicaments, 1999).

Les programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance diffèrent grandement d'une province à l'autre. En général, les bénéficiaires des régimes publics sont des assistés sociaux et des personnes âgées qui paient un certain montant par ordonnance ou un pourcentage du coût total calculé périodiquement. Ces frais facturés aux patients varient entre les provinces et les bénéficiaires. Ils ont été établis pour réduire le budget global des programmes d'assurance-médicaments et pour influencer sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance. En réduisant la consommation de ces derniers, on peut limiter le budget de l'assurance-médicaments, mais on risque d'influer sur d'autres frais du secteur de la santé B par exemple, les visites chez le médecin et à l'urgence, séjours à l'hôpital ou aux installations de soins prolongés B dont il faut tenir compte.

2. Aperçu des études du Fonds pour l'adaptation des soins de santé (FASS)

La portée et le sujet des 25 études du FASS sur la pharmacothérapie étaient variés. Plusieurs des sujets mentionnés dans la partie précédente, mais pas tous, ont été abordés. La majorité des projets ont surtout concerné l'amélioration de l'utilisation des médicaments par les patients et aussi par les professionnels de la santé. En second lieu, des études ont porté sur les composantes des régimes d'assurance-médicaments d'ordonnance, y compris les régimes publics, et sur la population qu'ils couvrent. Les auteurs d'un projet ont examiné l'industrie pharmaceutique et son rôle dans la publicité s'adressant directement aux consommateurs (NA250). Les études ont fourni des renseignements contextuels sur ces thèmes; leurs auteurs ont analysé et mis au point des outils pour mieux mesurer la consommation des médicaments ou cerner les problèmes, et ils ont évalué

les interventions visant à améliorer cette consommation. Dans cinq études, les chercheurs ont examiné des renseignements existants se rapportant à la discussion :

- Le projet NA236 a examiné des exemples de politiques étrangères sur les médicaments dont le Canada pourrait s'inspirer.
- Dans l'étude NA202, les auteurs passent en revue les différents régimes d'assurance-médicaments d'ordonnance et examinent l'étendue de la couverture (publique et privée) assurée à la population canadienne au chapitre des médicaments d'ordonnance.
- Dans l'étude NA202, on a évalué la qualité des lignes directrices sur les pratiques cliniques, y compris celles qui se rapportent à l'établissement des ordonnances.
- Les auteurs de l'étude NA246 ont analysé le processus d'évaluation de l'efficacité en fonction du coût dans les programmes provinciaux d'assurance-médicaments.
- Le projet NA250, qui est une étude en trois parties, a porté sur la publicité concernant les médicaments d'ordonnance faite directement auprès des consommateurs.

Deux projets ont concerné les différentes couvertures allant de pair avec les divers programmes d'assurance-médicaments :

- Les auteurs du projet NA227 ont examiné comment les différences entre les prix des médicaments influent sur leur utilisation en général.
- Le projet NA228 montre comment les différences entre les prix des médicaments influent sur l'utilisation des antibiotiques.

La majorité des projets ont porté sur les effets que diverses méthodes ont sur l'amélioration de l'utilisation des médicaments dans la collectivité. Les responsables du projet SK221 se sont interrogés sur la façon de parfaire l'établissement des ordonnances par les médecins et leur observation par les malades; pour cela, ils ont examiné la formation⁶ continue en pharmacothérapie, la rétroaction au sujet des méthodes de

prescription et les rappels adressés aux patients au sujet de l'observation des ordonnances. Ils ont étudié les comportements des patients en utilisant :

- une démarche axée sur le travail d'équipe pour les soins de santé (AB301-27);
- des guides d'information sur des maladies précises, à l'intention des malades (NA204);
- des programmes de participation communautaire (BC201-03); et
- un programme d'éducation sur l'asthme (BC201-06).

Les méthodes de prescription utilisées par les médecins ont fait l'objet de stratégies d'enseignement médical continu (p. ex., la formation continue en pharmacothérapie); on a demandé des réactions sur ces méthodes (NA221, BC201-01 et BC201-02) et l'on a mis l'accent sur la modification des règlements concernant la politique de remboursement du prix des médicaments (BC201-05). Dans plusieurs études (ON221, BC201-04, BC201-07 et BC201-08), les chercheurs ont examiné l'influence du pharmacien local sur les méthodes de prescription appliquées par les médecins et sur les comportements des patients.

Dans diverses études, les auteurs ont mis au point et parfait des outils de recherche dans le cadre d'une évaluation, ou ils ont fait de cela leur objectif primordial :

- Les responsables des projets BC201-01 à BC201-08 ont, en général, intégré des méthodologies visant à tirer parti de la nouvelle base de données centralisée sur les médicaments d'ordonnance de la Colombie-Britannique.

6. La formation continue en pharmacothérapie est une technique similaire à celle utilisée par les sociétés pharmaceutiques, mais telle qu'elle est utilisée par les administrateurs de régimes d'assurance-médicaments, l'objectif consiste à promouvoir des méthodes de prescription appropriées et rentables (habituellement dans une ou deux catégories thérapeutiques ou pour une ou deux indications) plutôt qu'à promouvoir des produits particuliers.

- Dans les études NA201 et NA235, les chercheurs ont analysé la possibilité de créer une base de données nationale sur l'utilisation et le coût des médicaments, qui permettrait d'exécuter à l'échelle nationale des examens sur la consommation des médicaments.
- Le projet ON222 a porté sur le processus de diffusion des lignes directrices et sur la mise en œuvre d'une stratégie d'éducation sur l'utilisation des antibiotiques, au niveau provincial.
- Les auteurs de l'étude NA228 ont évalué l'utilisation des DTQ (doses thérapeutiques quotidiennes) pour favoriser une comparaison nationale et internationale des taux d'utilisation des médicaments, les antibiotiques étant alors choisis comme premier exemple.
- Dans le cadre du projet BC201-05, les chercheurs se sont penchés sur un modèle d'étude pour mettre à l'essai l'application d'une réglementation modifiant le remboursement du prix des médicaments.

Le financement de ces 25 projets s'est élevé à 7,6 millions de dollars. Les sommes fournies à une étude donnée ont varié entre 88 800 \$ (NA250) et 3 165 600 \$ (BC201, qui comprenait huit études distinctes).

3. Analyse des principales constatations

3.1 Qualité de la pharmacothérapie

3.1.1 Satisfaction des malades

Les patients veulent être mieux renseignés sur leur traitement et y contribuer davantage. C'est ce qu'ont révélé plusieurs études qui ont aussi montré que les médecins et les pharmaciens hésitent parfois à fournir aux patients autant de détails qu'ils le voudraient et à les faire participer au traitement comme ils le souhaiteraient. Dans le cadre du projet BC201-06 (Projet d'étude sur un échantillon aléatoire et contrôlé sur l'éducation sur l'asthme en Colombie-Britannique), des éducateurs professionnels spécialistes

de l'asthme ont enseigné à des patients comment mieux surveiller et contrôler leur maladie. Malheureusement, ils ont constaté des problèmes chez de nombreux médecins qui ne semblaient pas savoir exactement comment soigner la maladie et qui ne souscrivaient pas aux recommandations formulées pendant les sessions de formation données aux malades.

Un message clair s'est dégagé du projet NA204 (Guides des médicaments au Canada : étude-pilote) : le public veut des renseignements crédibles et compréhensibles sur les divers traitements existants et sur les problèmes de santé. Une forte proportion des patients qui avaient reçu des guides conviviaux sur les traitements les ont trouvés très utiles. La majorité des patients interviewés ont dit utiliser les renseignements pour prendre une décision au sujet de leur traitement. Cependant, les propos des groupes témoins ont révélé un écart entre le genre d'information que les consommateurs disent vouloir obtenir sur les médicaments et les thérapies, et ce que leurs cliniciens (médecins et pharmaciens) semblaient disposés à leur fournir. Les patients ont exprimé une préférence marquée pour des renseignements sur les traitements disponibles, ainsi que sur les avantages et les risques de ces derniers, y compris les effets secondaires des médicaments, mais des cliniciens ont formulé des réserves sur le côté pratique d'une telle divulgation et sur l'effet qu'elle risquait d'avoir sur les soins fournis au malade (p. 10).

La volonté du public de se renseigner et l'importance, pour lui, de comprendre les questions de santé sont manifestes dans le projet ON222 (Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente B Création d'une infrastructure pour la diffusion de guides de pratique clinique) et dans le projet BC201-03 (Projet sur la santé des femmes d'âge mûr). Les propos exprimés à la faveur des projets montrent qu'il est important pour les patients et la population que leurs opinions soient prises en compte dans l'élaboration des lignes directrices ou des critères de remboursement devant être communiqués aux médecins, au niveau provincial ou national (ON222, p. 23). À la faveur du projet BC201-03, de nombreuses femmes ont affirmé vouloir en apprendre davantage, se sentir plus à même de prendre des décisions, décider de continuer à se renseigner et avoir l'intention de modifier leur style de vie (p. 21).

3.1.2 Améliorer les pratiques de prescription des médecins

Il importe d'élaborer des normes nationales uniformes de prescription qui seront d'une haute qualité et qui reposeront sur les compétences et l'expérience cliniques, pour qu'elles soient utiles aux praticiens canadiens. Le projet NA203, Évaluation nationale des Lignes directrices pour la pratique clinique (LDPC), passait en revue la littérature sur les interventions faites pour améliorer les pratiques de prescription à l'aide de LDPC; il a montré que ces pratiques s'étaient améliorées dans 77 p. 100 des 35 études publiées.

Certaines interventions réussissent mieux que d'autres à modifier les pratiques de prescription. Il ne semble pas suffire de présenter des textes écrits ou des documents pendant un atelier ou une conférence. Une forme interactive d'intervention (p. ex. : vérification, rétroaction, formation continue en pharmacothérapie ou collaboration entre médecins et pharmaciens) favorise mieux une modification positive des méthodes de prescription. Si l'on souhaite que le médecin traitant délaisse un médicament au profit d'un autre, on semble, en arrêtant le remboursement du prix du médicament à remplacer tout en autorisant le recours à des exceptions spéciales à la demande du médecin en question, obtenir l'effet souhaité : réduire la prescription du médicament sans nuire à la santé du malade. Les médecins sont plus disposés à modifier leurs méthodes de prescription dans le cas de certains genres de médicaments. Par exemple, il semble difficile de changer quoi que ce soit quant à la prescription de la benzodiazépine (BC201-01, NA221) et des antibiotiques (SK221), sans doute parce que les changements à cet égard exigent plus de temps ou des compétences différentes de celles dont disposent les médecins en général.

3.1.2.1 Lignes directrices

Afin de modifier les pratiques de prescription, il faut des normes par rapport auxquelles les habitudes faisant problème pourront être repérées, des interventions conçues, et les améliorations évaluées. C'est là l'objet des lignes directrices sur les pratiques cliniques (LDPC), qui sont des énoncés rédigés systématiquement pour aider les médecins à prendre

des décisions au sujet des soins de santé indiqués. Dans le rapport sur le projet ON222, on lit (Traduction) : « Il importe au plus haut point de faire la distinction entre un « document factuel », reposant sur la littérature et la méta-analyse, et une « ligne directrice », qui a subi un processus de validation extérieure et qui intègre les démarches acceptées et la sagesse clinique. » (p. 23) Les auteurs ont défini diverses conditions nécessaires à la bonne mise en œuvre des LDPC, notamment :

- élaborer des documents de haute qualité avec la participation des cliniciens (documents professionnels) et des patients (documents destinés aux patients);
- créer un circuit de rétroaction pour améliorer les choses;
- utiliser une publicité intensive et faire des envois généraux par la poste pour recruter des animateurs et des éducateurs dans le milieu des soins primaires et pour mieux faire connaître le programme;
- former les médecins résidents; et
- recourir à des partenariats pour diffuser la documentation destinée aux patients.

Dans l'ensemble, les interventions par lesquelles les médecins ont obtenu de la documentation ou assisté à des conférences ou à des ateliers ont semblé entraîner des améliorations moins évidentes. Celles qui ont comporté des vérifications, une rétroaction et une formation continue en pharmacothérapie ont eu, en général, un effet positif sur les méthodes de prescription.

Les lignes directrices peuvent être utiles, mais il y en a eu une multitude ces dernières années, de sorte que la qualité n'en est pas toujours garantie. Selon le projet NA203 (Évaluation nationale des Lignes directrices pour la pratique clinique), on estime qu'il y a, au Canada, environ 2 500 directives du genre, dont la majorité ont été rédigées au cours de la dernière décennie. Vu la croissance exponentielle de ces documents, les cliniciens doivent de plus en plus composer avec des recommandations différentes, qui se contredisent parfois. Par exemple, une étude a montré que les recommandations issues de 20 directives sur le traitement anticoagulant dans le cas d'une fibrillation auriculaire ont été appliquées à 100 patients consécutifs. Tout dépendant de la

ligne directrice, un tel traitement aurait été recommandé dans 13 à 100 p. 100 des cas (p. 6). Selon les chercheurs (NA203), seulement 19 p. 100 des lignes directrices auraient pu être utilisées telles quelles, et 56 p. 100 des autres auraient été acceptables avec des modifications.

3.1.2.2 Démarche interdisciplinaire

Dans le cadre du projet ON221 (Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments), qui a porté sur des aînés vivant chez eux et risquant beaucoup d'avoir des problèmes⁷ de médication, les chercheurs ont constaté qu'on obtenait des résultats fort positifs⁸ en élargissant le rôle des pharmaciens pour qu'ils cernent et règlent ces problèmes et formulent des recommandations au médecin de famille traitant. Les pharmaciens ont repéré des problèmes chez 88 p. 100 des personnes âgées participant à l'étude; les médecins de famille ont accepté d'appliquer 84 p. 100 des recommandations qui leur avaient été présentées et ils ont donné suite à 57 p. 100 d'entre elles dans les cinq mois suivants.

Le projet ON222 (Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente B Création d'une infrastructure pour la diffusion de guides de pratique clinique) a mis en lumière l'importance d'une démarche interdisciplinaire pour élaborer les lignes directrices. La réussite de ces dernières a été attribuée au rigoureux processus de rédaction qui a été suivi et à la participation d'un comité consensuel multidisciplinaire, qui comprenait des spécialistes, des médecins de premier recours et des pharmaciens, en plus de 150 examinateurs de toutes les régions du Canada (p. 16).

3.1.2.3 Modification de la réglementation

Dans le cadre du projet BC201-05 (Évaluation de la faisabilité d'un essai aléatoire contrôlé d'une politique modifiée de remboursement du prix des médicaments pendant la mise en œuvre), la modification d'une

7. Consommer cinq médicaments ou plus, une moyenne de huit médicaments par jour.

8. Ceci est semblable au rôle du pharmacien clinique dans le contexte de la pratique de pharmacien hospitalier.

politique de remboursement a entraîné l'amélioration souhaitée des pratiques de prescription et une réduction des coûts sans qu'en souffre la santé des patients. L'étude a concerné le changement d'un règlement sur le remboursement : on a mis fin à la couverture des formes en aérosol coûteuses des médicaments pour troubles respiratoires (il fallait une machine), ce qui aurait dû aboutir à la prescription des formes inhalées de ces médicaments, dont le coût est remboursé. Fait inhabituel, on n'a pas observé d'augmentation parallèle de l'utilisation de ces dernières, ce qui fait douter de la nécessité antérieure des médicaments en aérosol ou annonce une transition encore inconnue à d'autres ressources.

Le projet SK221 (Étude, menée dans des conditions contrôlées, d'initiatives visant à améliorer la prescription d'antibiotique et le respect des ordonnances) a montré qu'il est difficile d'améliorer les pratiques de prescription des antibiotiques par la formation continue en pharmacothérapie, par le profilage (montrer au médecin comment ses habitudes de prescription se comparent à celles de ses collègues ou à une norme donnée), ou par une combinaison de ces deux solutions. Deux études qui visaient à faire remplacer la benzodiazépine (en fournissant aux médecins des lignes directrices sur le retrait sûr des benzodiazépines, en distribuant des documents aux patients pour faciliter la discontinuation ou en utilisant la formation continue en pharmacothérapie) ont aussi révélé qu'une intervention « éducationnelle » n'entraînerait pas la modification des méthodes actuelles de prescription dans le cas de la benzodiazépine. Pour opérer un changement sur ce plan, il faut d'autres méthodes plus directes, telles qu'un règlement ou des incitations financières.

Les médecins ont paru hésiter à participer aux études qui visaient à modifier les pratiques de prescription dans le cas de la benzodiazépine, et ceux qui y ont participé ne se sont pas améliorés. Le taux de participation des médecins désignés au projet NA221 (L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés) a été très faible : de 12 à 17 p. 100 au Québec jusqu'à 39 p. 100 à Terre-Neuve. L'effet mesuré sur les pratiques de prescription a aussi été décevant : aucun changement n'a été observé à Terre-Neuve et il n'y a eu que de petits changements en Ontario. C'est ce que les

constatations issues du projet BC201-01 (Projet sur la gestion du sommeil et de l'anxiété) ont confirmé. Un plus grand nombre de médecins ont eu davantage, et non moins, recours aux benzodiazépines (nombre de patients, volume du médicament et nombre d'ordonnances). Toutefois, une modification parallèle de la politique gouvernementale a peut-être compliqué ces résultats. Les résultats négatifs de ce projet ont été particulièrement décevants, car on s'attend à ce que les médecins se portant volontaires pour participer à une telle étude soient ceux qui sont les plus disposés à opérer des changements.

3.1.3 Amener les patients à respecter davantage les ordonnances

Les patients ont respecté davantage leurs ordonnances grâce à des experts en éducation des malades (asthme), à des pharmaciens (asthme) et à des équipes multidisciplinaires composées du médecin, du pharmacien et d'un professionnel des soins à domicile (personnes ayant des besoins⁹ médicaux complexes) (BC201-06, BC201-08 et AB301-27). Cependant, comme l'a montré le projet BC201-06 (Projet d'étude sur un échantillon aléatoire et contrôlé sur l'éducation sur l'asthme en C.-B.), il faut pour cela qu'il existe une bonne coordination entre les professionnels, qui doivent notamment bien connaître le traitement indiqué pour la maladie et les recommandations à faire aux patients.

3.2 Accès

Le prix constitue un élément important en pharmacothérapie, car l'impossibilité d'avoir accès à des médicaments d'ordonnance à prix abordable risque de se traduire par une insuffisance des soins et d'aboutir à l'utilisation accrue d'autres ressources du régime des soins de santé. Les asthmatiques ont mentionné que le prix inabordable des médicaments constituait un des facteurs les amenant à ne pas respecter leurs ordonnances (BC201-06). Chose certaine, l'asthme est une maladie chronique qui est essentiellement traitée avec des médicaments chez la majorité des patients; or, l'essentiel du coût du traitement est dû aux médicaments, dont les plus sous-utilisés (les anti-inflammatoires et les bronchodilatateurs à action prolongée) sont les

plus chers, et les plus sur-utilisés (les bronchodilatateurs à action brève), les moins coûteux.¹⁰

3.2.1 À l'échelle du Canada

Dans tous les programmes canadiens, l'admissibilité aux régimes d'assurance-médicaments publics tend à être fonction de l'âge ou des paramètres socio-économiques; les régimes privés sont surtout axés sur l'emploi. Une assurance publique tend à être fournie aux personnes âgées, aux Autochtones inscrits et aux chômeurs. Les programmes varient quant aux médicaments qui sont payés et au montant que les assurés doivent déboursier eux-mêmes (partage du coût). Les responsables du projet NA202 (Accès des Canadiens à un régime d'assurance-médicaments pour les médicaments d'ordonnance) ont constaté qu'environ 10 p. 100 des Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments ou que leur assurance ne couvre que leurs frais annuels supérieurs à 1 000 \$.

Le Canada est loin d'être le seul pays à financer l'achat des médicaments d'ordonnance. Les sept pays¹¹ examinés dans le projet NA236 (L'expérience internationale en matière d'assurance-médicaments : leçons à tirer pour le Canada) offrent tous de vastes programmes publics d'assurance-médicaments d'ordonnance. Tous exigent aussi que les consommateurs assument une part du coût, qui se situe en moyenne entre 25 p. 100 et 30 p. 100 des frais d'ordonnance. Cependant, dans tous ces pays, comparativement au Canada, les dépenses publiques équivalent à une proportion plus grande du coût global des médicaments. En 1997, le pourcentage a oscillé autour de 31 au Canada, contre environ 65 (moyenne) dans les sept pays étudiés (15 p. 100 aux États-Unis).

9. Les personnes qui déclarent volontairement que leur état de santé est mauvais et qui consommaient en moyenne cinq médicaments.

10. La sousutilisation et la surutilisation sont en fonction de lignes directrices établies pour le traitement de cette maladie, qui commande habituellement l'usage de médicaments anti-inflammatoires et de bronchodilatateurs à effet prolongé à un niveau qui permet de diminuer l'usage de bronchodilatateurs à effet limité à deux fois par semaine ou moins.

11. Nouvelle-Zélande, Australie, Royaume-Uni, France, Allemagne, Suisse, et les Pays-Bas.

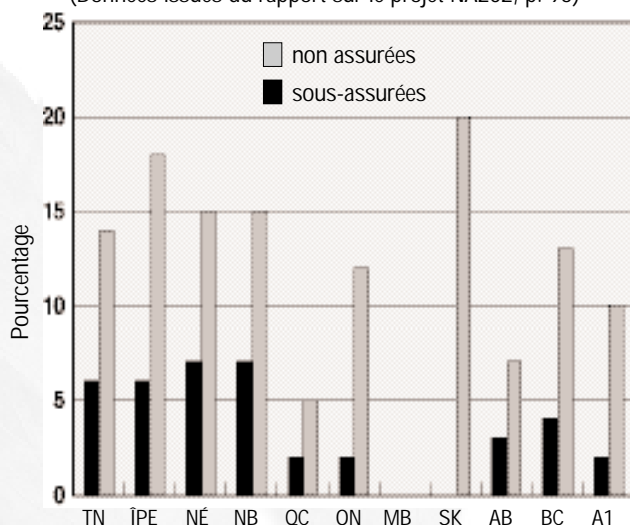
En se fondant sur l'indice¹² de la capacité de payer, les auteurs du projet NA202 ont constaté qu'une facture de pharmacie de 1 000 \$ équivaldrait à plus de 4,5 p. 100 du revenu brut¹³ de 2 p. 100 des Canadiens (4,5 p. 100 est un seuil définissant un état de difficulté financière; on considère que cela équivaut à ne pas avoir d'assurance). D'après cet indice, on dira d'une personne qu'elle est sous-assurée si elle affecte 2,5 p. 100 ou plus du revenu familial au paiement des médicaments : c'est le cas de 10 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes.

3.2.2 Variation de la couverture de l'assurance-médicaments, selon les régions

D'après les évaluations, l'insuffisance de l'assurance-médicaments varie d'une province à l'autre. La Figure 1 expose dans un graphique les conclusions du projet NA202 relatives à la proportion de la population de chaque province qui n'a pas d'assurance d'après l'indice de la capacité de payer, ou des personnes risquant de ne pas pouvoir régler leurs frais de pharmacie (les sous-assurés). Environ 15 p. 100 des habitants des provinces de l'Atlantique sont dans cette situation, mais ce pourcentage est nul au Manitoba.

Figure 1 : Proportion des personnes non assurées ou sous-assurées, d'après l'Indice de la capacité de payer de 1998, par province

(Données issues du rapport sur le projet NA202, p. 95)



3.2.3 Variation socio-démographique de la couverture de l'assurance-médicaments

Toujours selon l'indice de la capacité de payer, le risque diffère selon le groupe d'âge : 1 p. 100 des personnes âgées, 7 p. 100 des personnes de 18 à 24 ans et 4 p. 100 de celles qui ont entre 55 et 64 ans risquent de subir des frais de pharmacie dépassant leurs moyens. Les personnes travaillant à temps plein sont moins menacées à cet égard : seulement 1 p. 100 d'entre elles le sont, comparativement à 4 p. 100 de celles qui travaillent à temps partiel ou qui n'ont pas d'emploi. Les personnes les plus exposées gagnent moins de 10 000 \$ par an. Le risque tend à être moins grand chez les Indiens inscrits, les Inuits admissibles et les Innus que chez les non-Autochtones, les Métis et les Indiens non inscrits (NA202).

3.3 Intégration

Les multiples visages du régime canadien des soins de santé B mentionnés, en particulier, la multiplicité des programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance qui complique l'évaluation des habitudes nationales quant à l'utilisation des médicaments B ne sont pas sans présenter de nombreux inconvénients. À l'heure actuelle, pour se renseigner sur ces habitudes, il faut mener des enquêtes. Les sociétés d'assurance tiennent à jour des bases de données sur les demandes de remboursement de leurs bénéficiaires, mais on ne peut maintenant analyser les pratiques de prescription et l'utilisation des médicaments d'ordonnance que dans le cadre de chaque base de données établie par chaque assureur. Les auteurs des projets NA201 (Modèle national d'information sur les médicaments prescrits) et NA235 (Options pour l'étude sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance, ou OEEO) ont voulu savoir s'il était faisable de créer une base de données nationale. Ils ont constaté qu'il serait possible de satisfaire sans trop d'efforts à bon nombre des

12. Le pourcentage du revenu brut qu'une personne consacrerait si elle devait déboursier pour une facture annuelle de 1 000 \$ pour des médicaments.

13. Ceci s'appliquerait aux personnes dont le revenu familiale est de 22 222 \$ ou moins. Ainsi, une facture pour médicaments de 1 000 \$ représente 10 pour cent du revenu brut lorsque le revenu familiale est de 10 000 \$, de 5 pour cent s'il est de 20 000 \$, et ainsi de suite.

exigences, mais que le principal obstacle à l'utilité du projet résidait dans l'incapacité de relier la base de données à d'autres sources de données sur la santé, notamment à l'état de santé.

Les responsables de plusieurs projets groupés sous le titre « Projet de transition vers un régime d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique (PharmaNet) » (BC201-01 à BC201-08), qui ont utilisé la base de données PharmaNet pour réunir et choisir au hasard des participants à l'étude, ont tous trouvé le système utile et ils ont pu, semble-t-il, respecter le caractère confidentiel des renseignements sur les patients. Selon les constatations issues du projet BC201-07 (Projet d'extension des services aux patients), il n'a pas fallu, pour trouver les patients, divulguer des renseignements sur ces derniers en dehors du réseau PharmaNet. De plus, interrogés à ce sujet, la majorité des patients ont trouvé que l'utilisation de la base de données PharmaNet par les pharmaciens, pour repérer les personnes risquant d'avoir des problèmes, était acceptable du point de vue de la protection des renseignements personnels (BC201-07).

3.4 Résultats pour la santé

Il est souvent difficile de mettre en évidence une progression de l'état de santé d'un groupe de patients, même quand l'intervention a sensiblement amélioré leur pharmacothérapie. Par exemple, les auteurs du projet ON221 (Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments) ont montré qu'un pharmacien peut repérer des problèmes relatifs à la médication et intervenir avec succès, ce qui amène le médecin à modifier ses ordonnances; cependant, la qualité de vie risque de ne pas changer, tout comme le nombre de patients signalant un problème de médication. Cependant, dans le cadre du projet AB301-27 [Collectifs de soins de santé primaires : amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)], les chercheurs ont montré que, quand des patients prenant en moyenne cinq médicaments d'ordonnance respectaient davantage leur régime de médication, leur état de santé cessait de décliner, même si, au début de

l'étude, il avait été établi que l'état de santé de certains se détériorait.

Le projet BC201-08 (Impact d'un protocole de soins aux asthmatiques administré par des pharmaciens communautaires dûment formés sur l'amélioration des résultats chez les asthmatiques adultes) s'est traduit par un meilleur contrôle de la maladie chez les patients bénéficiant de l'intervention que chez ceux du groupe-témoin. Les symptômes se sont résorbés, la fonction pulmonaire et la qualité de vie se sont améliorées, le nombre de jours d'absence à l'école ou au travail a diminué (pas beaucoup) tout comme l'utilisation des inhalateurs d'urgence.

Quand on impose un changement de la réglementation sur les pharmacothérapies, nous voulons souvent faire en sorte qu'il n'ait guère ou pas d'effets négatifs sur la santé. Afin de vérifier l'effet d'un tel changement, les responsables du projet BC201-05 (Évaluation de la faisabilité d'un essai aléatoire contrôlé d'une politique modifiée de remboursement du prix des médicaments pendant la mise en œuvre) ont eu recours à un échantillon de médecins (et à tous leurs patients) qui ont été exemptés de la mise en œuvre de la politique pendant six mois. Les chercheurs voulaient voir si la santé des sujets qui avaient adopté le nouveau traitement avait souffert d'une quelconque façon. Dans ces cas, on peut souvent repérer assez vite la détérioration de la santé en observant un recours plus grand à d'autres services de santé non pharmaceutiques et une utilisation plus grande d'autres médicaments d'urgence, des services d'un médecin ou des soins dispensés à l'urgence ou à l'hôpital. En d'autres mots, des économies au chapitre des médicaments risqueraient d'entraîner des frais dans d'autres secteurs du régime de soins de santé, ce qui annulerait toute économie nette ou, dans certains cas, se solderait par une hausse nette du coût des soins de santé. Les données recueillies grâce à l'étude sur les visites au service des urgences et sur les séjours à l'hôpital ne sont pas claires, et il faudra les analyser davantage. Toutefois, ni l'état de santé des participants ni le coût n'ont beaucoup changé, exception faite d'une certaine augmentation du coût, voire de la fréquence des interventions du médecin dans le groupe ayant suivi la nouvelle politique.

3.5 Rentabilité

Il y avait peu de renseignements sur la rentabilité des différentes interventions étudiées dans les rapports sur la pharmacothérapie. La modification des politiques peut entraîner des économies, mais pas toujours autant qu'on l'a prédit. Dans le cadre du projet BC201-05, les chercheurs avaient prévu réaliser des économies de trois millions de dollars en un an, mais un examen a révélé qu'il s'agissait plutôt d'un million environ.

Plusieurs provinces misent de plus en plus sur des outils d'évaluation économique pour accroître l'efficacité de leur programme d'assurance-médicaments. Quand un fabricant veut que son médicament soit couvert par l'assurance, il fournit généralement les données sur lesquelles les évaluations reposent. Ces données sont en général fondées sur des essais cliniques, et non sur une utilisation en contexte réel. Ce n'est pas surprenant car, dans la majorité des cas, le nouveau médicament n'a pas été sur le marché assez longtemps pour que l'on puisse recueillir des données sur son utilisation réelle. Dans le cadre du projet NA246 (Évaluation des pratiques provinciales concernant l'établissement des listes de médicaments), les chercheurs ont trouvé que la majorité des régimes d'assurance-médicaments fondent leurs évaluations sur les conséquences du prix du nouveau médicament pour leur propre budget, sans faire une évaluation globale du coût éventuel pour l'ensemble du budget du régime provincial des soins de santé et sans tenir compte des conséquences économiques sur les patients.

Le projet NA236 (L'expérience internationale en matière d'assurance-médicaments : leçons à tirer pour le Canada) a porté sur le recours aux évaluations économiques à l'étranger. Ce genre d'évaluation fait partie de l'examen des produits, aux fins de l'assurance, en Australie et en Nouvelle-Zélande. D'autres pays ont moins recours à

14. Non seulement au Canada mais dans la plupart des pays, les examens des médicaments effectués avant l'homologation pour vente des médicaments d'ordonnance n'est pas transparent.

15. Un étude Étape IV est une étude effectuée après l'homologation d'un médicament en vue de sa mise en marché. Habituellement, l'objectif consiste à déterminer les risques et les avantages du médicament dans des conditions normales d'utilisation.

ces analyses (R.-U., Suède, France), ou sont tout juste en train de les mettre en œuvre (Pays-Bas).

Les auteurs du projet NA246 soulignent que l'évaluation économique au Canada (faite par les régimes d'assurance-médicaments de la C.-B., de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et du Nouveau-Brunswick) manque de transparence. La même observation vaut pour des régimes étrangers; seule l'autorité britannique estime que l'information est publique (NA236). Ce manque de transparence, qui est endémique dans le processus canadien d'examen de la médication à tous les paliers¹⁴, entraîne un processus décisionnel sans uniformité et une protection inégale des assurés des divers programmes. Les auteurs du projet NA246 formulent plusieurs recommandations à ce sujet, dont les suivantes :

- adopter un processus conjoint d'examen des médicaments d'ordonnance en comparant l'efficacité et l'innocuité;
- créer un comité national pour garantir des analyses de rentabilité valables;
- faire siéger des experts en évaluation pharmaco-économique aux comités d'examen des programmes provinciaux d'assurance-médicaments;
- exiger des études¹⁵ (Étape IV) sur les nouveaux médicaments, après leur mise en marché, pour en évaluer les effets réels sur la santé de la population et les conséquences économiques du prix;
- n'autoriser la mise en marché du médicament que s'il satisfait à certaines conditions relatives au coût, à l'efficacité et à l'innocuité; et
- faire participer davantage le public et les praticiens de la santé au processus d'examen et aux décisions, et accroître la transparence.

3.6 Transfert/Généralisation

Les outils de recherche et les documents éducationnels créés à la faveur des projets pourront être employés tels quels ou adaptés à d'autres situations, ce qui est un des effets positifs des études sur la pharmacothérapie menées par le FASS. Bon nombre des études sur l'édu-

cation des patients et des médecins s'accompagnent de documents utiles et d'examen faits par les participants sur la pertinence de ces textes. Par exemple, dans le cadre des projets BC201-02 (Projet sur l'amélioration de la prescription) et BC201-06 (Projet d'étude sur un échantillon aléatoire et contrôlé sur l'éducation sur l'asthme en Colombie-Britannique), les chercheurs ont produit des documents éducatifs pour les médecins, afin d'améliorer leurs pratiques de prescription, et pour les asthmatiques, en vue de les aider à mieux contrôler leur maladie. À la faveur de la partie II du projet BC201-05 (Comment faire le lien entre les politiques et les faits), les chercheurs ont rédigé un manuel en quatre parties qui montre aux bureaucrates de la santé comment établir le lien entre les politiques et les données issues de la recherche.

Chose certaine, les résultats des études ne peuvent pas toujours être appliqués à d'autres contextes, d'autres groupes ou d'autres interventions. Quand on éduque les patients, il peut être difficile de généraliser les résultats à tous les groupes. Les groupes de patients diffèrent quant aux éléments démographiques, à l'état de santé et aux caractéristiques influant sur leurs attitudes et la mesure dans laquelle ils observent leur médication. Dans le projet BC201-03 (Projet sur la santé des femmes d'âge mûr), les besoins particuliers de certains groupes ont été expressément mis en lumière. En effet, les femmes des Premières nations voulaient que des groupes plus petits soient constitués dans leurs propres localités, et les femmes handicapées ont exprimé des besoins bien définis en raison des difficultés dominantes liées à leur état.

Il est souvent facile d'observer à court terme l'influence positive d'un programme d'éducation destiné aux personnes qui y ont participé; ce qui est difficile, c'est de maintenir cette influence, car cela nécessite dans la majorité des cas un effort et des dépenses continus. Le projet BC201-07 (Extension des services aux patients : Évaluation, par le pharmacien local, de la thérapie prodiguée aux patients) a confirmé qu'il est souhaitable et possible de rédiger et d'utiliser des renseignements à l'intention des patients, à tout le moins des patients et des professionnels de la santé qui ont participé à l'étude. Cependant, même chez ces personnes motivées,

des sujets de conflit se manifestent, notamment en ce qui concerne la différence entre, d'une part, la quantité de renseignements que les patients souhaitent recevoir (plus) et, d'autre part, celle que le médecin et le pharmacien sont disposés à fournir (moins).

À l'échelle nationale, le projet NA221 a mis en évidence des difficultés importantes que posent l'accès aux renseignements et l'actualité de ceux-ci aux fins de la recherche. Dans cinq provinces, on n'a pas pu identifier facilement les médecins « cas problèmes » prescrivant des benzodiazépines. Dans deux provinces, les renseignements sont considérés comme confidentiels. Nous pouvons donc supposer que, dans deux provinces, la confidentialité des données, dans la mesure où les professionnels de la santé sont concernés, l'emporte sur l'importance de la santé du public. Trois provinces souffraient d'une mise à jour lente de leurs bases de données (deux ou trois fois par année), ce qui rendait difficile l'accès à des renseignements à jour. Dans deux provinces, les études n'avaient même pas commencé, à cause de processus d'approbation éthique extrêmement lents.

3.7 Limitation des dépenses pharmaceutiques

En déréglementant le marché pharmaceutique avec une injection de fonds privés plus considérables dans le système, le Canada s'éloignerait encore plus du modèle de financement principalement public des médicaments qui existe dans la majorité des pays industrialisés (en général, un régime moins coûteux et plus équitable), mais il se rapprocherait de la formule américaine (plus coûteuse et moins équitable). Dans la majorité de ces pays, les dépenses consacrées aux médicaments ont augmenté à un taux supérieur à celui d'autres secteurs des soins de santé, mais le Canada et les États-Unis ont relativement mal réussi à endiguer cette hausse.

Selon les auteurs du projet NA236 (L'expérience internationale en matière d'assurance-médicaments), les dépenses faites par le Canada par habitant au chapitre des médicaments sont inférieures à celles de la France et des États-Unis, mais plus grandes que celles de l'Allemagne, de l'Australie, des Pays-Bas, de

la Nouvelle-Zélande, de la Suède et du R.-U. Si l'on exclut le modèle américain, la majorité des autres pays se donnent des politiques nationales en matière d'assurance-médicaments, contrairement au Canada qui adopte des politiques régionales. Dans tous les pays, les régimes publics subventionnent plus l'assurance-médicaments que ce n'est le cas au Canada. L'assurance privée n'existe à peu près pas au Royaume-Uni et en Suède; elle couvre à peu près 9 p. 100 de la population en Allemagne et un tiers aux Pays-Bas, et elle paie la quote-part des frais assumée par les patients bénéficiant de l'assurance publique dans le cas d'environ 80 p. 100 de la population française.

Comme le montre le projet NA236, les gouvernements essaient d'équilibrer leurs trois rôles :

- promouvoir et protéger la santé publique (examiner les médicaments avant que la vente en soit autorisée, et réglementer les conditions de marketing);
- promouvoir la croissance et la vigueur de l'industrie (en attirant et en gardant au pays des entreprises qui se consacrent à la recherche); et
- payer une partie des médicaments d'ordonnance utilisés par les consommateurs (en remboursant totalement ou en partie à certains groupes le prix des médicaments d'ordonnance).

Comme le signalent les auteurs des projets NA236 et NA202 (Accès des Canadiens à un régime d'assurance-médicaments pour les médicaments d'ordonnance), les programmes publics canadiens tendent à recourir aux outils suivants pour limiter le coût de l'assurance-médicaments :

- Limiter l'admissibilité à l'assurance (les personnes âgées, les assistés sociaux et les personnes atteintes d'une maladie dont le traitement coûte cher ont généralement droit à l'assurance publique, mais cela varie d'une province à l'autre).
- Limiter les frais remboursables (la majorité des programmes dressent la liste des médicaments d'ordonnance couverts. Certains régimes essaient d'influer sur les pratiques de prescription en prônant des lignes directrices en matière de prescription.).

- Empêcher la hausse des prix des produits inscrits sur la liste (certains régimes négocient le prix avec les fabricants des médicaments).
- Demander aux bénéficiaires d'assumer une part des frais.

On peut recourir à d'autres outils et moyens de limiter les coûts. Le projet NA236 a porté sur ceux qui sont employés ailleurs qu'au Canada.

3.7.1 Moyens directs de limiter les dépenses

Les pays peuvent gérer les prix ou les coûts en négociant ou en fixant les prix des médicaments, le montant des remboursements ou les profits. Ils peuvent aussi limiter ce qui est couvert par leur régime d'assurance et restreindre les conditions dans lesquelles des médicaments nouveaux et plus chers peuvent être prescrits à la place de médicaments existants et moins coûteux. L'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède ont des listes nationales dites « négatives » (liste de médicaments non couverts). La France, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas ont tous des listes « positives » (liste de médicaments couverts), et la Suède est en train d'en dresser au niveau régional. D'autres outils directs sont utilisés : promotion de substituts génériques de produits qui ne sont plus protégés par un brevet (R.-U., Allemagne, Pays-Bas et France); établissement du prix en fonction de celui d'un médicament de référence thérapeutique (Allemagne, Pays-Bas et Nouvelle-Zélande). Dans la majorité de ces pays, on a de plus en plus recours à l'analyse¹⁶ pharmacoéconomique pour calculer la valeur ajoutée d'un nouveau médicament. Et, comme nous le mentionnions plus haut, ce n'est qu'aux États-Unis et en France que le prix des médicaments est plus élevé qu'au Canada.

16. L'évaluation économique des produits pharmaceutiques comprend les types d'analyse suivants : analyse coûts-efficacité (mesure des conséquences dans les unités naturelles, tels que des personnes qui n'ont pas de symptômes), analyse coûts-avantages (traduit les conséquences en espèces) ou analyse de la justification de la dépense envisagée (parfois considérée comme une variante de l'analyse coûts-efficacité, les conséquences sont ajustés l'utilité ou l'échelle de préférence quand à l'état de santé) (Drummond, O'Brien, Stoddart et Torrance, 1997).

3.7.2 Moyens indirects de limiter les dépenses

Le R.-U., l'Allemagne¹⁷ et la Nouvelle-Zélande imposent aux médecins des budgets pour les médicaments, pour limiter les dépenses. Dans le cadre du projet NA236, les chercheurs ont cependant constaté que les effets globaux des budgets sur les dépenses et leurs résultats pour la santé n'ont pas été bien étudiés. On a montré que l'accroissement de la quote-part payée par les consommateurs a eu des effets négatifs sur les résultats en matière de santé, notamment chez les gagne-petit. La France, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont trois pays qui établissent des contrats avec l'industrie de manière à rendre le fabricant vulnérable aux risques financiers en cas de dépenses plus fortes que prévues (NA236, p. 25). Le fabricant s'expose, entre autres, à devoir remettre des sommes ou à recevoir moins des régimes d'assurance si les paramètres prix-volume établis dans le contrat sont dépassés.

3.8 Publicité s'adressant directement aux consommateurs (PDC)

D'après le projet NA250 (Évaluation des effets, sur le système de santé, de la publicité des médicaments de prescription orientée directement vers le consommateur), les décideurs doivent être sur leur garde en autorisant la publicité s'adressant directement aux consommateurs au sujet des médicaments d'ordonnance et se méfier de ses effets négatifs (coût et santé) sur la pharmacothérapie. À l'heure actuelle, la loi canadienne interdit la PDC au sujet des médicaments d'ordonnance; cependant, on voit souvent au Canada une publicité faite sur les chaînes de télévision américaines. La publicité semble avoir eu un effet. « Les 14 médicaments (mentionnés par leur nom demandé dans le passé par au moins trois patients) représentent 43 p. 100 des produits demandés expressément. La majorité ont été annoncés auprès du public, et la moitié d'entre eux comptaient parmi les 25 médicaments auxquels les plus forts budgets de PDC ont été affectés aux États-Unis en 1999. » (Traduction) (NA250 partie 3,

17. L'Allemagne n'a pas encore imposé de pénalités financières, même si les budgets ont été surpassés à plusieurs occasions.

p. 20) À la faveur d'une enquête menée à Vancouver, on a constaté que seulement 10 p. 100 des patients interrogés dans les cabinets de médecin n'avaient pas vu d'annonces s'adressant directement à eux au sujet d'un médicament d'ordonnance au cours de l'année antérieure; 30 p. 100 avaient vu au moins dix produits annoncés de la sorte (NA250, partie 1). Si la publicité était bénéfique, les consommateurs seraient mieux informés, utiliseraient les traitements nécessaires et suivraient mieux leur traitement. Toutefois, la réalité est toute autre : cette publicité contient plus d'éléments émotifs que de messages factuels, et ceux-ci tendent à être sélectifs, subjectifs et trompeurs (NA250, partie 2). Pour fournir des renseignements tout aussi accessibles et les diffuser auprès d'une proportion aussi grande de la population afin de faire contrepoids à la marée d'annonces publicitaires faites par l'industrie pharmaceutique, il faudrait des efforts et des dépenses considérables.

4. Les Ressources humaines dans le domaine de la santé et les questions pharmaceutiques

Quand les professionnels de la santé de diverses disciplines collaborent, il en résulte une satisfaction accrue et une meilleure compréhension des rôles de chacun. Les médecins de famille qui participaient au projet ON221 (Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments) ont dit avoir une impression plus favorable des pharmaciens et mieux comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer. Les médecins ont estimé que l'expérience les avait éclairés et que l'information ainsi acquise pourrait servir à traiter d'autres patients; tant les pharmaciens que les médecins ont précisé qu'ils recommanderaient à leurs collègues de rechercher une collaboration accrue. Les professionnels de la

santé (médecins, pharmaciens, aides à domicile) qui ont pris part au projet AB301-27 [Collectifs de soins de santé primaires : amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)] ont dit préférer cette démarche et avoir une opinion plus positive de leurs collègues, tandis que les médecins et les pharmaciens qui ont rédigé des lignes directrices à l'intention des patients, dans le cadre du projet NA204 (Guide des médicaments au Canada : étude pilote) ont été très satisfaits de la qualité des documents produits (plus de 80 p. 100) qui, selon eux, ont été utiles à leurs patients (plus de 90 p. 100).

En revanche, un manque de collaboration risque de susciter une opinion moins généreuse sur le rôle d'autres professionnels. La modification des rôles actuels dans le régime des soins de santé, même quand on peut prédire des effets positifs sur les résultats pour la santé et sur le rapport coût-efficacité, n'est pas toujours facilement acceptée par d'autres intervenants. Quand des médecins, des pharmaciens et des patients ont répondu aux questionnaires dressés par les auteurs du projet ON223 (Possibilités de participation des pharmaciens à l'établissement des stratégies pharmaceutiques et des mécanismes de remboursement), qui explorait la possibilité de modifier le rôle des pharmaciens, l'attitude des médecins n'a pas été positive. « Les patients admettaient que les pharmaciens possédaient des connaissances spécialisées, mais les médecins en étaient moins convaincus. Cela peut donner une idée du temps relatif passé en communication avec un pharmacien, ou renseigner sur les connaissances et les critères différents que les médecins emploient pour évaluer les 'compétences' des pharmaciens. » (Traduction) (p. 7)

Les résultats des études du FASS font ressortir l'importance d'une collaboration et de rapports interdisciplinaires chez les professionnels de la santé, pour que la modification des rôles actuellement définis puisse se faire harmonieusement.

5. Conséquences pour les politiques et la pratique

5.1 Multitude de groupes distincts de financement et d'élaboration des politiques

Un certain nombre des études du FASS ont abordé les problèmes inhérents à la pluralité des systèmes canadiens des soins de santé, en particulier en ce qui concerne l'assurance-médicaments et la pharmacothérapie. Par exemple, il existait des différences régionales relativement aux directives de prescription, aux normes de couverture de l'assurance-médicaments et à l'accès aux données issues de la recherche. Cela dit, y a-t-il des obstacles de taille à l'adoption, par toutes les provinces, d'une démarche commune dans ce domaine? La possibilité de réduire le chevauchement des efforts, la confusion et l'iniquité est grande. En se dotant de politiques conjointes, les gouvernements bénéficieraient d'un pouvoir considérablement accru sur les plans politique et réglementaire, et d'un meilleur pouvoir de négociation avec les associations professionnelles et les sociétés internationales.

Il serait utile, au départ, de mettre en application des politiques bien précises et généralement acceptées, dont le succès serait assuré, qui seraient réalisables à court terme et qui favoriseraient la coopération interprovinciale. Ultérieurement, on pourrait s'attaquer aux questions plus complexes en s'appuyant sur ces premières réussites.

5.2 Collaboration entre professionnels

Les projets du FASS ne confirment pas le vieil adage selon lequel la familiarité n'engendre pas le mépris lorsqu'il s'agit des professionnels de la santé. Ceux appartenant à diverses disciplines et travaillant ensemble se disent plus satisfaits et comprennent mieux les points forts de leurs collègues. Il est intéressant, mais non surprenant, de constater que cette appréciation positive exprimée dans des conditions

de travail réelles contraste avec les résultats des enquêtes qui relèvent des jugements et des impressions non fondés sur des entreprises concrètes communes.

Ces études du FASS montrent qu'il est possible de surmonter ces obstacles et de susciter le respect mutuel, un travail d'équipe et le « partage » du patient (pour que ses « nombreuses composantes » forment un « tout ») grâce à la collaboration, que l'on peut favoriser davantage en veillant à ce que les professionnels de la santé soient formés ensemble dès que possible au cours de leurs programmes d'études respectifs.

Il conviendrait donc d'accorder dans l'avenir une haute priorité aux politiques qui viseraient à rapprocher davantage les professionnels, au sens propre du terme. Il faudrait mettre particulièrement l'accent sur les projets locaux; c'est effectivement dans ce contexte que l'établissement de la coopération et de la compréhension mutuelles semble être le plus difficile. En outre, les spécialistes des soins ambulatoires sont ceux qui connaissent le moins les changements qui se sont opérés au cours de la dernière décennie dans la formation et la pratique des pharmaciens. Il faut donc accorder une attention spéciale aux projets qui facilitent dès que possible les rapports entre les médecins et les pharmaciens (et le personnel infirmier et les inhalothérapeutes, etc.) au stade de la formation.

5.3 Information sur les médicaments : points de vue des patients et des professionnels

Les études du FASS qui portent sur les façons d'amener les patients à mieux comprendre la nature de leur maladie et leur pharmacothérapie semblent révéler une disparité entre les perceptions des patients et celles des professionnels, voire entre celles des professionnels eux-mêmes. En général, les patients montrent qu'avec des renseignements appropriés, ils s'adaptent aux changements apportés à leur thérapie ou veulent mieux contrôler leur maladie; ils sont plus sûrs de pouvoir prendre les bonnes décisions au sujet de leur médication, des changements à faire dans leur mode de vie, etc. Toutefois, ils ne veulent pas simplement recevoir des renseignements appropriés : ils souhaitent aussi

contribuer à leur élaboration (rédaction des lignes directrices, des critères de remboursement, etc.). La démarche participative semble nécessaire pour garantir la réussite de la mise en œuvre des lignes directrices. Les patients veulent être sûrs que les renseignements sont crédibles et compréhensibles et qu'ils présentent les options, les avantages et les risques.

Il est intéressant de constater que, dans les mêmes circonstances, c'est exactement ce que les professionnels de la santé demanderaient. Cependant, ils s'inquiètent toujours des conséquences de la divulgation de tous les renseignements (même si bon nombre de leurs patients peuvent les obtenir sur Internet!). Dans l'avenir, il faudrait, en concevant des projets et des politiques, viser à combler le fossé qui existe entre les professionnels, mais aussi entre les perceptions de ces derniers et les besoins exprimés par les patients qui réclament des renseignements pertinents et utilisables. Il serait intéressant de savoir si les préoccupations des professionnels se rapportent plus aux résultats en matière de santé qu'aux difficultés que suscite, dans leur esprit, l'accroissement des demandes exigeant une plus grande part de leur temps.

Tout comme les professionnels de la santé, les patients ont besoin de sources de renseignements crédibles, pertinents et compréhensibles, car ils participent de plus en plus au choix du traitement. Il ne faut pas attendre de l'industrie pharmaceutique qu'elle fournisse ces renseignements, car les détails communiqués aux praticiens de la santé sont peut-être informatifs, mais ils ne sont pas formatifs.

L'expérience américaine montre que la publicité s'adressant directement aux consommateurs (PDC) déforme la relation entre le médecin et le patient; elle déforme aussi le régime des soins de santé en faisant croître le volume et les ventes totales des médicaments (des ventes de 5 \$ pour chaque dollar investi) brevetés ou à fournisseur exclusif qui sont annoncés, au détriment des interventions non thérapeutiques et des produits génériques.

On pourrait envisager les solutions suivantes :

- trouver diverses façons de recueillir, de préparer et de diffuser des renseignements objectifs et pertinents;

- cerner les avantages qu'entraîneraient des liens intraprofessionnels et interprofessionnels pour la création d'un système continu de soins; et
- définir les moyens de financer ces avantages.

En outre, les agents de réglementation devraient imputer entièrement à l'industrie pharmaceutique le soin de prouver que la PDC a des avantages, si elle veut obliger le Canada à modifier ses lois actuelles à cet égard.

5.4 Qualité de la pratique professionnelle

Il faudrait que ce soient les universités, les organismes d'accréditation et les autorités gouvernementales qui sanctionnent les compétences des professionnels et la qualité de leurs pratiques, et qui leur procurent les outils dont ils ont besoin. Ces trois groupes doivent avoir des objectifs semblables : doter les praticiens des compétences, des aptitudes et des connaissances optimales pour qu'ils fournissent des soins optimaux à des coûts optimaux. Il existe bien des démarches possibles pour cela, mais les études du FASS montrent qu'elles devraient comprendre l'adoption de normes sur les pratiques cliniques exemplaires (lignes directrices dans certains cas, et modification des règlements dans les domaines difficiles à améliorer avec des lignes directrices), la rétroaction (profils relatifs à l'établissement/la délivrance des ordonnances) et la formation continue en pharmacothérapie.

Peu de médecins ont participé aux projets du FASS portant sur l'utilisation des benzodiazépines (cela révèle-t-il un manque d'intérêt?), et aucun changement n'a été observé, même dans la province où le taux de participation a été le plus élevé. Pire encore, une intervention s'est soldée par un accroissement de la prescription de ces médicaments (par un groupe particulièrement enclin, en théorie, à favoriser le changement!).

À en juger par les études antérieures, la formation continue en pharmacothérapie utilisant des lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires, semble constituer un outil efficace pour influencer sur les méthodes de prescription, bien que les effets en soient

limités. Cela peut être dû, entre autres, à la multiplicité des lignes directrices et à leur manque d'uniformité. Un autre facteur réside sans doute dans le fait que de nombreuses lignes directrices ne sont pas issues d'un rigoureux processus d'élaboration, qu'elles n'ont pas été formulées par un comité consensuel multidisciplinaire, qu'elles ont été rédigées sans la participation des patients et qu'elles ne comportent aucun élément incitant les praticiens à les appliquer. Il serait logique d'améliorer ce que nous avons et ce que nous faisons déjà, avant d'ajouter quoi que ce soit. Le moment n'est-il pas tout indiqué pour que les provinces dressent ensemble un plan stratégique global en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des lignes directrices pertinentes et crédibles? Parlant des constatations issues du projet NA203, Steven Lewis a résumé succinctement le débat sur la question des lignes directrices concernant les pratiques cliniques (LDPC) : « On passe outre aux LDPC, même à celles qui sont excellentes, parce qu'il n'y a ni récompense pour ceux qui les suivent, ni punition pour ceux qui les ignorent. [...] Il est inévitable que la production de multiples LDPC sur le même thème engendre la confusion, aboutisse à l'adoption sélective de pratiques correspondant aux préférences et aux préjugés de l'utilisateur plutôt qu'à un jugement fondé sur les faits, et donne lieu à une autre excuse pour ne rien faire au sujet de la variation des pratiques et aux incitatifs iniques. Si nous voulons continuer dans la voie des LDPC, il doit y avoir, pour chaque domaine, une ligne directrice canadienne, rédigée par un organe national, financée par un programme fédéral et compatible avec les critères énoncés dans l'instrument d'évaluation des lignes directrices cliniques. Si les praticiens doivent passer outre aux LDPC, pourquoi ne pas passer outre aux meilleures d'entre elles? » (Lewis, 2001).

Dans l'ensemble, les initiatives éducationnelles lancées pour influencer sur les pratiques des professionnels, avec des LDPC et la formation continue en pharmacothérapie, ont été peu efficaces. Il conviendrait d'examiner d'autres moyens (par exemple, la modification des règlements et l'adoption de mesures financières d'incitation) car, pour déployer des efforts semblables à ceux de l'industrie en vue d'influencer sur les pratiques

de prescription, il faudrait sans doute engager des fonds considérables, et les résultats risqueraient d'être modestes malgré tout.

5.5 Accessibilité

Il paraît surprenant de constater que 10 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes sont sous-assurés au chapitre des médicaments d'ordonnance. Les chercheurs ont cerné quatre grandes variables expliquant le manque d'assurance : le revenu, la catégorie d'emploi, le niveau de scolarité et la province de résidence. Parmi les personnes défavorisées, la hausse du prix des médicaments d'ordonnance a pour effet d'en réduire l'utilisation, ce qui risque d'avoir des effets nuisibles sur la santé des intéressés et d'entraîner un recours accru à d'autres services de santé.

Le fait que certains groupes et particuliers ne soient pas couverts par les programmes d'assurance-médicaments peut avoir des effets « bénéfiques » sur les budgets de ces programmes. Mais que dire des effets sur les budgets du recours aux composantes du système n'intéressant pas les médicaments? Il existe une corrélation entre la diminution de l'accessibilité aux médicaments et l'utilisation accrue des autres services médicaux, si bien que l'ensemble des coûts liés à la santé risquent d'augmenter. Peut-on tolérer que des personnes aient un accès complet aux services médicaux, mais un accès limité aux médicaments dont le but, dans bien des cas, est précisément de réduire le recours aux services en question?

Le FASS a accordé aux chercheurs une courte période pour exécuter leurs études, de sorte que bon nombre d'entre eux n'ont malheureusement pas pu terminer, comme ils comptaient le faire, l'évaluation des effets des projets sur l'utilisation des ressources du système des soins de santé. Dans l'avenir, la recherche doit mettre l'accent sur l'incidence des politiques sur l'utilisation des ressources susmentionnées; on pourra ainsi voir si des considérations économiques (si les dimensions éthiques ne se sont pas imposées) ne contribueraient pas à éliminer la discrimination dans l'accès à l'assurance-médicaments d'ordonnance.

5.6 Limitation des dépenses pharmaceutiques

Les rôles que le gouvernement se donne B fournir une pharmacothérapie optimale à la population, limiter les budgets des soins de santé, et créer un contexte qui encourage l'industrie pharmaceutique à investir dans la recherche-développement (R-D) B sont en conflit les uns avec les autres. Doit-on recourir aux politiques sur la santé ou à celles qui concernent la fiscalité pour encourager la R-D? Nous ne recommandons pas non plus d'accroître la quote-part payée par les consommateurs. En autorisant des sources privées à injecter d'autres fonds dans les programmes d'assurance-médicaments, on contribuera à contenir les budgets de ces derniers et l'on satisfera les fabricants, mais le Canada se rapprochera aussi du modèle américain, le plus inefficace et le plus inéquitable de tous les systèmes étudiés. Si l'on s'en tient aux exemples observés à l'étranger, rien ne porte à croire que l'ajout de fonds améliorera les résultats pour la santé. Il nous faut plutôt étudier les régimes d'assurance-médicaments des pays qui contrôlent leurs budgets, notamment en négociant avec l'industrie pour partager avec elle le risque de la hausse des coûts et en fixant des budgets aux médecins au chapitre des médicaments. De tels outils seraient plus faciles à mettre en œuvre si les provinces parvenaient à adopter une démarche commune. Si les organes administratifs responsables de la politique sur la pharmacothérapie et des programmes d'assurance-médicaments adoptaient des politiques et des règlements communs, il y aurait moins de chevauchement et de confusion, et ils auraient un pouvoir accru pour négocier avec les associations professionnelles et l'industrie. D'aucuns pourraient cependant penser que cela réduirait l'autonomie de ces organes.

6. Conclusion

En général, les auteurs des études du FASS ont confirmé, en se fondant sur les recherches canadiennes, qu'il y a diverses manières d'améliorer la pharmacothérapie employée ailleurs dans le monde. En outre, ils ont examiné quelques nouvelles idées et conçu de nouveaux outils.

Les interventions débouchant sur une amélioration de la pharmacothérapie nécessitent en général des changements structurels. Des équipes de professionnels de la santé peuvent améliorer la pharmacothérapie et accroître la satisfaction de ces intervenants. Comme le travail d'équipe n'est pas commun actuellement entre les médecins et les pharmaciens locaux, les programmes de formation universitaire et continue doivent mettre l'accent sur la coopération. La formation continue en pharmacothérapie semble être le meilleur outil pour améliorer les pratiques de prescription des médecins, mais elle nécessite de la part des programmes d'assurance-médicaments un investissement de temps et de fonds; elle risque de ne pas fonctionner dans les domaines où il est difficile de changer les méthodes de prescription ou d'utilisation des médicaments. Nous devons savoir ce qui marche face aux récalcitrants (par exemple, les patients qui sont incapables d'apprendre à contrôler leur asthme

ou de cesser de prendre des benzodiazépines; les médecins et les pharmaciens qui ne peuvent pas ou ne veulent pas modifier des pratiques impropres de prescription ou de délivrance des médicaments; des professionnels de la santé qui sont incapables ou qui ne sont pas disposés à inculquer à leurs patients de bonnes méthodes de gestion de leur médication). Dans le cas de ces personnes et dans ces domaines, l'éducation ne donne rien. Si l'on estime que le changement serait bénéfique et nécessaire, il faut adopter des mesures d'incitation, des programmes spéciaux de rectification ou des règlements.

À en juger d'après l'expérience internationale, injecter plus de fonds privés dans les budgets réservés à la pharmacothérapie n'aide en rien à gérer les coûts. Au Canada, 10 p. 100 de la population n'est toujours pas suffisamment assurée. Afin de limiter les budgets, on pourrait envisager des solutions telles que l'imposition de budgets aux médecins au chapitre des médicaments et la négociation avec l'industrie pour partager avec elle le risque d'une hausse du coût des programmes. L'adoption de politiques et de règlements provinciaux communs à ces fins réduirait non seulement le chevauchement et la confusion, mais elle accroîtrait aussi le pouvoir de négociation des autorités compétentes.

Ouvrages de référence

Angus, D.E., Auer, L., Cloutier, J.E., & Albert, T. (1994). *Sustainable health care for Canada – Summary*. Ottawa: University of Ottawa.

Bero, L.A., & Lipton, S. (2001). "Methods for studying the effects of direct-to-consumer pharmaceutical advertising on health outcomes and health services utilization." Retrieved May 30, 2001, Available from <http://www.hsrnet.com/ASPE/991/papers/Bero_preconf-draft.htm>. Accessed 01/05/30.

Canadian Institute of Health Information. (2001). "Total health expenditure by use of funds, 1975 to 2000. Retrieved May 16, 2001," Available from <<http://www.cihi.ca/facts>>. Accessed 01/05/16.

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS). (2001). "Sustainable hHealth cCare for Canadians." News release from the 42nd Annual Premiers' Conference, Victoria, British Columbia, – August 1–3, 2001. Ref: 850-083/016.

Coombs, R.B., Jensen, P., Her, M.H., Ferguson, B., Jarry, J.L., Wong, J.S.W., & Abrahamsohn, R.V. (1995). *Review of the literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance & inappropriate use of prescription medication in Canada*. Ottawa: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada.

Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L., & Torrance, G.W. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (. 2nd ed.)ition. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.

Federal/Provincial/Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices. (1999). *Drug prices and cost drivers*. Ottawa: L'auteur.

Lewis, S.J. (2001).. Further disquiet on the guidelines front. *Canadian Medical Association Journal* 165(, no. 1), :180--181.

Patented Medicines Prices Review Board {(PMPRB). (1991-2001). Annual Reports from 1990 to 2000. Ottawa: L'auteur.

Schommer, J.C., & Hansen, R.S. (2001). "A problem well defined is half solved: methodological issues related to the study of direct-to-consumer advertising (DTCA) for prescription drugs." Retrieved January 30, 2001, Available from <http://www.hsrnet.com/ASPE/991/papers/Schommer_Paper.htm>.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant les questions pharmaceutiques

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass.

(NA201) Modèle national d'information sur les médicaments d'ordonnance : Étude de faisabilité de haut niveau – Phase I

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 183 000 \$

Ce projet cherchait à déterminer si une banque de données nationale sur les pratiques en matière d'utilisation de médicaments et leurs coûts permettrait de limiter l'escalade des coûts dans ce domaine et d'aider les gestionnaires de régimes publics d'assurance-médicaments au niveau de l'élaboration des politiques et de l'administration des programmes. Parmi les participants, on remarquait des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et fédéraux, des assureurs provinciaux et fédéraux ainsi que des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux s'intéressant à l'usage des médicaments. Le projet a réussi à mettre sur pied une banque de données-pilote et à l'utiliser pour tester sa capacité à répondre aux questions d'analyse des intervenants. Les chercheurs ont conclu qu'un modèle national d'utilisation des médicaments serait utile et qu'il serait plus facile à concevoir qu'on ne le pensait au départ. Un autre projet (NA235) s'est fondé sur ces résultats pour étudier la faisabilité de la compilation des données provenant des demandes de remboursement afin de créer une banque de données nationale sur l'usage des médicaments d'ordonnance (projet OPUS).

(NA202) Accès des Canadiens à un régime d'assurance-médicaments d'ordonnance

Bénéficiaire : Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada

Contribution : 300 000 \$

Ce projet a examiné l'accès des Canadiens à des régimes d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Il a également analysé la situation des personnes qui n'avaient aucune protection ou une protection inadéquate dans ce domaine. Le volume I de l'étude décrit les éléments des divers régimes d'assurance-médicaments et les circonstances connexes telles que la province de résidence, le statut socio-économique et les besoins en matière de médicaments. Le volume II détermine le nombre de Canadiens qui n'avaient aucune couverture ou bien une couverture inadéquate en 1998. L'une des principales conclusions du projet est que certains groupes doivent payer des frais plus élevés que d'autres. Les personnes les plus vulnérables sont les jeunes de 18 à 24 ans, les schizophrènes et les autres personnes atteintes de troubles mentaux, celles dont la maladie réduit l'employabilité ou débouche sur l'invalidité et celles qui souffrent d'une maladie exigeant des médicaments nouveaux, d'un coût souvent élevé. Une conclusion importante est que 90 % des Canadiens bénéficient d'une couverture pour les dépenses régulières associées aux médicaments, mais aussi que 10 % n'en ont aucune et que 10 % ont une couverture insuffisante.

(NA203) Évaluation nationale des guides de pratique clinique

Bénéficiaire : University of Toronto

Contribution : 170 000 \$

Ce projet a évalué la qualité des guides de pratique clinique (GPC) canadiens qui ont trait à la prescription des médicaments et a passé en revue les stratégies de mise en œuvre des GPC dans les milieux cliniques. Les GPC sont des énoncés d'élaboration systémique qui aident les médecins à prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé. L'étude a permis de découvrir que seulement 19 pour cent des guides étaient recommandés pour un emploi tel quel tandis que 56 pour cent devaient subir des modifications avant d'être utilisés et que 25 pour cent n'étaient pas du tout recommandés. Les chercheurs en ont conclu qu'il est effectivement possible d'évaluer les GPC à l'aide d'un instrument valide et que des recherches

additionnelles doivent être menées en vue d'améliorer les pratiques de prescription par le biais de GPC et d'autres mesures rentables.

(NA204) Projet de guide sur les médicaments au Canada : étude pilote

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 400 000 \$

Ce projet pilote constitue une étude à grande échelle de l'incidence qu'exerce l'information relative aux médicaments sur les médecins, pharmaciens et consommateurs. L'étude de deux ans a élaboré et évalué des guides sur les médicaments d'un usage pratique pour les patients se rapportant à trois conditions médicales – angine, ostéoporose et brûlures gastriques. Ce produit était unique en son genre car il n'existait pour les patients aucune source d'information sur les médicaments qui soit indépendante et fasse autorité. Les patients ont rapporté que les guides étaient faciles à comprendre et qu'ils avaient influencé leurs décisions. De plus, les patients voulaient savoir pourquoi ils devraient prendre un médicament particulier, s'il y avait des options en matière de traitement et quels étaient les effets secondaires de chaque médicament, la longueur du traitement et les coûts. Les médecins et les pharmaciens se sont dit inquiets d'une surdose d'information, du risque de confusion et de non observance chez les patients, mais ils pensaient néanmoins que le guide aidait les patients à répondre aux questions qu'ils se posaient au sujet du traitement.

(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés

Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada

Contribution : 618 455 \$

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario

et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

(NA227) Les régimes d'assurance-médicaments sont-ils importants? Effets de l'admissibilité à un régime d'assurance-médicaments sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées, les assistés sociaux et le grand public

Bénéficiaire : Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution : 122 372 \$

Cette étude éclairait les débats entourant la question d'un programme national d'assurance-médicaments en utilisant les données rassemblées dans le cadre de deux enquêtes de santé auprès de la population de 10 provinces en vue de prédire l'impact d'un tel programme sur la consommation de médicaments prescrits, sur les services des médecins et sur l'état de santé de la population canadienne. Le projet a dégagé des variations en ce qui concerne la protection dont dispose le grand public et des différences au niveau de la distribution des coûts entre les provinces d'une part et les aînés et les assistés sociaux d'autre part. Ensuite, le projet a élaboré une plage d'indicateurs et de modèles d'estimation de l'utilisation des médicaments prescrits afin de repérer l'impact de divers types de régimes d'assurance-médicaments ainsi que de plusieurs variables socio-économiques, démographiques et sanitaires. La conclusion indique que les variations au niveau de la portée de l'assurance-médicaments ne semblent pas influencer sur les schémas de consommation des médicaments des personnes ayant un statut

socio-économique et un état de santé moyens, ce qui suggère qu'un programme d'assurance-médicaments ne serait pas, pour la majorité des Canadiens, un encouragement à utiliser substantiellement plus de médicaments ou de ressources professionnelles. D'un autre côté, le transfert des coûts du consommateur au gouvernement pourrait stimuler la consommation de médicaments chez les personnes à faible revenu et les malades pour qui le prix est un obstacle aux soins, ce qui pourrait, en bout de ligne, entraîner l'amélioration de leur état de santé.

(NA228) Projet-pilote pour comparer les médicaments utilisés dans les programmes d'assurance-médicaments – antibiotiques chez les aînés et le grand public

Bénéficiaire : Dalhousie University, Halifax

Contribution : 105 300 \$

Cette étude mettait à l'essai et évaluait de nouvelles manières de comparer la consommation de médicaments au sein des juridictions canadiennes – une méthode qui effectue les rajustements nécessaires aux médicaments qui existent sous différentes concentrations, les doses recommandées et les formulations. Les chercheurs ont éprouvé l'efficacité du système de doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour réaliser des comparaisons sur une classe entière de médicaments, dans le cas présent, les anti-infectieux de prise orale (p. ex. l'amoxicilline). Ils ont repéré des médicaments individuels utilisés dans trois provinces (Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan) au cours de trois exercices financiers, leur ont attribué manuellement des codes de classification anatomique thérapeutique chimique, et ont ensuite calculé le nombre de DTQ de chaque médicament qui avaient été prescrites par 1000 bénéficiaires et par an. Ils ont ainsi pu décrire la consommation par province, par médicament et par sous-groupe de patients au sein de la population générale (Manitoba, Saskatchewan) et celle des personnes âgées (Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse). Ils ont observé qu'au cours des trois années de l'étude, la consommation d'anti-infectieux avait diminué en Saskatchewan, avait augmenté en Nouvelle-Écosse, avait baissé puis remonté au Manitoba.

(NA235) Options pour l'étude sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance (OEUE)

Bénéficiaire : British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors

Contribution : 381 000 \$

Cette étude évaluait la faisabilité de la compilation des données relatives aux demandes de remboursement des régimes d'assurance-médicaments fédéraux et provinciaux pour créer une seule base de données nationale sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance. Les chercheurs ont constaté qu'un ensemble valable et sûr de données serait réuni même si tous les régimes n'y apportaient pas leur contribution. Bien que cette base de données permettrait aux régimes de comparer le rendement et les règles de leur juridiction à ceux de régimes d'autres parties du pays, on a eu de la difficulté à cerner la valeur d'un tel ensemble de données nationales. Les économies monétaires viendraient seulement de la réduction des analyses décentralisées et/ou externes des données et des décisions d'orientation prises en fonction des données de l'organe d'archivage; tous les régimes participants prévoient de poursuivre leurs pratiques habituelles en matière d'analyse. Cependant, des organismes externes aux régimes d'assurance-médicaments tels que des groupes de travail, des groupes pharmaceutiques et l'ICIS apprécieraient grandement des données nationales sur l'utilisation des médicaments et les outils d'analyse connexes. Les auteurs recommandent que la prochaine étape comprenne la confirmation de la participation des régimes d'assurance et la réalisation d'une analyse détaillée des coûts-avantages.

(NA236) L'expérience internationale en matière d'assurance-médicaments : leçons à tirer pour le Canada

Bénéficiaire : Centre for the Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution : 93 204 \$

Cette étude évaluait les dépenses en médicaments de sept pays occidentaux industrialisés afin de tirer des leçons sur l'équilibre à maintenir entre le besoin de contenir les coûts des programmes publics d'assurance maladie et celui d'assurer l'accès aux produits pharmaceutiques. Le projet a constaté que lorsqu'ils encouragent la recherche et le développement de produits pharmaceutiques, les gouvernements doivent aussi faire face aux exigences des grandes sociétés qui réclament des

concessions sur le plan des politiques de contrôle des dépenses pharmaceutiques. Cette étude de large portée s'est intéressée aux politiques économiques, aux pratiques de l'industrie pharmaceutique, aux politiques de l'Organisation mondiale du commerce, aux programmes publics d'assurance maladie et aux stratégies de contrôle des prix. Parmi les principaux résultats, on remarque que dans tous les pays à l'étude, les dépenses liées aux produits pharmaceutiques ont un rythme de croissance supérieur à celui des dépenses globales relatives aux soins de santé. La conclusion du rapport précise qu'en matière de produits pharmaceutiques, les défis auxquels les Canadiens devront faire face seront d'ordre éthique et politique. Par conséquent, il faudra établir des priorités de manière à garder un juste équilibre entre les intérêts publics et les intérêts privés, à définir le rôle du partage des coûts et à préciser les limites de l'assurabilité.

(NA246) Évaluation des pratiques provinciales concernant l'établissement des listes de médicaments – avec une attention particulière aux approches rentables

Bénéficiaire : Memorial University of Newfoundland

Contribution : 99 000 \$

Ce projet évaluait les processus actuels d'établissement des listes de médicaments dans les formulaires provinciaux, en portant une attention particulière à la rentabilité du médicament dans le rôle qu'elle joue au niveau de l'acceptation de cinq nouveaux médicaments dans cinq provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Ontario, Québec). On a choisi un médicament pour chacune des cinq catégories suivantes : novateur, novateur mais assez controversé, onéreux sur une base quotidienne, onéreux sur la base d'un grand nombre de patients, onéreux – pour des conditions peu communes. L'évaluation représentait une enquête d'observation transversale de représentants des gouvernements et des sociétés pharmaceutiques. Les instruments d'enquête étaient quatre questionnaires répartis en deux catégories : objectifs généraux en matière d'organisation, de procédures et de données; questions relatives aux médicaments se rapportant à l'expérience que les répondants avaient des médicaments indexés. Les questionnaires comportaient également des questions ouvertes. Le rapport révèle que l'approche utilisée pour établir les listes de médicaments figurant dans les formulaires provinciaux est plutôt irrationnelle, qu'elle ne repose

pas sur des résultats probants et qu'elle manque de transparence et d'uniformité d'une province à l'autre. Il propose de nombreuses améliorations de la manière dont les provinces inscrivent des médicaments dans leurs formulaires.

(NA250) Évaluation des effets, sur le système de santé, de la publicité des médicaments de prescription orientée directement vers le consommateur

Bénéficiaire : Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada

Contribution : 88 800 \$

Ce projet à trois volets examinait l'impact de la publicité de médicaments sur ordonnance faite par l'industrie pharmaceutique directement auprès des consommateurs, une pratique illégale au Canada mais un phénomène commun aux États-Unis. Le volet 1 du projet explorait les théories économiques dans le but de prévoir les avantages pour les consommateurs et les conséquences en matière de coûts de la publicité sur les médicaments; la conclusion est que la publicité n'est pas faite pour fournir une information de santé objective et vérifiable mais bien pour augmenter les profits. Dans le volet 2, les chercheurs réalisaient une enquête d'opinion auprès d'experts sur l'incidence de la publicité directe auprès des consommateurs au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. Ils ont constaté que les répondants issus des milieux de la publicité, des médias et du secteur pharmaceutique avaient une opinion positive de la publicité, à l'opposé des représentants d'autres secteurs du monde de la santé. Pour le volet 3, on a entrepris un projet-pilote en vue de comparer, à Vancouver et à Sacramento, l'information dont disposent les patients et les médecins sur les médicaments sur ordonnance et leurs attitudes respectives à ce sujet. Les résultats préliminaires indiquent qu'à Vancouver, la publicité directe aux consommateurs a une incidence sur les cabinets de médecins. Plus de 30 pour cent des répondants avaient regardé des publicités américaines concernant au moins 10 médicaments au cours des 12 mois précédents, et les médecins déclaraient que 6,1 % de leurs patients leur demandaient de leur prescrire des médicaments ayant fait l'objet de publicité, et que 9 % d'eux réclamaient une nouvelle prescription ou soulevaient la possibilité de recevoir une ordonnance pour des médicaments qu'ils ne prenaient pas jusqu'alors.

(NA408) Intervention face à l'utilisation à mauvais escient des médicaments de prescription dans les collectivités des Premières nations**Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada****Contribution : 165 200 \$**

La Première nation Red Bank a lancé ce projet-pilote de deux ans afin de résoudre l'utilisation à mauvais escient de médicaments d'ordonnance tels que Tylenol 3[®], les sirops antitussifs contenant de la codéine et la Ritaline[®], qui sont gratuits, d'accès facile et acceptables car ils sont prescrits par le médecin. Le projet a fait naître, dans la collectivité même, et avec l'engagement des dirigeants politiques, la volonté d'aborder le problème. Il a conçu une approche d'équipe non critique selon laquelle l'utilisation à mauvais escient des médicaments d'ordonnance était un problème qui appartenait à la collectivité tout entière. Le projet a organisé plusieurs groupes de réflexion pour les fournisseurs de services, les membres de la communauté et les jeunes; des entrevues en profondeur avec des représentants de la collectivité et des soins de santé explorant les facteurs qui mènent à la consommation à mauvais escient de ces médicaments et la perpétuent, des réunions informelles; une étude de cas; de nombreux ateliers; un film vidéo. Le rapport constate cependant que le projet a souffert de l'absence d'un modèle concret de mise en œuvre et d'une certaine résistance de la part de la collectivité.

(AB301-27) Collectifs de soins de santé primaire : amélioration des habitudes de consommation de médicaments dans la collectivité (pharmacie)

Ce projet visait à améliorer l'utilisation et la gestion des médicaments aussi bien chez les patients que chez les prestataires de soins. Il espérait atteindre ses objectifs en mettant sur pied des équipes communautaires appelées « collectifs », qui se composaient d'un médecin, d'un pharmacien et d'une infirmière de soins à domicile. Le projet a sélectionné des patients à risque qui prenaient, en moyenne, cinq médicaments différents. Les patients dont l'âge moyen était de 66 ans avaient une mauvaise perception de leur état de santé. Le projet a obtenu des résultats discutables. Les patients ont pu accéder à des services de soins à domicile auxquels ils n'avaient pas accès auparavant. Ils ont amélioré de manière significative l'observance des ordonnances. Les données suggèrent une tendance

à la baisse des visites chez le médecin et à l'hôpital, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. En revanche, l'état de santé des patients ne s'est pas amélioré de façon significative.

(BC201-01) Projet sur la gestion du sommeil et de l'anxiété

Ce projet fournissait aux médecins de famille de la documentation en vue de les aider à gérer les troubles du sommeil et de l'anxiété chez les personnes âgées dans l'espoir que cela réduirait la prescription de benzodiazépines, une classe de tranquillisants et de somnifères. Le projet a également examiné si une ligne de soutien téléphonique entraînerait des changements au niveau des pratiques de prescription des médicaments. La prescription de ces médicaments au cours des six mois précédant le projet a été comparée à celle des six mois suivant l'introduction des interventions liées au projet. Dans l'ensemble, cette étude a conclu que son hypothèse n'était pas fondée.

(BC201-02) Projet sur l'amélioration de la prescription

Ce projet qui visait surtout à aider les médecins à améliorer leurs pratiques de prescription de médicaments a examiné deux programmes conçus pour faire évoluer la performance des médecins dans ce domaine. Il s'agissait d'un programme d'apprentissage d'envergure nationale fondé sur la pratique et de PharmaNet – la base de données pharmacologiques en ligne de la Colombie-Britannique. Le projet a évalué l'incidence de l'éducation sur la prescription relativement à quatre problèmes de santé – hypertension, diabète sucré de type II, otite moyenne, insuffisance cardiaque globale. Les chercheurs ont élaboré deux documents didactiques qui ont été remis à des médecins de famille sélectionnés au hasard et dont les pratiques de prescription ont été comparées à celles de collègues recevant d'autres éléments d'information. Les résultats de l'étude sont complexes et même parfois contradictoires. Par exemple, l'essai relatif à l'hypertension a entraîné une augmentation significative des ordonnances de médicaments de première ligne tandis qu'on n'a remarqué aucun changement en ce qui concerne les autres problèmes de santé. Moins de 5 pour cent des participants ont déclaré qu'ils avaient l'intention d'améliorer leur méthode de prescription relativement aux quatre problèmes de santé. Néanmoins, on s'est aperçu que PharmaNet est un

outil puissant qui permet de fournir aux médecins une rétroaction personnalisée en matière de prescription et ce, relativement à certains problèmes de santé.

(BC201-03) Projet sur la santé des femmes d'âge mûr

Ce projet visait à habiliter les femmes de cinq collectivités de la C.-B. âgées de 45 à 65 ans à prendre des décisions sanitaires importantes par le biais de l'éducation et de l'engagement communautaire. Ce projet privilégiait la santé des os ainsi que les changements relatifs aux habitudes de vie et les stratégies de prévention de la maladie portant sur la ménopause. Chacune des collectivités a élaboré son programme à sa façon. Certaines ont opté pour les groupes de discussion, d'autres pour des conférences et d'autres encore ont préféré lancer des bulletins, des magazines et des sites Web pour informer les femmes et inciter leur participation. Les participantes ont déclaré qu'elles avaient acquis de nouvelles connaissances sur l'adaptation aux symptômes ménopausiques, qu'elles se sentaient plus à l'aise pour prendre des décisions et qu'elles avaient l'intention d'effectuer des changements majeurs au niveau de leurs habitudes de vie. Par contre, dans certains cas, les femmes ressentaient davantage de confusion vis-à-vis de l'éventail d'options thérapeutiques. Un avantage clé était la possibilité de nouer des contacts et de s'informer sur la ménopause auprès d'autres femmes d'âge mûr. Les femmes autochtones ne se sentaient pas à l'aise dans de grands forums et leur préféreraient des petits groupes qu'elles pouvaient organiser dans leurs propres collectivités.

(BC201-04) Programme d'éducation communautaire sur l'asthme

Cette étude a évalué l'impact, sur la santé des asthmatiques, des pharmaciens communautaires ayant reçu une formation spéciale. Les chercheurs ont comparé les résultats pour le patient chez deux groupes différents – ceux qui avaient reçu des services d'éducation et de suivi de pharmaciens spécialement formés et ceux qui avaient bénéficié des services habituels des pharmaciens. Les chercheurs ont suivi 350 asthmatiques pendant au moins un an et ont examiné les résultats pour le patient par le biais des autoévaluations des asthmatiques, des évaluations des pharmaciens et de banques de données gouvernementales. Il s'agissait d'une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé dans le cadre de laquelle des

pharmaciens communautaires surveillent et gèrent la médication des patients atteints d'asthme. Les résultats devraient être disponibles vers la fin de 2001.

(BC201-5) Projet sur l'essai d'une politique

Ce projet pilote à deux volets avait pour but d'évaluer des programmes de remboursement des médicaments afin qu'ils se fondent davantage sur des résultats probants. Les chercheurs ont mis à profit une décision de 1999 de B.C. Pharmacare qui modifiait la couverture offerte pour les médicaments respiratoires. Dans le cadre du volet 1, ils ont offert à un échantillon aléatoire de médecins une exemption de six mois de la modification de la politique de Pharmacare concernant ces médicaments et ont ensuite mesuré les résultats en évaluant les différences au niveau de l'utilisation des soins de santé et de la qualité de vie entre les patients immédiatement touchés par la nouvelle politique et le groupe témoin de patients qui recevaient des soins des médecins bénéficiant de l'exemption facultative de six mois. Les résultats indiquent que cette politique est efficace en matière de rentabilité puisqu'elle a permis à Pharmacare d'économiser environ 600 000 \$ pendant ces six mois et plus d'un million durant l'année complète suivant la mise en œuvre de la politique. Le volet 2 a permis d'élaborer un manuel en quatre parties qui établissait les étapes à suivre par les directeurs, les gestionnaires, les évaluateurs et les gestionnaires de systèmes de données afin de relier les politiques aux résultats probants rassemblés dans le domaine de l'assurance-médicaments.

(BC201-6) Projet d'étude sur un échantillon aléatoire et contrôlé sur l'éducation sur l'asthme en Colombie-Britannique

Ce projet est une évaluation de l'efficacité d'un programme d'éducation communautaire sur l'asthme offert en Colombie-Britannique. Il avait pour but d'évaluer la faisabilité du programme d'éducation et d'en mesurer les résultats, notamment le nombre d'hospitalisations, de visites à l'urgence et de visites médicales. L'étude a sélectionné de manière aléatoire des groupes de la collectivité, et les patients ont été répartis aléatoirement en groupes d'éducation en vue d'apprendre l'autosurveillance, le rôle des médicaments, les signes d'un contrôle inadéquat de l'asthme, etc. Les résultats détaillés de ce projet ne seront pas disponibles avant l'été 2001. Les premières indications

rèvent que la participation au programme a été bénéfique pour les patients concernés. Le projet recommande que l'on encourage tous les patients atteints d'asthme à suivre cette formation sans égard à la sévérité de leur condition et que les éducateurs en matière d'asthme soient reconnus en tant que membres de l'équipe soignante.

(BC201-7) Projet d'extension des services aux patients

Ce projet pilote tirait parti du système PharmaNet de la Colombie-Britannique pour alerter les pharmaciens au sujet de ceux de leurs patients qui ne prenaient pas adéquatement leurs médicaments d'ordonnance. Les concepteurs du projet repéraient les patients qui prenaient un minimum de cinq médicaments concomitants. Une fois alerté, le pharmacien choisissait parmi un éventail d'interventions en vue d'instruire le patient sur ses médicaments et leur emploi, dont la formation, le renforcement et l'aiguillage vers le médecin. Le projet examinait la faisabilité et l'acceptabilité du système d'alerte ainsi que la faisabilité du programme d'approche. Les principaux résultats indiquent que le système d'alerte de PharmaNet est efficace et réalisable dans le milieu des pharmacies communautaires et qu'il ne perturbe pas les pratiques de travail régulières. De prochaines analyses examineront la rentabilité du programme.

(BC201-08) Impact d'un protocole de soins aux asthmatiques administré par des pharmaciens communautaires dûment formés sur l'amélioration des résultats chez les asthmatiques adultes

Ce projet cherchait à améliorer la santé des asthmatiques en leur fournissant de meilleurs soins pharmaceutiques. La participation à l'étude était offerte à l'ensemble des pharmaciens appartenant à la coopérative Health Outcome Pharmacies de C.-B. Les pharmaciens qui ont choisi d'y participer ont suivi une formation spécialisée en soins de l'asthme, ont reçu la certification connexe, et les pharmacies participantes avaient des salles de consultation privées. Les asthmatiques participant à l'étude ont été divisés en trois groupes : ceux qui recevaient l'éducation de base sur leur maladie, ceux qui recevaient des séances de formation programmées en autosoins et un groupe contrôle qui recevait le niveau de soins habituellement dispensé par les pharmaciens. Les chercheurs ont découvert que les patients du groupe assistant aux séances

de formation utilisaient 50 pour cent moins de médicaments (substances bêta-agonistes inhalées); qu'ils avaient 50 pour cent moins de symptômes; que la fonction ventilatoire de leurs poumons avait augmenté de 10 pour cent et que leurs connaissances relatives à l'asthme s'étaient nettement améliorées par rapport aux patients recevant les soins standards. On ne constatait aucun changement au niveau des visites à l'urgence, au médecin ou des hospitalisations, mais on observait la diminution des visites reliées à l'asthme chez les membres du groupe recevant les soins améliorés. La satisfaction des patients vis-à-vis des services était élevée dans ces deux groupes. Bien que les pharmaciens se disent satisfaits de l'amélioration de l'état de santé de leurs clients, ils se plaignaient des exigences du programme en matière de temps et de ressources et de l'inobservance de leurs conseils par certains clients.

(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)

Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton

Contribution : 677 860 \$

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés pour dispenser de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégagés chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommanda-

tions reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

(ON222) Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente et création d'une infrastructure pour la diffusion de guides de pratique clinique

Bénéficiaire : University of Toronto

Contribution : 150 000 \$

Cette étude examinait la faisabilité d'étendre la stratégie éducative Partenaires pour une thérapie communautaire anti-infectieuse pertinente (PAACT), à l'ensemble de la province afin de lutter contre l'antibiorésistance, car elle s'était révélée efficace dans un projet pilote de 1996. Le projet avait les six objectifs suivants : établir un réseau provincial de diffusion de guides de pratique et de matériel pédagogique fondés sur des résultats probants; habiliter les médecins de famille à jouer un rôle de premier plan dans l'amélioration de l'utilisation des antibiotiques; contribuer à la réduction de la résistance bactérienne à l'échelle régionale et nationale; promouvoir l'utilisation adéquate des anti-infectieux; améliorer, chez les patients, la compréhension et l'utilisation des anti-infectieux; créer, pour les médecins, les patients et les pharmaciens, un mécanisme de communication amélioré sur les problèmes liés aux médicaments. Le projet a mis sur pied un réseau provincial de facilitateurs formés et leur a fourni de la documentation ainsi qu'un soutien en matière de programmation et d'évaluation afin qu'ils puissent former à leur tour les dispensateurs de soins primaires dans leurs collectivités. Le projet n'était pas conçu pour mesurer les changements relatifs à la prescription et à l'utilisation des antibiotiques. Le rapport tire les leçons de l'expérience et suggère que cette méthode de diffusion de l'information sur une vaste zone géographique pourrait être étendue à d'autres guides de meilleure pratique pour les soins primaires.

(ON223) Stratégies et mécanismes de remboursement potentiels axés sur les pharmaciens

Bénéficiaire : Centre for Evaluation of Medicines, St. Joseph's Hospital, Hamilton

Contribution : 97 992 \$

Ce projet mettait à l'essai l'hypothèse selon laquelle l'élargissement du rôle du pharmacien pourrait améliorer la thérapie médicamenteuse et réduire la morbidité et les coûts reliés aux médicaments. Les chercheurs ont tout d'abord déconstruit les modèles de prise de décisions relatives aux médicaments – qui vont de paternalistes (décisions prises entièrement par le médecin) à informées (le médecin signale au patient ce qui se passe et pourquoi) à partagées (les décisions sont prises conjointement par le médecin et le patient) – pour dresser la liste des huit rôles éventuels que les pharmaciens pourraient jouer. Puis ils ont interviewé des intervenants clés sur la prise de décisions relatives à la thérapie médicamenteuse, sur le rôle et sur le remboursement des pharmaciens. Enfin, ils ont invité les réactions des intéressés en élaborant des questions à propos de cinq rôles possibles pour les pharmaciens, comme la prestation aux médecins d'information sur les médicaments, la réalisation d'évaluations détaillées et individuelles sur les médicaments utilisés, l'exercice d'une pratique indépendante. Ils ont constaté que, bien que les trois groupes soutiennent généralement les principes de la pratique en collaboration et un rôle plus actif pour les pharmaciens, les médecins, eux, exprimaient des vues plus conservatrices que celles des patients et des pharmaciens sur les rôles qui seraient acceptables et qu'ils appuyaient moins l'idée que les pharmaciens puissent avoir accès aux antécédents et aux dossiers médicaux. Aucune vive inquiétude n'a été formulée quant au conflit possible entre le fait de dispenser des services additionnels ou améliorés et les activités commerciales du pharmacien ou qu'elle coûterait trop cher au système de santé.

(SK221) Étude, menée dans des conditions contrôlées, d'initiatives visant à améliorer la prescription d'antibiotique et le respect des ordonnances

Bénéficiaire : Saskatchewan Pharmaceutical Association

Contribution : 309 804 \$

Cette étude cherchait à déterminer la combinaison la plus efficace des initiatives relatives à la prescription par les médecins et à l'éducation du public en vue de garantir une utilisation optimale des antibiotiques et d'améliorer l'adhésion à la thérapie médicamenteuse. Les chercheurs ciblaient les médecins de famille en leur envoyant des pharmaciens bien renseignés sur les antibiotiques (formation continue en pharmacothérapie) et ont utilisé des rapports de rétroaction établissant leur profil en matière de prescription d'antibiotiques. Les chercheurs ont également fait appel à la communication écrite et orale (lettres et appels téléphoniques) afin de déterminer les schémas de prescription relatifs aux infections respiratoires acquises dans la collectivité et d'informer les patients se procurant des ordonnances sur la nécessité de les respecter. Les résultats du projet indiquaient que l'impact des interventions était très limité ou insignifiant. Ce projet communautaire s'est heurté à plusieurs défis, notamment la participation insuffisante des médecins, mais les chercheurs ont déclaré que la formation continue en pharmacothérapie était une initiative positive qui rehaussait le rôle des pharmaciens.