

# Pleins feux

## Institut de services et des politiques de la santé

### Recherche et politiques sur les produits pharmaceutiques

#### Dr Steve Morgan

**E**n termes financiers purs et simples, les produits pharmaceutiques constituent une question sérieuse, au moins pour ceux qui doivent en défrayer les coûts en bout de ligne. Le Canada dépensera environ 27 milliards de dollars en produits pharmaceutiques en 2006, soit plus de la moitié du montant que nous dépenserons pour les hôpitaux (45 milliards de dollars) et 50 pour cent de plus que ce que nous dépenserons pour les honoraires des médecins (19 milliards de dollars) en 2006. C'est aussi près de trois fois plus que ce que nous avons dépensé pour les médicaments en 1996 (10 milliards de dollars).



Alors que la majeure partie de ce que nous dépensons en médicaments est consacrée à des traitements courants relativement peu dispendieux pour le cholestérol, l'hypertension, les brûlures gastriques, les ulcères et la dépression, le coût de plusieurs nouveaux médicaments importants s'élève à des centaines de milliers de dollars par patient annuellement.

Les coûts individuels des médicaments sont importants puisque de nombreux Canadiens ne disposent pas d'une couverture adéquate pour les frais de médicaments. Les coûts globaux sont importants en raison des pressions auxquelles ils soumettent le reste du système de santé. Si les tendances de la dernière décennie se maintiennent, les coûts des médicaments surpasseront les dépenses des hôpitaux d'ici 2017. Dès lors, 85 milliards de dollars (ou un dollar sur quatre dollars investis pour les soins de santé) seraient consacrés aux médicaments.

En termes de santé, les progrès de la technologie pharmaceutique au cours des 60 dernières années ont été tout simplement miraculeux. Les médicaments peuvent maintenant aider à guérir, prévenir ou soulager la souffrance associée à de nombreuses maladies. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre que près de deux canadiens sur trois feront exécuter au moins une ordonnance cette année. La plupart s'en porteront mieux ou vivront plus longtemps.

Cependant, tous les nouveaux médicaments ne sont pas nécessairement des grandes percées. De récentes analyses financées par les IRSC démontrent qu'environ 80 % de l'augmentation des dépenses au cours de la dernière décennie est attribuable non pas à des médicaments considérés comme des découvertes, mais bien à des succédanés qui n'offrent que peu

d'avantages, voire aucun, par rapport aux autres possibilités qui ont fait leurs preuves et sont moins dispendieuses.

Qu'il s'agisse de percées ou non, l'utilisation de médicaments est associée à tout un éventail d'effets sur la santé (positifs et négatifs) qui doivent être attentivement mesurés et surveillés. Les retraits du marché de médicaments hautement médiatisés, comme dans le cas de Vioxx, illustrent les scénarios de la pire éventualité. De plus, bien que l'innocuité et l'efficacité soient d'une grande importance, on compte aussi bon nombre de preuves démontrant que de nombreux canadiens souffrent de problèmes qui auraient pu être évités, causés par la surutilisation, la sous-utilisation ou la mauvaise utilisation de médicaments. Le fait d'améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments, c'est-à-dire voir à ce que les bons patients reçoivent les bons médicaments, aux doses appropriées, au bon moment et qu'ils les utilisent de la bonne façon, ferait en sorte que notre investissement de 27 milliards de dollars serait mieux utilisé.

Il ne fait aucun doute que les patients canadiens seraient mieux servis, tant en termes de santé que financièrement, par une utilisation plus prudente et diligente des médicaments d'ordonnance. Cependant, les tentatives de réforme antérieures dans le secteur pharmaceutique n'ont pas donné lieu à des progrès significatifs. L'intégration des soins pharmaceutiques et des soins médicaux a été recommandée depuis les années 1960, mais toujours reportée jusqu'à ce que les dépenses en médicaments atteignent un « plateau » qui donne aux décideurs l'occasion de changer la politique. Ce plateau n'a jamais été atteint, et rien ne laisse croire qu'il pourrait l'être dans un avenir rapproché. Entre-temps, on rapporte une hausse constante de l'utilisation des

*Continue sur la page 2*

#### Dans ce numéro

*Steve Morgan aborde la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques au Canada et le rôle essentiel de la communauté de recherche dans l'information en matière de politiques sur les produits pharmaceutiques* . . . . . **1**

#### En entrevue

*Krista Connell s'entretient avec Ingrid Sketris sur la façon dont les partenariats de recherche sur les services de santé influencent la gestion des produits pharmaceutiques en Nouvelle-Écosse* . . . . . **3**

#### Articles de recherche

*Processus de prescription sûr simplifié* . . . . . **2**

*Amélioration des soins pharmaceutiques chez les adultes âgés* . . . . . **6**

*Répercussions du partage des coûts sur l'utilisation des médicaments* . . . . . **7**

*Étudiant en vedette : la politique sur les produits pharmaceutiques sur le terrain* . . . . . **9**

#### Plus

*Colleen Flood et Michelle Zimmerman discutent de la contestation de CanWest à l'égard de la loi sur la publicité directe des produits d'ordonnance.* . . . **8**

médicaments dans notre système de soins de santé sans accès universel et sans surveillance et gestion publiques.

La Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP) récemment introduite est une initiative stratégique prometteuse. Établie lors de la réunion des Premiers ministres de septembre 2004, la SNPP regroupe des décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux qui travaillent sur neuf éléments distincts de la politique, notamment l'expansion graduelle de la couverture d'assurance-médicaments du public, la surveillance de l'innocuité réelle des médicaments et la promotion d'une bonne utilisation des médicaments.

La SNPP semble reconnaître qu'il n'existe pas de « projectiles magiques » dans les politiques des produits pharmaceutiques. Relever les défis en matière de politique nécessite une vision coordonnée faisant appel à divers leviers politiques interreliés. Par exemple, promouvoir la bonne utilisation des médicaments nécessite que des données comparées d'innocuité et d'efficacité soient rigoureusement et objectivement évaluées, que de l'information objective soit à la disposition des fournisseurs et du public, que les incitations financières offertes aux fournisseurs encouragent les

meilleures pratiques dans l'utilisation des médicaments et que des systèmes d'information soient utilisés pour réduire le nombre d'erreurs et fournir les données nécessaires pour l'évaluation continue de l'utilisation d'un médicament et de ses répercussions sur la santé et sur le système des soins de santé.

Des preuves à propos, crédibles et pertinentes sont requises pour faire de la SNPP un véritable succès. Les IRSC et notre communauté de recherche en matière de services de santé et de politiques jouent un rôle intégral sur ces deux fronts, comme le démontre la diversité des projets de recherche ayant une incidence sur les politiques présentés dans ce numéro de *Pleins feux*. Nous avons une chance de contribuer à la mise au point de meilleures pratiques dans le cadre d'une politique nationale sur les produits pharmaceutiques saine et responsable. Le travail ne fait que commencer.

### Steve Morgan

Professeur adjoint, Département de soins de santé et d'épidémiologie  
Centre de recherche sur les services et les politiques de santé  
Université de la Colombie-Britannique

## Processus de prescription sûr simplifié

### Chercheuse principale : Robyn Tamblin, Université McGill

Les médicaments sont censés guérir, et non pas nuire. Pourtant de 5 à 23 % des hospitalisations, et un nombre croissant de décès, sont attribuables à des maladies associées à l'utilisation de médicaments. Les raisons expliquant les effets indésirables liés aux médicaments sont nombreuses, notamment l'utilisation de médicaments inappropriés, les associations dangereuses de médicaments, les allergies et les doses excessives, mais elles sont aussi souvent évitables.

Les systèmes informatisés offrent un énorme potentiel en termes de détection et de prévention des erreurs de prescription et d'exécution des ordonnances. La D<sup>re</sup> Robyn Tamblin, une chercheuse financée par les IRSC et membre du Conseil consultatif de l'ISPS, a mis au point un système de gestion électronique des ordonnances et des médicaments d'avant-garde qui donne aux médecins du Québec un accès informatique instantané aux antécédents du patient (médicaments, maladies et allergies) et qui avertit les médecins des problèmes possibles reliés à une ordonnance. Baptisé BMA (Bureau médical de l'avenir), le programme est conçu pour diminuer le risque d'erreur humaine. Les médecins sélectionnent les médicaments d'ordonnance à partir d'une liste automatisée et indiquent le problème médical que le médicament est censé traiter, permettant ainsi la détection des prescriptions inappropriées. Le programme vérifie automatiquement les contre-indications connues en termes d'indication, d'âge, d'allergie et d'interactions médicamenteuses et avise le médecin si un problème est détecté.

Le système favorise aussi de meilleures communications entre les médecins et les pharmaciens communautaires. Cet aspect prend de l'importance étant donné que de nombreux patients s'approvisionnent maintenant auprès de plus d'une pharmacie et se font prescrire des médicaments par plus d'un médecin. Dans le système BMA, les pharmaciens utilisent un code unique pour accéder à l'information relative aux ordonnances d'un patient par voie électronique. Les médecins peuvent transmettre en temps réel de nouveaux renseignements pour arrêter ou modifier la médication d'un patient, de sorte que tout



pharmacien qui s'apprête à exécuter une ordonnance aura accès à la plus récente information.

S'il est clair que le système BMA est en mesure d'améliorer l'innocuité des médicaments, il est aussi vrai qu'il peut s'avérer utile tant pour la qualité que pour le rapport coût-efficacité de la prescription de médicaments. En termes de qualité, la surveillance de la surutilisation ou de la sous-utilisation des médicaments d'ordonnance pour certains états de santé (p. ex., pour minimiser l'utilisation des antibiotiques dans les cas des infections virales courantes ou s'assurer que les patients

victimes de crises cardiaques utilisent des bêta-bloquants) peut se faire par l'entremise de rappels et d'alarmes adressés aux médecins. En ce qui a trait au rapport coût-efficacité, un outil tel que le système BMA peut fournir aux médecins de l'information sur les coûts réels des médicaments au moment de la prescription et inclure des recommandations de produits équivalents moins coûteux.

Le système BMA est en place comme programme pilote depuis maintenant dix ans; au Québec, plus de 200 médecins, près de 80 pharmacies et près de 56 000 patients en ont maintenant bénéficié. Les études de suivi menées par la D<sup>re</sup> Tamblin démontrent clairement que le système BMA peut diminuer le nombre de prescriptions inappropriées, et indiquent que les médecins croient qu'un tel système pourrait améliorer la continuité des soins. En effet, il a été démontré que les médecins utilisaient sélectivement le système pour leurs patients plus vulnérables, c'est-à-dire ceux qui prennent un plus grand nombre de médicaments, qui consultent plus d'un médecin et se rendent plus souvent aux urgences.

Cependant, la D<sup>re</sup> Tamblin sait mieux que la plupart que ce programme n'est pas la panacée qui pourra corriger le système de prescription des médicaments. « Ce sont les détails qui comptent », affirme-t-elle. « Le système pilote BMA nous a fait réaliser qu'il est toujours plus rapide pour les médecins de rédiger à la main les ordonnances, ce qui signifie que le système n'est pas utilisé avec constance. Si nous voulons en venir à une adoption à grande échelle du système de prescription électronique, nous devons veiller à ce que pour les médecins, les avantages de son utilisation surpassent indéniablement les coûts. »

## partenariats de recherche sur les services de santé influencent la gestion des produits pharmaceutiques en Nouvelle-Écosse.



**Krista Connell** est la première directrice générale de la Nova Scotia Health Research Foundation. En plus d'assurer un leadership et des conseils professionnels à la NSHRF, elle est responsable de la sensibilisation de la communauté de recherche. Krista est co-présidente de la NAPPRO (National Alliance of Provincial Health Research Organizations) et membre du conseil consultatif du Centre de formation régional de l'Atlantique financé par la FCRSS et les IRSC. Elle est aussi membre du groupe de travail sur les partenariats du Conseil consultatif de l'ISPS et du groupe de travail parrainé par les IRSC pour l'élaboration d'une stratégie nationale sur les troubles cognitifs. Krista est diplômée de la Faculté de physiothérapie de l'Université Dalhousie où elle occupe présentement un poste de professeure auxiliaire. Elle a obtenu sa maîtrise en administration des services de santé de l'Université de l'Alberta et a bénéficié d'une bourse de recherche d'études supérieures avec le Département de la santé de la Nouvelle-Écosse.

### **KC : Les produits pharmaceutiques sont la composante des dépenses consacrées aux soins de santé présentant la plus rapide croissance. Quel rôle la recherche sur les services de santé peut-elle jouer pour faciliter la gestion des coûts des programmes de médicaments des gouvernements confrontés à des pressions budgétaires grandissantes?**

La dépense en produits pharmaceutiques s'est élevée à plus de 24 milliards de dollars au Canada en 2005, avec une hausse de 11 % de 2004 à 2005. Le PID pour cette même année n'a augmenté que de 2,9 %. Les préoccupations relatives à l'accès aux produits pharmaceutiques et à leurs coûts croissants ont donné lieu à l'initiative collaborative des gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, qui comporte un certain nombre d'éléments différents. Les deux aspects auxquels je m'intéresse le plus sont celui qui tente de renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité réelles des médicaments et celui qui vise à augmenter l'utilisation de l'informatique de la santé pour améliorer le processus de prescription.

La recherche sur les services de santé est primordiale pour examiner l'incidence de différents leviers politiques gouvernementaux. Les gouvernements peuvent apporter des changements aux lois portant sur les produits pharmaceutiques ou à la conception de programmes d'assurance-médicaments; ils peuvent aussi financer des programmes éducatifs. La recherche peut déterminer à la fois les effets intentionnels et non intentionnels de ces programmes et peut aider à guider les gouvernements face à l'incidence des politiques qu'ils emploient.

**KC : Vous êtes toujours la titulaire d'une bourse de chaire de dix ans accordée par la FCRSS et les IRSC, que la NSHRF est fière de co-parrainer. Votre chaire s'articule autour de l'élaboration et de l'application de stratégies et politiques de gestion pour les programmes de médicaments provinciaux de la Nouvelle-Écosse, en partenariat avec les chercheurs, les professionnels de la**



Photographie avec la gracieuse permission de l'Université Dalhousie

La **D<sup>re</sup> Ingrid Sketris** est professeure au collège de pharmacie ainsi qu'aux départements des sciences infirmières, d'administration des services de santé, de santé communautaire, d'épidémiologie et de science informatique de l'Université Dalhousie. Elle et ses collègues de l'IMPART (Initiative for Medication Management, Policy Analysis, Research and Training, <http://www.impart.pharmacy.dal.ca>) effectuent des recherches en matière de gestion des médicaments. En juin 2000, une chaire FCRSS/IRSC, co-parrainée par la Nova Scotia Health Research Foundation, a été accordée à Ingrid pour la recherche sur la gestion de l'utilisation des médicaments et sur les politiques. Elle est membre de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et de l'Académie canadienne des sciences de la santé, et elle siège présentement dans les comités de rédaction de *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* et de *Clinical Therapeutics*. Ingrid est membre du Conseil consultatif de l'ISPS depuis 2004. En 2006, elle a reçu la bourse de recherche « Anne and Neil McArthur », laquelle est octroyée annuellement par le Father Sean O'Sullivan Research Centre, affilié à l'Université McMaster, à un chercheur exceptionnel en matière de sciences de la santé.

### **santé, les consommateurs et le gouvernement. Pourriez-vous mentionner quelques-unes des activités auxquelles vous participez et comment la bourse de chaire a facilité l'évolution et le développement de ces partenariats?**

En Nouvelle-Écosse, nous avons travaillé avec l'Alliance pour l'évaluation des médicaments de la Nouvelle-Écosse (DEANS),\* laquelle a été établie par le Département de la santé de la Nouvelle-Écosse pour promouvoir l'utilisation appropriée des médicaments. Notre équipe à l'Université Dalhousie les aide à évaluer l'incidence des interventions qu'ils parrainent dans le but d'améliorer l'utilisation des médicaments. Par exemple, la DEANS a mené une intervention visant à promouvoir le passage des médicaments respiratoires administrés par des masques aux pompes (inhalateurs portatifs). Les pompes sont tout aussi efficaces, moins encombrantes et moins coûteuses. Nous avons été en mesure de démontrer que cette intervention avait amené les patients à passer des masques aux pompes sans effets indésirables sur la santé, sans augmentation du nombre de visites aux médecins et sans augmentation du nombre d'hospitalisations. Cette mesure a aussi donné lieu à une épargne estimée à un million de dollars par année.

Nous bénéficions d'un excellent leadership dans la division des services pharmaceutiques du Département de la santé de la Nouvelle-Écosse. Leur vision se fonde sur les données probantes et la participation du milieu universitaire. Je suis parfois un peu contrariée, lorsque je me rends dans

\* De plus amples renseignements sur l'initiative de la DEANS sont présentés dans le premier recueil de cas d'application des connaissances de l'ISPS intitulé *Agir et réagir face aux données probantes – Recueil de cas d'application des connaissances relatives à la recherche sur les services et les politiques de la santé* sur le site <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/29484.html>.

d'autres provinces, de les entendre dire « La Nouvelle-Ecosse est une petite province, donc vous pouvez y effectuer des changements; cela ne peut se faire dans notre province parce qu'elle est trop vaste. » Alors je leur réponds : « Et bien, l'Australie a su développer une position sur la bonne utilisation des médicaments dans sa politique nationale sur les médicaments, dans un pays de 20 millions d'habitants. » Mon avis est que la Nouvelle-Écosse a été en mesure d'apporter du changement en partie grâce à ses solides leaders qui ont su dire oui, ceci est important, nous allons le faire et nous ferons en sorte que cela réussisse.

Avant de recevoir la chaire, je travaillais principalement dans le secteur de la pharmacie. Depuis que j'ai reçu la chaire, j'ai commencé à côtoyer des étudiants de cycles supérieurs de disciplines variées, notamment la médecine, les soins infirmiers, l'ergothérapie, le journalisme, les affaires, le droit, l'économie, l'informatique de la santé et la psychologie. J'ai aussi eu l'occasion de travailler avec un plus grand nombre d'universités, tant dans le Canada atlantique qu'à l'étranger.

Pour ce qui est de développer de nouveaux partenariats en dehors du secteur académique, un des éléments qui m'a été particulièrement utile a été mon comité consultatif. Nous nous réunissons deux ou trois fois par année et les membres de mon comité fournissent leur expertise et leurs conseils d'intervenant pour les programmes de chaire. Carl Breckenridge, le vice-président de la recherche à l'Université Dalhousie, fait partie de mon comité. Il est maintenant au courant de mes projets de recherche et peut donc me faire part des occasions pertinentes. Le sous-ministre délégué de la santé de la Nouvelle-Écosse a aussi été membre de mon comité, ce qui a été d'une grande aide. Par exemple, Jim Millar, chef de l'exécution de programmes, a rencontré mes étudiants au début de leur résidence pour leur faire connaître le Département de la santé et discuter de leurs projets. Ce qui est vraiment bien, c'est que le programme de résidence est un échange bidirectionnel puisque les étudiants y apportent aussi une richesse de connaissances.

**KC : Une des principales activités de la chaire a été l'élaboration d'un programme de résidence de 17 semaines pour les étudiants afin de promouvoir l'utilisation de la recherche dans le processus de prise de décisions. Pourriez-vous me nommer quelques-unes des principales réussites des étudiants et les décideurs de ce programme, et les défis auxquels ils ont été confrontés?**

Depuis 2001, nous avons accueilli 27 participants dans le programme. Les participants font équipe avec un décideur pour mener un projet de recherche ou de politique. Ce que les étudiants disent le plus souvent est que cela leur donne l'occasion et la capacité d'appliquer à la fois la théorie et les méthodes analytiques à un problème réel, et aussi que cela les aide à se préparer pour le marché du travail en leur permettant de développer des aptitudes très pratiques et de commencer à établir des liens.

Les étudiants apprennent aussi à communiquer avec les décideurs. Au cours du programme de résidence, ils ont l'occasion d'assister à des séances d'information en tête-à-tête avec des décideurs clés et de rédiger des notes d'information. Ils bénéficient aussi d'une formation médiatique et d'une formation en rédaction en langage clair.

Tout cela pose un certain nombre de défis. D'abord, il faut du temps pour développer la confiance et la compréhension entre l'organisme décisionnel et le milieu universitaire. Il y a aussi le fait que les échéanciers avec lesquels le milieu universitaire et les décideurs fonctionnent diffèrent souvent. Si un projet est associé à un échéancier court et rigide, il ne convient pas nécessairement à un étudiant.

Les décideurs peuvent aussi avoir différents degrés d'exposition à la recherche. Ceux qui ont une formation d'études supérieures savent déjà à quoi s'attendre des étudiants et ce qu'ils peuvent accomplir. Par contre, pour ceux qui n'ont jamais été exposés à la recherche, plus de communications sur ce que l'étudiant fera et comment cela pourrait leur bénéficier pourraient s'avérer nécessaires. Dans certains cas, les participants apportent beaucoup plus de connaissances et de compétences que ce dont le département dispose à l'interne. Ainsi, les décideurs réalisent rapidement ce que le participant peut leur apporter et comment le programme de résidence peut leur être utile.

Un autre défi découle du fait que pour de nombreux décideurs, travailler avec un étudiant est une activité « à part » et donc qui n'a pas une valeur particulièrement élevée dans leur environnement. Ils ont leur charge de travail régulière et leur temps est déjà très pris. Même si la contribution de l'étudiant est utile, cela n'est pas nécessairement vu comme un avantage si le problème n'est pas au programme. Les décideurs rapportent aussi qu'orienter certains étudiants dans l'environnement prend du temps. Et une fois qu'ils commencent à avoir une certaine autonomie, les voilà partis puisqu'il s'agit d'un placement de quatre mois, sauf bien sûr s'ils les embauchent, ce que nous apprécions!

Les décideurs comme l'université ont des défis à relever. L'université est axée sur l'enseignement et la recherche alors que le gouvernement est axé sur le développement de politiques et de programmes. Il est essentiel de trouver un terrain commun. Nous arrivons de mieux en mieux à déterminer l'envergure et la portée des projets qui fonctionnent, ce que nous devons faire en terme d'orientation, comment reconnaître les problèmes déjà rencontrés et comment les régler. Grâce à la bourse de chaire, je commence à comprendre certains des problèmes auxquels sont confrontés les décideurs et je peux maintenant référer de nouveaux partenaires décideurs aux personnes qui ont rencontré les mêmes défis.

**KC : Un des objectifs de la bourse de chaire est d'appuyer l'utilisation de la recherche par les décideurs du système de santé. À la NSHRF, un de nos indicateurs de succès pour le transfert des connaissances est la prise de décision éclairée. Quelles ont été certaines de vos expériences dans ce domaine?**

Une des choses que les étudiants apprennent est que les résultats de la recherche ne sont qu'un élément de la matrice d'information sur laquelle repose une décision. D'autres facteurs influent sur la prise de décision, notamment les habitudes, la façon dont les choses se sont faites par le passé, les valeurs, les expériences professionnelles, les autres objectifs concurrentiels, et ainsi de suite. Les étudiants apprennent aussi qu'une fois que la recherche est terminée et que les connaissances sont acquises, elles sont disponibles pour tout le monde en tout temps. Si le climat politique change, la recherche demeure là; si le contexte au sein de la Nouvelle-Écosse ne favorise pas l'utilisation de cette recherche, elle peut être reprise ailleurs.

Je crois que la DEANS est une structure intéressante pour la prise de décision éclairée. La DEANS fait en sorte que des données provenant de nombreuses perspectives sont prises en compte. Par exemple, les étudiants et les autres chercheurs introduisent des synthèses de littérature et des analyses de bases de données. Mais la DEANS a aussi recours à des praticiens, des omnipraticiens œuvrant dans la communauté et des gens travaillant dans divers secteurs de la santé pour obtenir d'autres types de données qui peuvent s'avérer utiles.

**KC : Votre bourse de chaire a récemment passé son premier examen de revue haut la main. Félicitations. Quels sont quelques-**

**uns de vos objectifs pour les six prochaines années et au-delà? Quelles sont certaines des priorités émergentes que vous voyez pour l'application des connaissances ainsi que pour la formation et le mentorat dans ce domaine?**

Un des domaines sur lesquels j'aimerais me pencher est l'incidence du programme de résidence sur le perfectionnement professionnel des participants. Par exemple, comment l'exposition des participants à l'environnement de prise de décision en début de carrière influence-t-elle leur façon de penser à plus long terme? Nous savons qu'il faut parfois beaucoup de temps avant que les résultats de la recherche ne soient étudiés, et aussi que les données les plus probantes découlent d'études multiples effectuées sur de plus longues périodes de temps. Il faut parfois attendre plusieurs années, ou plus longtemps encore, pour voir les preuves nécessaires émerger; de même, il faut parfois attendre un mouvement des effectifs gouvernementaux avant que les décideurs ne soient en mesure d'utiliser les données probantes particulières recueillies pour implanter un changement. Le temps seul nous permettra de suivre les résultats de certaines recherches déjà effectuées à plus long terme.

Pour certains étudiants, la résidence de quatre mois devient un tremplin pour un sujet de thèse de doctorat. Un des étudiants de la deuxième cohorte a complété ces quatre mois de résidence, a continué dans le même domaine pour son doctorat, qu'il vient de terminer cette année, et a maintenant rédigé un chapitre de livre sur le sujet. C'est un des avantages d'avoir cette chaire... je peux observer la progression de leur carrière de la résidence au doctorat, et la génération de nouvelles connaissances qui en découle.

**KC : Voyez-vous des occasions inexploitées de partenariat pour les organismes de financement de recherche en santé tels que la NSHRF, avec les IRSC ou d'autres organismes, qui pourraient augmenter l'étendue et l'efficacité de l'application des connaissances au niveau provincial ou régional?**

Les organismes de financement provinciaux entretiennent de bons rapports avec les ministères ou départements, les organismes de la santé, le secteur des bénévoles de la santé et les groupes professionnels. Ils comprennent vraiment le contexte de l'environnement, c'est-à-dire qui sont les intervenants gouvernementaux clés, qui sont les intervenants clés dans le domaine des soins de santé, qui sont les leaders d'opinion clés et quelles peuvent être certaines des entraves ou des incitations à l'utilisation de la recherche. Ils peuvent s'avérer très utiles dans un contexte provincial.

Les organismes de financement pourraient continuer à parrainer des ateliers pour faciliter le rapprochement des intervenants dans des domaines spécifiques, particulièrement ceux qui ont un intérêt à l'échelle nationale, comme les listes d'attente, les produits pharmaceutiques ou la planification des ressources humaines de la santé.

Je travaille aussi avec d'autres groupes ici, notamment le Centre de formation régional de l'Atlantique et les programmes de formation des IRSC en matière de lois et politiques sur la santé, d'éthique de recherche et de politiques en santé et d'informatique de la santé. Donc même si mon équipe est plutôt restreinte, ces autres initiatives financées par les IRSC et la NSHRF favorisent l'enrichissement mutuel et nous offrent la possibilité de travailler ensemble et de partager les infrastructures.

**KC : Les fondations de recherche luttent pour obtenir une plus forte reconnaissance, en termes de promotion universitaire et de critères et processus de titularisation, pour les activités de couplage et d'échange exigeantes en main-d'œuvre attendues d'une chaire FCRSS/IRSC. Quelle a été votre expérience personnelle à ce niveau et voyez-vous des changements positifs à l'Université Dalhousie ou dans d'autres universités canadiennes?**

Une vision intéressante est préconisée par les partenariats entre communauté et campus pour la santé. Il est question d'une bourse de chercheur-boursier communautaire, c'est-à-dire où un professeur travaille dans le cadre d'un partenariat mutuellement bénéfique avec la communauté. L'organisation fournit de l'information aux personnes participant à ce type de recherche sur la façon de regrouper des données illustrant la profondeur d'expertise dans leur discipline et la façon de l'appliquer concrètement pour faire progresser cette discipline. Les universités sont friandes de ce genre d'information.

Si vous prévoyez consacrer du temps à la recherche communautaire, vous devez penser à la façon de bien documenter votre travail en vue de la titularisation et de la promotion. Par exemple, je suggère aux participants en formation de documenter spécifiquement les catégories d'expertise que les décideurs recherchent en eux.

J'ai personnellement constaté que les structures ou processus qui facilitent la recherche interdisciplinaire peuvent s'avérer très utiles. L'Université Dalhousie, comme bien d'autres universités, offre un programme doctoral interdisciplinaire qui permet aux membres du corps enseignant qui ne se connaissaient pas auparavant de se regrouper, ce qui permet aux étudiants de bénéficier de la diversité d'expertise présente au sein de l'université. Par exemple, un étudiant au doctorat qui avait des antécédents en commerce a étudié les modèles d'adoption de nouveaux médicaments et l'incidence de certains facteurs, tels que le marketing pharmaceutique et les caractéristiques des médecins, sur la prescription des médicaments par les médecins. Alors que son superviseur de doctorat était un spécialiste en marketing, son comité regroupait des membres qui avaient des compétences dans les domaines de la pharmacie, des politiques publiques et de l'informatique. Les secteurs d'étude interdisciplinaires sont complexes et il faut souvent envisager plusieurs perspectives ou avoir recours à diverses compétences pour résoudre les problèmes qui se posent. Il serait très utile que les universités continuent à développer des structures et des processus qui contribueraient à faciliter la recherche interdisciplinaire.

\* Pour de plus amples renseignements, visitez le site <http://depts.washington.edu/ccph/scholarship.html>.

# Amélioration des soins pharmaceutiques chez les adultes âgés

**Co-chercheurs principaux :** Paula Rochon, Baycrest et le Institute for Clinical Evaluative Science; Geoffrey M. Anderson, Université de Toronto et le Institute for Clinical Evaluative Sciences

De nombreux adultes âgés sont atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques telles que le diabète, la néphropathie ou la cardiopathie. Bien que l'usage approprié de produits pharmaceutiques soit une partie intégrale des soins de haute qualité chez ces adultes âgés, ils présentent un risque élevé d'effets indésirables et de soins inappropriés, qu'il s'agisse de prescriptions excessives (c.-à-d. l'usage excessif ou inutile de médicaments) ou de prescriptions insuffisantes (c.-à-d. le non recours à des traitements bénéfiques).

Les IRSC appuient une équipe internationale et multidisciplinaire de chercheurs dans l'étude de l'incidence réelle des traitements médicamenteux chez les adultes atteints d'une maladie chronique en accordant une subvention dans le cadre du programme des équipes en voie de formation (EVF). L'EVF est basée au Institute for Clinical Evaluative Sciences et est parrainée conjointement par les IRSC et l'Association canadienne du diabète, la Fondation canadienne du rein et la Fondation des maladies du cœur du Canada.

L'EVF rassemble des chercheurs cliniciens et méthodologistes débutants et chevronnés affiliés à l'université de Toronto, l'Université Queens, l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université Harvard et l'Université du Massachusetts dans le but de perfectionner et d'explorer des méthodes visant à étudier l'incidence réelle des médicaments et d'appliquer ces méthodes pour examiner l'incidence des médicaments utilisés pour traiter des troubles médicaux importants chez les personnes âgées.

Dans le cadre de l'EVF, la D<sup>re</sup> Paula Rochon a mené une série d'études sur l'utilisation et l'incidence de médicaments antipsychotiques, lesquels sont utilisés pour gérer les troubles comportementaux associés à la démence. Ces traitements peuvent entraîner des effets indésirables graves, notamment le parkinsonisme d'origine médicamenteuse, les chutes, les AVC et le décès. L'équipe de recherche a constaté qu'un traitement antipsychotique avait été instauré chez près d'un patient sur quatre parmi les personnes âgées de l'Ontario dans les douze mois suivant leur admission dans une maison de soins infirmiers. En même temps, on observait une hausse de l'utilisation de ces médicaments chez les personnes âgées vivant dans leur communauté, et une utilisation croissante des agents



antipsychotiques plus récents et plus coûteux se traduisant par une hausse marquée du coût du régime d'assurance-médicaments provincial de l'Ontario.

« Cette tendance généralisée était particulièrement inquiétante parce que nous avons aussi constaté que les agents antipsychotiques plus récents ne semblent offrir aux patients atteints de démence que des améliorations bien modestes », a déclaré la D<sup>re</sup> Rochon. « Nous avons examiné les études publiées et constaté que peu d'essais à répartition aléatoire les avaient réellement évalués dans le contexte de la gestion des symptômes de démence qu'ils devaient traiter et que les études avaient souvent omis d'inclure l'information complète sur les effets indésirables graves. »

Dans le cadre d'une série d'études portant sur les effets réels des médicaments antipsychotiques, la D<sup>re</sup> Rochon et son équipe ont constaté qu'à doses élevées, les agents antipsychotiques plus récents n'étaient pas plus sûrs que les agents classiques et qu'ils devaient être prescrits avec circonspection.

Une subvention aux équipes interdisciplinaires de renforcement des capacités (EIRC) des IRSC a récemment été octroyée aux membres de l'EVF, dans le cadre de l'initiative Réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'équité pour les populations vulnérables, pour examiner les questions liées à la qualité des soins fournis aux résidents vulnérables des maisons de soins infirmiers. « La nouvelle subvention aux EIRC nous permet d'approfondir notre recherche sur l'utilisation appropriée des médicaments chez les personnes âgées et nous permettra d'étendre et de concentrer nos efforts d'application des connaissances pour aider les maisons de soins infirmiers à offrir les meilleurs soins possibles », a affirmé la D<sup>re</sup> Rochon.

Pour obtenir plus de renseignements sur cette subvention, consultez le site [http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site\\_id=1&org\\_id=2&category\\_id=38](http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=2&category_id=38).

# Répercussions du partage des coûts sur l'utilisation des médicaments

## **Partage des coûts pharmaceutiques et conséquences sur l'état de santé des enfants asthmatiques**

**Chercheuse principale :** D<sup>re</sup> Wendy Ungar, The Hospital for Sick Children

## **Les répercussions de la participation aux coûts des prestations pharmaceutiques sur l'utilisation des antidépresseurs**

**Chercheuse principale :** D<sup>re</sup> Carolyn Dewa, Centre for Addiction and Mental Health

L'asthme est la maladie chronique la plus répandue chez les enfants. Au Canada, un enfant sur dix est maintenant touché, et le taux continue à grimper. L'asthme est un important problème de santé : il peut être mortel ou diminuer la qualité de vie de l'enfant et il constitue un lourd fardeau économique pour les familles et le système des soins de santé.

La D<sup>re</sup> Wendy Ungar, une nouvelle chercheuse des IRSC et chercheuse au Hospital for Sick Children de Toronto, étudie les répercussions des politiques pharmaceutiques sur l'accès aux médicaments et la maîtrise de l'asthme chez les enfants. Les médicaments nécessaires pour maîtriser les symptômes de l'asthme au quotidien, les stéroïdes par aérosol et les médicaments d'association, sont parmi les plus coûteux.

Dans une étude de 2005 publiée dans Politiques de santé, la D<sup>re</sup> Ungar démontrait que les régimes d'assurance-médicaments provinciaux n'offrent pas aux Canadiens une couverture universelle. Les montants qu'ils doivent eux-mêmes déboursier et le choix des médicaments sont par ailleurs des facteurs qui varient selon les différents régimes. « Les familles de nombreux enfants canadiens doivent franchir d'importantes barrières financières pour avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin », affirme la D<sup>re</sup> Ungar.

Plus important encore, selon la D<sup>re</sup> Ungar, les différents niveaux d'assurance-médicaments nuisent à la qualité de la maîtrise de l'asthme chez l'enfant. Les enfants qui ne sont pas assurés se rendent plus souvent à la salle d'urgence de l'hôpital et présentent le plus faible taux d'utilisation des agents de maîtrise recommandés (stéroïdes par aérosol). Ils présentent aussi le plus haut taux d'utilisation d'agents de soulagement, c'est-à-dire les médicaments visant à maîtriser les symptômes

aigus, ce qui indique que la prise en charge de leur asthme n'est pas adéquate.

« En démontrant les répercussions des barrières financières sur la santé et sur le système des soins de santé, ce projet de recherche pourrait aider les décideurs à obtenir chez la population pédiatrique asthmatique de meilleurs résultats pour la santé et une prestation de services plus appropriée », indique la D<sup>re</sup> Ungar. « Les résultats fourniront des données probantes essentielles au débat sur les soins pharmaceutiques. »

Au Centre de toxicomanie et de santé mentale, à Toronto, la D<sup>re</sup> Carolyn Dewa examine aussi les répercussions des coûts que les patients doivent déboursier pour des médicaments d'ordonnance. Lors d'études antérieures, la Dre Dewa avait observé qu'environ 3 % des salariés recevaient des prestations d'invalidité à court terme pour la dépression, pour un total de 140 000 journées de travail perdues. La dépression est en train

de devenir une cause principale d'invalidité dans le monde entier et représente des coûts significatifs tant en termes de perte de productivité que de coût du traitement. Dans de nombreux cas, un traitement précoce peut considérablement faciliter un retour au travail plus rapide.

Une subvention de fonctionnement des IRSC a permis à la D<sup>re</sup> Dewa d'étudier l'utilisation des antidépresseurs dans une population de salariés recevant des prestations d'invalidité à court terme. Elle a constaté que les salariés qui devaient assumer des coûts plus élevés pour des antidépresseurs avant un épisode menant à la réclamation d'invalidité à court terme étaient plus susceptibles d'avoir recours aux antidépresseurs durant la maladie. Par contre, les salariés qui devaient assumer des coûts élevés pour d'autres médicaments sur ordonnance (autres que les antidépresseurs) étaient moins susceptibles d'avoir recours à des antidépresseurs durant la période pour laquelle ils étaient recommandés.

« Ce que cela signifie, » poursuit la D<sup>re</sup> Dewa, « c'est que la situation est plus complexe que ce que l'on aurait pu croire initialement. Le coût des traitements existants, dans les cas d'affections physiques chroniques par exemple, influence de toute évidence la décision d'une personne d'avoir recours ou non à des antidépresseurs durant une période de maladie de courte durée. Pourtant, les stratégies visant à restreindre les coûts des régimes d'assurance-médicaments, comme le partage des coûts, qui peuvent entraîner des coûts personnels élevés, sont des instruments très affilés qui ne tiennent pas nécessairement compte de cette complexité. »

Les travaux actuels de la D<sup>re</sup> Dewa portent sur un examen de la relation entre les dépenses privées pour les médicaments d'ordonnance et les barrières à l'utilisation d'antidépresseurs parmi les salariés inaptes au travail en raison d'une dépression.



# Publicité directe aux consommateurs : CanWest conteste la charte

**Colleen Flood et Michelle Zimmerman, Faculté de droit,  
Université de Toronto**

Tous les pays industrialisés, sauf deux (les États-Unis et la Nouvelle-Zélande), interdisent la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance (publicité s'adressant directement aux consommateurs). Mais vers la fin de 2005, CanWest Mediaworks, un conglomérat qui détient des intérêts dans la télédiffusion, les journaux et l'Internet, a contesté la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada, affirmant que les restrictions relatives à la publicité directe aux consommateurs portent atteinte à leurs droits de liberté d'expression tels que garantis en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Pourquoi CanWest intente-t-il cette action en justice? L'industrie pharmaceutique a investi 4,8 milliards de dollars américains en publicité directe aux consommateurs aux États-Unis l'année dernière. Si même seulement le dixième de ce montant était dépensé au Canada, cela se traduirait par des revenus de 500 millions de dollars pour le secteur de la télédiffusion.

Les compagnies pharmaceutiques font déjà de la publicité au Canada. Alors qu'une stricte interprétation de la *Loi sur les aliments et drogues* pourrait sembler écarter toute possibilité de publicité pour les médicaments d'ordonnance, le fait est que depuis l'an 2000, Santé Canada autorise deux types de publicités. Les premières sont les annonces de rappel qui visent à promouvoir la marque du médicament mais ne font aucune allégation directe relative aux effets sur la santé. Les secondes sont les annonces axées sur la maladie qui ne mentionnent pas de marque particulière mais peuvent souligner certaines maladies ou certains symptômes en recommandant aux téléspectateurs « de s'informer auprès de leur médecin » à propos du traitement.

La contestation de CanWest repose sur deux arguments. D'abord, elle prétend qu'il est arbitraire de limiter la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance tout en permettant la publicité des médicaments sans ordonnance, étant donné que ces derniers comportent aussi des risques pour les utilisateurs. Deuxièmement, ils affirment que la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance est permise aux États-Unis et que, bien qu'elle soit interdite par les télédiffuseurs canadiens, il reste que les Canadiens sont quand même exposés à ces publicités par l'entremise de sources médiatiques américaines.

Le premier argument passe sous silence le fait que les médicaments vendus sur ordonnance seulement sont généralement plus risqués que les médicaments sans ordonnance tels que les remèdes contre la toux et le rhume; c'est après tout la raison pour laquelle ils sont vendus « sur ordonnance seulement ». Le second argument suggère que le gouvernement fédéral doit faire preuve d'une plus grande cohérence et vigilance dans l'application des lois existantes pour éviter toute injustice sur le plan du traitement des télédiffuseurs américains par rapport aux télédiffuseurs canadiens.

Tant du point de vue de la santé que des politiques sur la santé, les conséquences du succès de cette contestation seraient très sérieuses. Les compagnies pharmaceutiques utilisent la publicité dans un seul but : augmenter les ventes. Les études de marché sur les effets de la

publicité directe aux consommateurs aux États-Unis suggèrent que la publicité directe aux consommateurs au Canada pourrait entraîner au moins 1,1 milliard de dollars en ventes additionnelles de produits vendus sur ordonnance seulement au cours de la première année.

En termes d'innocuité, il y a eu un certain nombre de cas récents hautement médiatisés associés aux effets indésirables liés à la consommation de médicaments. Par exemple, la D<sup>re</sup> Barbara Mintzes, une chercheuse financée par les IRSC associée à l'Initiative sur les produits thérapeutiques (The Therapeutics Initiative) à l'Université de la Colombie-Britannique, mentionne que de 1999 à 2004, Merck a dépensé 550 millions de dollars américains en publicité pour Vioxx (rofécoxib), un médicament contre l'arthrite, auprès du public américain. Environ un quart des ventes de Vioxx ont probablement été stimulées par la publicité directe aux consommateurs, selon les données de ventes et de rendement des investissements publicitaires. D'après une étude publiée dans *Lancet* menée par un haut fonctionnaire de l'Administration des aliments et drogues des États-Unis, on estime que de 35 000 à 45 000 Américains seraient décédés de crises cardiaques causées par l'utilisation de Vioxx. Sans les ventes additionnelles stimulées par la publicité directe aux consommateurs, environ 10 000 de ces décès auraient peut-être pu être évités.

Pour ce qui est des préoccupations relatives aux coûts et à la viabilité, on sait déjà que les coûts des médicaments sont la composante présentant la plus rapide croissance des dépenses pour les soins de la santé. Un montant additionnel de 1,1 milliard de dollars se traduirait par une pression accrue sur les régimes provinciaux qui peinent déjà sous le poids du maintien de leurs programmes d'assurance-médicaments. Cela alourdirait également les régimes d'emploi privés qui couvrent le coût des médicaments pour leurs employés et entraînerait probablement une diminution de la couverture ou une hausse des franchises et de la participation aux coûts, ou les deux.

Les données probantes découlant de la recherche sur les services de santé suggèrent qu'il n'y a pas d'avantages à la publicité directe aux consommateurs. Selon la D<sup>re</sup> Mintzes, il n'a pas été démontré qu'elle améliore les relations entre patients et médecins ou la qualité des médicaments d'ordonnance utilisés. De même, la publicité directe aux consommateurs n'a pas été associée à une baisse des coûts d'hospitalisation ou toute autre épargne pour les soins de santé.

Cependant, les tribunaux ne voient pas nécessairement les données probantes de la même façon que les chercheurs. Bien que du point de vue des politiques sur la santé, aucune preuve n'existe pour justifier un



Photographie avec la gracieuse permission de Actonel  
Good Housekeeping juillet 2006

changement au statu quo, les tribunaux agiront à partir d'un point de vue différent. Du point de vue des tribunaux, la question clé qu'on leur demandera de juger portera sur les droits, en l'occurrence le droit à la liberté d'expression, et leur tâche consistera à assurer la protection de ces droits fondamentalement garantis. Pour que la loi actuelle soit maintenue, les tribunaux devront être persuadés que les limites existantes sur la publicité directe aux consommateurs ne permettront pas moins au gouvernement fédéral de remplir ses autres obligations sociales pressantes, comme la protection de la sécurité des patients. Cela sera une tâche particulièrement ardue. La Cour suprême, il y a seulement une année de cela dans le cas de *Chaoulli*, qui portait sur la loi du Québec interdisant l'assurance privée, a lancé un puissant message à l'effet que les justifications largement acceptées pour une politique donnée ne suffiraient pas à défendre une violation d'un droit garanti en vertu de la charte en l'absence de solides données empiriques.

Pour relever le défi de la preuve, le gouvernement fédéral devra disposer des meilleurs éléments de preuve sur le plan national et international. Les gouvernements provinciaux devraient aussi chercher à faire partie de cette contestation, étant donné leur intérêt à protéger la sécurité de leurs résidents et les conséquences financières, qui se répercuteront directement sur les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, de l'abaissement des restrictions fédérales imposées sur la publicité directe aux consommateurs. Si le gouvernement fédéral envisage sérieusement de s'opposer à cette contestation, la communauté de recherche sur les services de santé et les chercheurs financés par les IRSC, comme Barbara Mintzes et Steve Morgan (un grand économiste de la santé détenant de l'expertise au niveau des produits pharmaceutiques) auront un important rôle à jouer.

Les chercheurs en matière de services de santé doivent fournir les meilleurs éléments de preuve possible sur les coûts, avantages et fardeaux engendrés par la publicité directe aux consommateurs. La communauté de recherche sur les services de santé ferait bien de garder en tête l'ampleur de l'épreuve à laquelle le gouvernement fédéral est confronté; en effet, il ne doit pas se contenter de démontrer que rien ne justifie la modification du statu quo, mais bien qu'il existe une preuve péremptoire suffisante des conséquences négatives de la publicité directe aux consommateurs pour justifier les restrictions actuelles.

## Autres lectures

*Loi sur les aliments et drogues* et règlements L.R., 1985, ch. F-27. Disponible à l'adresse suivante : <http://lois.justice.gc.ca/en/F-27/text.html>.

*Charte canadienne des droits et libertés*, Partie I de la *Loi constitutionnelle*, 1982, édictée comme l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U., 1982) : chapitre 11. Disponible à l'adresse suivante : <http://lois.justice.gc.ca/en/charter/index.html>.

Contestation de CanWest en vertu de la Charte pour la publicité des médicaments d'ordonnance : guide du citoyen. Toronto (ON) : Action pour la protection de la santé des femmes. Juillet 2006. Disponible à l'adresse suivante : [www.whp-apsf.ca](http://www.whp-apsf.ca).

*Chaoulli contre Québec* (Procureur général), 2005 SCC 35. Une copie du jugement et du matériel connexe disponible à l'adresse suivante : <http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/>.

Mintzes, B. 2006. Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada : Quelles en sont les conséquences sur la santé publique? Toronto (ON) : Conseil canadien de la santé. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.healthcouncilcanada.ca>.

Mintzes, B., M. L. Barer, R. L. Kravitz, K. Bassett, J. Lexchin, A. Kazanjian, R. G. Evans, R. Pan et S. A. Marion. 2003. How does direct-to-consumer advertising affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *CMAJ* 169 (5): 405-412.

Morgan, S. G., B. Mintzes et M. L. Barer. 2003. The economics of direct-to-consumer advertising of prescription-only drugs: Prescribed to improve consumer welfare? *J Health Serv Res Pol* 8 (4): 237-244.

Shirreff, R. R. 2000. For them to know and you to find out: Challenging restrictions on direct-to-consumer advertising of contraceptive drugs and devices. *University of Toronto Faculty of Law Review* 58 (2): 121-155.

## Étudiante en vedette : la politique sur les produits pharmaceutiques sur le terrain

Le Centre de formation régional de l'Ouest (CFRO) est une des initiatives de formation régionales financées par les IRSC et la FCRSS. La Alberta Heritage Foundation for Medical Research fournit aussi un financement au CFRO par l'entremise du programme CADRE. Basé à l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Université du Manitoba, ce programme vise à fournir aux spécialistes de la recherche sur les services de santé appliqués les outils nécessaires pour répondre aux besoins en recherche d'un vaste éventail de décideurs en matière de soins de santé.

Les composantes de formation appliquée du CFRO comprennent les stages pratiques auprès des organismes décideurs, procurant aux étudiants une occasion de comprendre les problèmes auxquels les organismes des soins de santé sont confrontés dans l'évaluation de leurs programmes, l'élaboration de politiques et le fondement des décisions qu'ils prennent.

À titre d'étudiante au CFRO, Megan Coombes a passé son stage pratique à travailler en collaboration avec le Centre de recherche sur les services et les politiques de santé (CHSPR) de l'Université de la Colombie-Britannique et avec des décideurs participant à l'introduction d'un nouveau programme d'assurance-médicaments basé sur le revenu, Fair PharmaCare, en Colombie-Britannique. Megan a mené des entrevues avec des décideurs, allant du ministre de la Santé au personnel lié au programme, pour enquêter sur la raison d'être et les objectifs du programme, ainsi que leurs perceptions « d'équité » dans l'assurance-médicaments.

Le stage pratique de Megan a mené à une deuxième étude visant à comparer les fardeaux financiers privés auxquels seraient confrontés les Canadiens si chacun des modèles d'assurance-médicaments provinciaux était adopté comme norme nationale. Un des éléments clés de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques consiste à élaborer pour tous les Canadiens des options de couverture pour les produits pharmaceutiques onéreux, en reconnaissance directe du fait que les régimes publics de médicaments d'ordonnance varient considérablement à travers le pays.

Continue sur la page 10

**Visitez notre site Web :**  
<http://irsc-cihr.gc.ca/isps.html>

*Suite de la page 9*

Par l'entremise d'une modélisation par simulation de divers types de foyers dans chaque régime d'assurance-médicaments provincial, Megan et ses collègues du CHSPR ont démontré que les modèles d'assurance-médicaments complets qui limitent les coûts personnels, tels que ceux que l'on retrouve en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario, fournissent la meilleure protection contre les coûts de médicaments onéreux. L'étude a été publiée vers la fin de l'année 2004, recevant une attention médiatique fort à propos juste avant une réunion des Premiers ministres où la question de l'assurance-médicaments nationale était à l'ordre du jour.

« Les points que nous examinons, c'est-à-dire comment un nouveau programme d'assurance-médicaments avait été choisi en Colombie-Britannique et comment les programmes d'assurance-médicaments se comparent l'un à l'autre à travers le pays, sont assurément des domaines importants à comprendre dans le contexte d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques », affirme Megan. « Les observations tirées de ces expériences en tant qu'étudiante au CFRO ont été d'une valeur inestimable et m'ont démontré à quel point les connaissances accumulées par la recherche et l'étude des questions liées aux politiques peuvent s'informer mutuellement. »

Depuis l'obtention de son diplôme, Megan a travaillé à titre de consultante pour le compte de nombreux clients, dont la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, la Fondation des maladies du cœur de la Colombie-Britannique et du Yukon, et le Conseil canadien pour le don et la transplantation. Elle est récemment retournée dans sa province natale, l'Ontario, où elle dirige un projet de recherche avec des chercheurs du Juravinski Cancer Centre et du Centre for Evaluation of Medicines à Hamilton, en Ontario. Le projet vise à comprendre les problèmes auxquels les cliniciens sont confrontés lorsqu'il s'agit d'attribuer la causalité à des effets indésirables qui surviennent durant des essais cliniques portant sur des nouveaux médicaments expérimentaux, et à améliorer la cohérence des évaluations de la causalité.

Pour de plus amples renseignements sur le Centre de formation régional de l'Ouest, visitez le site <http://www.wrtc-hsr.ca>.

## Contact

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006, l'Institut des services et des politiques de la santé emménagera à l'Université de Toronto, sous la gouverne de la D<sup>re</sup> Colleen Flood, directrice scientifique.

## Mandat de l'ISPS

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) s'engage à appuyer des initiatives en matière de recherche innovatrice, de renforcement des capacités et d'application des connaissances conçues pour améliorer l'organisation, la réglementation, la gestion, le financement, le paiement, l'utilisation et la prestation des services de soins de santé, dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population canadienne.