

# L'IMPACT DU PARTAGE DES COÛTS SUR LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Norma L. Nielson et Gillian R. Currie

Volume 68, numéro 2, 2000

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105315ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1105315ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nielson, N. & Currie, G. (2000). L'IMPACT DU PARTAGE DES COÛTS SUR LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS. *Assurances*, 68(2), 215–240.  
<https://doi.org/10.7202/1105315ar>

Résumé de l'article

Les défis de la gestion du coût des médicaments d'ordonnance, les approches qu'on essaie actuellement d'adopter, et les solutions, sont étonnamment semblables partout dans le monde. Les objectifs poursuivis par une formule de partage des coûts des médicaments sont le plus souvent de percevoir des fonds supplémentaires, de décourager la consommation de médicaments « non nécessaires », de rendre les patients conscients des coûts des médicaments et d'aider à contenir les dépenses croissantes en médicaments.

Les auteurs de cet article, en se basant sur une revue de la littérature mondiale, concluent que l'imposition d'un partage des coûts réduit en effet la consommation de médicaments, mais que cette consommation réduite ne se limite pas aux ordonnances non nécessaires. Les effets de la consommation subissent une forte influence des effets du revenu et de la richesse. On peut faire des économies considérables avec un impact minimal pour la santé en rehaussant le taux de substitution générique; il est difficile de trouver et d'évaluer d'autres moyens de faire des économies. Il n'y a qu'un petit nombre d'études récentes qui tente explicitement de mesurer les coûts des médicaments par rapport aux bénéfices obtenus sous la forme d'une utilisation réduite d'autres services médicaux. Il y en a encore moins qui essaient d'évaluer les coûts par rapport à l'amélioration de la qualité de vie du patient. L'imposition du partage des coûts n'a, semble-t-il, aucun impact sur le taux de croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance.

## L'IMPACT DU PARTAGE DES COÛTS SUR LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

par Norma L. Nielson et Gillian R. Currie

### RÉSUMÉ

Les défis de la gestion du coût des médicaments d'ordonnance, les approches qu'on essaie actuellement d'adopter, et les solutions, sont étonnamment semblables partout dans le monde. Les objectifs poursuivis par une formule de partage des coûts des médicaments sont le plus souvent de percevoir des fonds supplémentaires, de décourager la consommation de médicaments «non nécessaires», de rendre les patients conscients des coûts des médicaments et d'aider à contenir les dépenses croissantes en médicaments.

Les auteurs de cet article, en se basant sur une revue de la littérature mondiale, concluent que l'imposition d'un partage des coûts réduit en effet la consommation de médicaments, mais que cette consommation réduite ne se limite pas aux ordonnances non nécessaires. Les effets de la consommation subissent une forte influence des effets du revenu et de la richesse. On peut faire des économies considérables avec un impact minimal pour la santé en rehaussant le taux de substitution générique; il est difficile de trouver et d'évaluer d'autres moyens de faire des économies. Il n'y a qu'un petit nombre d'études récentes qui tente explicitement de mesurer les coûts des médicaments par rapport aux bénéfices obtenus sous la forme d'une utilisation réduite d'autres services médicaux. Il y en a encore moins qui essaient d'évaluer les coûts par rapport à l'amélioration de la qualité de vie du patient. L'imposition du partage des coûts n'a, semble-t-il, aucun impact sur le taux de croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance.

---

#### Les auteurs :

Norma Nielson est professeur et directeur de la Chaire en assurance et gestion du risque à la Faculté de gestion de l'Université de Calgary.

Gillian Currie est professeur adjoint aux départements d'économie politique et des sciences de la santé communautaire.

Les auteurs sont reconnaissantes de l'appui financier de l'Institute of Health Economics, qui a fourni des fonds pour ce projet. Elles aimeraient aussi remercier Kathy Durnin pour son excellente assistance de recherche et pour la traduction du texte.

## ABSTRACT

*The challenge of managing prescription drug costs, the approaches being tried, and the responses are surprisingly similar around the world. The objectives for cost-sharing requirements imposed for prescriptions are most often cited as providing additional funding, deterring consumption of "unnecessary" drugs, making patients aware of the costs of medicines, and helping to contain rising drug costs.*

*The authors of this article, based on a review of the global literature, conclude that cost-sharing requirements do reduce drug utilization but that the reduced utilization is not limited to unnecessary prescriptions. Utilization effects are strongly affected by income and wealth effects. Significant cost savings can be achieved with minimal health impacts by increasing the rate of generic substitution; other savings are hard to find and difficult to assess. Only a few recent studies explicitly attempt to measure the cost of prescriptions against the benefits achieved in the form of reduced utilization of other parts of the health care system. Even fewer attempt to assess the cost against the improvement in a patient's quality of life. Cost-sharing requirements do not appear to impact the rate of increase in expenditures for prescription medications.*

## ■ INTRODUCTION

Le système de santé publique au Canada n'assure que les médicaments dispensés dans le cadre des soins à l'hôpital; en général, le patient paie lui-même les médicaments dispensés hors de l'hôpital. Au total, à peu près 88 % des canadiens étaient couverts, en 1995, par une assurance médicaments, dont 62 % par des plans privés, 19 % par des plans provinciaux, et 7 % par les deux. Selon Santé Canada, 14,4 % des dépenses totales pour l'année 1996 étaient attribuables aux médicaments [Dingwall, 1997].

Les dépenses pour médicaments sont fonction de plusieurs facteurs: les prix, le taux de consommation de médicaments, la tendance des prescripteurs à s'orienter vers de nouveaux médicaments plus onéreux. Dans notre étude, nous entreprenons une revue de la littérature disponible au sujet de la couverture des médicaments pour une population de patients. Les thèmes de la littérature sont les suivants: le coût d'un programme de médicaments, la consommation de médicaments, la pertinence de la prescription, les effets sur la santé du patient, et l'impact général sur le coût des soins. Un dernier thème important sera la question de l'équité, c'est-à-dire l'effet différent pour les diverses tranches de la population d'un changement de la politique de coût du médicament.

## ■ PARTAGE DES COÛTS

Le partage du coût des médicaments signifie en général que le patient paie, sous forme de contribution ou de coassurance, une part du prix de détail du médicament. Le terme «contribution» est employé dans ce contexte pour désigner un déboursement forfaitaire par le malade, tandis que le terme «coassurance» désigne le paiement par le malade d'un pourcentage du coût. Ces deux types de paiement, compris tous les deux dans l'expression plus générale de «partage des coûts», sont adoptés dans le but de contrôler les dépenses en médicaments et d'éviter la surconsommation de médicaments.

Chaque pays qui offre à sa population une assurance médicaments exige de certains bénéficiaires – ou de tout bénéficiaire – qu'ils assument une part du coût des médicaments. La proportion du coût assumée par le bénéficiaire dépend parfois de la valeur thérapeutique du médicament. Le tableau 1 [Burstall, 1994], constitué à partir de données provenant des pays en question, montre les diverses modalités de partage des coûts. Il s'avère que la part des dépenses publiques pour les médicaments (deuxième colonne du tableau 1) est plus grande que la somme prévue basée sur les seuls taux de coassurance. Deux raisons peuvent expliquer cette situation : soit que le système public offre une couverture exceptionnelle pour les désavantagés, et/ou qu'il applique une limite à la somme payée par l'individu chaque année.

Le partage du coût des médicaments peut avoir plusieurs objectifs. On indique le plus souvent ceux-ci :

- recevoir des fonds supplémentaires;
- éviter la consommation de médicaments «non nécessaires»;
- attirer l'attention des consommateurs sur le coût des médicaments;
- contrôler la croissance des dépenses en médicaments.

Un paiement de la part du consommateur, que ce soit sous forme de contribution ou de coassurance, produit des fonds supplémentaires pour aider à l'achat de médicaments. Ryan et Birch [1991] tirent la conclusion, par exemple, que le gouvernement britannique a réussi à percevoir des revenus par le biais de leur politique d'exiger une contribution du consommateur.

**TABLEAU I**  
**CONTRIBUTION FINANCIÈRE POUR MÉDICAMENTS**  
**DISPENSÉS HORS DE L'HÔPITAL DANS LES PAYS**  
**DÉVELOPPÉS POUR L'ANNÉE 1993**

Pays	Taux de partage du coût	% payé par la santé publique en 1990
Belgique	0, 25, 50, ou 60 % du prix	74
Danemark	0, 25, 50, ou 100 % du prix	55
France	0, 35, 65, ou 100 % du prix	70
Allemagne	Contribution forfaitaire selon la grandeur du paquet	87
Italie	Charge fixe + 0, 30, 50, ou 100 % du prix	80
Pays-Bas	Non applicable	74
Espagne	0 ou 40 % du prix	80
Suède	Contribution forfaitaire	81
Suisse	10 ou 50 % du prix	70
Royaume-Uni	Contribution forfaitaire	93
États-Unis	Varie selon l'État	15
Japon	10 ou 30 % du prix	85
Australie	m.d.	79
Nouvelle-Zélande	Contribution maximale par achat selon le revenu, le groupe d'âge et l'état de santé	72

Source: Burstali [1994]

## ■ IMPACT SUR LA CONSOMMATION

Pour évaluer l'efficacité économique des différents types de programmes, la première étape essentielle est de comprendre si, en effet, le partage des coûts freine la consommation des médicaments, et dans quelle mesure. Les recherches démontrent en

général que le niveau d'élasticité de la demande des médicaments est réduit, mais significatif. Cela veut dire que lorsque le consommateur doit payer lui-même une petite part du coût, il y a une baisse légère – mais nette – de la demande de médicaments. Les recherches de Liebowitz, Manning, et Newhouse [1985] ont confirmé et renforcé les résultats selon lesquels une baisse de la consommation de médicaments correspondait à une hausse des prix au consommateur. À l'instar d'autres chercheurs, ceux-ci ont employé les données de la Rand Health Insurance Experiment (HIE), dans laquelle les participants étaient inscrits de façon aléatoire dans différents programmes d'assurance à des taux divers de coassurance et de franchise.<sup>1</sup> Dans un tel milieu, les individus couverts par un programme plus généreux achètent plus de médicaments. Une réduction du partage des coûts correspond à une augmentation de la consommation moyenne par personne et du nombre d'ordonnances par personne. Par contre, les recherches n'ont établi aucun rapport entre la générosité du programme d'assurance et la proportion de médicaments brevetés parmi tous les médicaments achetés en pharmacie. En effet, si le consommateur prend plus conscience du prix des médicaments lorsqu'on lui demande de payer une plus grande part des coûts (une plus grande contribution forfaitaire), on s'attendrait à observer une réduction de la consommation proportionnelle de médicaments brevetés pour les bénéficiaires de programmes moins généreux. En général, la conclusion est que «... les changements dans les dépenses pour médicaments dans les différents plans surgissent, paraît-il, principalement d'une réduction des visites aux médecins, et non pas comme résultat d'une recherche de prix plus avantageux de la part des bénéficiaires d'une couverture moins généreuse».

L'étude de Foxman, *et al* [1987], basée également sur les données de la Rand Health Insurance Experiment, a examiné l'effet de la coassurance sur la consommation de tous les services médicaux, y compris les médicaments. Cette étude porte principalement sur l'effet d'une coassurance sur la consommation d'antibiotiques par les personnes âgées. Dans l'ensemble, les personnes pour qui les soins étaient gratuits consommaient 80 % plus d'antibiotiques que celles dont le programme exigeait un partage des coûts. La proportion était légèrement plus grande pour les adultes que pour les enfants. Les adultes recevant des soins gratuits consommaient 86 % plus d'antibiotiques, tandis que les enfants consommaient 73 % plus d'antibiotiques dans un programme de soins gratuits que dans un programme de partage des coûts. Les personnes se trouvant dans le tiers inférieur de la distribution des revenus (ajusté

par région géographique) utilisent moins d'antibiotiques que tous les autres. Les soins gratuits «ont réduit considérablement l'effet du revenu sur la consommation d'antibiotiques.» La consommation d'antibiotiques était plus répandue dans le programme gratuit que dans le programme de coûts partagés pour tous les diagnostics, même là où les antibiotiques n'apportent aucun bénéfice. «Ainsi, la gratuité des soins a un effet général et non spécifique sur la hausse de la consommation d'antibiotiques.» Cependant, l'effet observé n'est que secondaire. La baisse de la consommation d'antibiotiques découle surtout du nombre réduit de visites au médecin plutôt que d'une prescription réduite d'antibiotiques à la suite d'une telle visite.

Foxman *et al* [1996] suggèrent, comme solution alternative, un programme à base clinique dont le but serait de mieux informer les médecins. Des tentatives de tels programmes ont produit de modestes succès, et les auteurs insistent sur la nécessité de pousser plus loin dans ces méthodes «... avec le but de créer une motivation économique pour un partage des coûts, mais d'éviter les effets négatifs vis-à-vis l'accès aux soins requis.» La section suivante explique l'interaction entre les résultats du côté de la demande et la motivation du côté de l'offre.

Hong et Shepherd [1996] étudient la consommation de médicaments par les enfants dans une population américaine. Les données proviennent de 3 144 enfants âgés de moins de 18 ans à qui ont été dispensées 8 547 ordonnances en 1993. Chaque participant a été inscrit dans un des cinq programmes possibles d'assurance médicaments à différents niveaux de couverture dans un système de partage des coûts. La différence portait plus précisément sur le partage des coûts pour les médicaments génériques et pour les médicaments brevetés. Les auteurs sont arrivés à la conclusion qu'avec l'augmentation du partage des coûts, on note une réduction parallèle du nombre d'enfants recevant des ordonnances annuellement, du nombre d'ordonnances par enfant, et du taux de dépenses pour les médicaments. Il y avait un rapport positif entre l'ampleur des différentiels dans le partage des coûts basé sur la consommation de médicaments brevetés ou de génériques et la consommation de médicaments génériques. «Le niveau le plus élevé de consommation de médicaments génériques a été observé pour le programme dans lequel les bénéficiaires assumaient la plus grande part du coût d'une ordonnance.» [Hong et Shephard, 1996]. Une restriction importante de cette étude est le fait que les patients ont choisi eux-mêmes leur programme d'assurance médicaments: une différence dans les caractéristiques des populations était donc

possible. L'étude n'a pas mis ses conclusions à l'épreuve pour vérifier si elles étaient attribuables à une différence des caractéristiques des populations et non pas à la différence du partage des coûts dans les différents programmes.

Pour s'adresser à toute une autre tranche de la population, Coulson et Stuart [1995] ont étudié les personnes âgées, et notamment la manière dont leur programme d'assurance maladie agit sur leurs décisions en matière de consommation de médicaments. L'étude essaie de mesurer l'effet sur la demande – et pour les médicaments et pour les visites au médecin – de changements de couverture. En se basant sur les données de sondages auprès de bénéficiaires du Medicare américain en 1991, ils étudient l'effet des différents types d'assurance maladie: Medicaid, Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE), les programmes privés et les programmes d'assurance comme, par exemple, les programmes d'assurance maladie pour les retraités maintenus par leur ancien employeur ou des programmes individuels de Medigap. Les résultats les plus importants ont été remarqués parmi les bénéficiaires du PACE<sup>2</sup>, dont le programme assurait entièrement le coût de médicaments dispensés hors de l'hôpital pour les personnes âgées à faible revenu, moyennant une contribution de 4,00\$ par dose de 30 jours. Pour chaque période de deux semaines, les bénéficiaires du PACE font dispenser ou remplir à nouveau 0,29 plus d'ordonnance que les malades âgés qui ne bénéficient ni d'un programme pour retraités ni d'un programme supplémentaire de Medicaid pour les médicaments. Ces auteurs observent qu'avec une élasticité du prix de  $-0,34$  une «... meilleure couverture des médicaments pour les aînés [...] mènerait à une hausse de la demande de médicaments.» Cependant, les auteurs ne prétendent pas que leurs recherches puissent aider à prévoir l'ampleur de cette augmentation de la consommation de médicaments. Ils indiquent que «la signifiante de nos observations ne réside pas dans les estimations numériques, mais dans le fait que ces estimations indiquent qu'une augmentation du taux de consommation est attribuable à l'assurance maladie elle-même, donc qu'elle n'est pas simplement un produit de la sélection défavorable.» [Coulson et Stuart, 1995]. Il faudrait noter, à titre d'avertissement, que les données utilisées dans ces recherches ont été constituées en large mesure à partir de réponses à un questionnaire.<sup>3</sup>

Coulson *et al* [1995] utilisent les mêmes données que Coulson & Stuart [1995], mais créent une méthode économétrique plus sophistiquée pour aborder le problème de la sélection défavorable, c'est-à-dire la tendance des individus ayant besoin de plus de



médicaments à mieux s'assurer contre ce risque. En utilisant une autre tranche des données, ils ont obtenu des résultats qui démontreraient encore une fois que les personnes ayant une assurance ont fait dispenser ou remplir à nouveau plus d'ordonnances en moyenne que les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture supplémentaire.

Ryan et Birch [1991] ont élaboré un modèle qui admet le délai dans l'observation de l'impact de changements aux contributions pour médicaments (modèle d'ajustement partiel), et ils mesurent cet impact à partir de données portant sur les contributions dans le Royaume-Uni entre 1979 et 1985. Après un ajustement pour les autres facteurs qui touchent à la consommation,<sup>4</sup> ils trouvent que «... la politique de contribution appliquée dans le Royaume-Uni a produit une réduction importante de la consommation de médicaments par les malades non exempts.»

Les évaluations du Régime général d'assurance médicaments du Québec<sup>5</sup> offrent des preuves plus récentes à cet égard. Une assurance médicaments – d'un programme privé ou du système public – est obligatoire dans ce Régime. Le rapport d'activités de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'année 1996-97 fait état d'une baisse de la consommation de médicaments d'ordonnance par les prestataires de la sécurité du revenu. Il y a eu une réduction de 5,8 % dans le nombre de participants du plan, et une réduction de 9,1 % dans le nombre d'ordonnances. Ces résultats ont poussé le gouvernement du Québec à commander une enquête indépendante. À l'aide des banques de données administratives du RAMQ et du Ministère de la santé et des services sociaux,<sup>6</sup> les chercheurs ont observé une augmentation du nombre d'ordonnances de médicaments génériques et, ce qui est plus significatif, une réduction frappante de la consommation de médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées. Cette réduction était associée à une augmentation de la proportion de personnes hospitalisées et admises en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les chercheurs ont observé une réduction inférieure, mais évidente, du nombre d'ordonnances dispensées aux prestataires de la sécurité du revenu. Chez ces deux populations – les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu – le nombre de visites médicales a augmenté.

Les personnes qui ont fait exécuter des ordonnances pour des médicaments onéreux pendant l'année précédant l'implantation du nouveau régime ont réduit leur consommation plus que celles qui recevaient des ordonnances pour des médicaments moins dispen-

dieux. Cette relation était plus marquée chez les prestataires de la sécurité du revenu. Les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées qui ont répondu à un questionnaire ont signalé que, pour faire face au coût augmenté des médicaments, ils arrêtent ou réduisent leur consommation de ces médicaments, réduisent leurs dépenses en nourriture, ou cherchent de l'aide financière auprès de leurs amis, de leur famille, ou des institutions charitables. La réduction la plus marquée de la consommation de médicaments, en termes relatifs et absolus, a été constatée chez les grands consommateurs.<sup>7</sup> Parmi les grands consommateurs, les femmes, les plus âgés et les moins scolarisés étaient plus aptes à réduire leur consommation de médicaments que d'autres qui avaient consommé le même nombre de médicaments pendant l'année précédente. La plus importante réduction de la consommation a été observé chez les personnes ayant le plafond de contribution le plus élevé [Tamblyn *et al.*, 1998].

Les résultats de Tamblyn *et al.* [1998] correspondent à ceux de Blais *et al.* [1997] qui ont étudié la consommation mensuelle chez les prestataires de la sécurité du revenu âgés de 64 ans et moins entre août 1997 et août 1998 pour quatre classes de médicaments, tous estimés efficaces et essentiels. Blais *et al.* [1997] ont observé les changements suivants de la consommation par catégorie de médicament :

Les observations étaient statistiquement significatives pour une de ces trois catégories seulement (les corticostéroïdes). Dans leur hypothèse, les auteurs attribuent cette différence à la nature des médicaments. Un malade peut cesser d'inhaler les corticostéroïdes

**TABLEAU 2**  
**CHANGEMENT DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS,**  
**PAR CATÉGORIE, SUIVANT L'IMPLANTATION AU QUÉBEC**  
**DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS**

Catégorie de médicament	Changement de la consommation moyenne pendant dix mois (août 1996-juin 1997) par rapport à l'année précédente	Changement attendu
Corticostéroïdes	- 28 %	9 %
Neuroleptiques	- 1 %	7 %
Anti-convulsivants	- 1 %	8 %

sans conséquence immédiate. Par contre, pour un malade qui interrompt les neuroleptiques et (surtout) les anti-convulsivants, les conséquences ne se font pas attendre des semaines, quelques jours pouvant suffire.

Les auteurs de ces études avertissent qu'elles ne sont pas finales. Les conséquences immédiates de l'implantation du Régime général d'assurance médicaments peuvent disparaître à long terme. La consommation de médicaments peut retourner à son niveau initial. Les auteurs notent qu'étant donné qu'ils ont examiné des données globales, leurs analyses ne tiennent pas compte de la possibilité d'un changement du nombre de prestataires de la sécurité du revenu pendant la période étudiée (bien qu'il n'y ait aucune indication que ce soit le cas).<sup>8</sup> Cependant, les données préliminaires indiquent qu'une plus grande participation financière par les individus ou par les familles, et surtout par les personnes âgées, est capable de donner lieu à des cas de non observance ou de les exacerber.

Une autre étude récente, celle-ci par Gardner, Javitz et Recine [1997], porte sur une population de 18 000 personnes âgées et les membres de leurs familles qui ont fait exécuter plus de 500 000 ordonnances pendant les premiers 24 mois de la période de l'étude, soit 1988-1994. Pour cette population de fonctionnaires retraités de l'État d'Oregon, leur participation financière a augmenté trois fois pendant la période de l'étude pour «faire face à des hausses nettes et persistentes des [...] coûts du [...] programme de bénéfiques pharmaceutiques.»<sup>9</sup> Par l'examen en parallèle de trois groupes de données sur les caractéristiques démographiques, les réclamations pour médicaments et les réclamations pour frais hospitaliers/médicaux pendant une période de 6,5 ans, cette étude permet de faire des analyses qualitatives sur les dépenses pour médicaments et pour d'autres services médicaux.

Gardner, Javitz, et Recine [1997] ont trouvé que la plupart des estimations de la consommation et des coûts pharmaceutiques ont augmenté pendant les premières années de l'étude malgré une hausse de la contribution forfaitaire. La participation différente pour les génériques a produit, cependant, une tendance mesurable et significative vers la consommation de médicaments génériques.<sup>10</sup> Le total des coûts en médicaments était nettement moins élevé après le changement vers une coassurance de 50 %, et on a vu encore un virement dramatique vers la consommation de génériques. L'adoption de la coassurance de 50 % a entraîné des modifications légères aux soins médicaux, mais elles n'étaient pas en général statistiquement significatives.

## ■ IMPACT SUR LA SANTÉ

Une modification modeste de la consommation de médicaments peut avoir des conséquences énormes pour la santé. La section précédente a offert des preuves pour démontrer que malgré l'élasticité relativement atténuée de la demande de médicaments d'ordonnance, une augmentation de la participation financière du consommateur mène à une baisse de la consommation de médicaments. Pour comprendre l'impact de ces changements de la demande d'ordonnances, il faut comprendre l'emploi du médicament spécifique pour lequel les tendances de consommation ont changé. Dans le cas idéal, un changement des habitudes de consommation serait limité à la consommation de médicaments «non essentiels». Le terme «non essentiel» implique par définition qu'il n'y aurait aucun impact négatif, ou un impact minimal, sur la santé. Par contre, dans la mesure où les médicaments «essentiels» sont également touchés, l'on s'attend à observer des effets indésirables pour la santé. Par exemple, l'étude de Soumerai *et al.* [1989] a trouvé que la non observance de l'ordonnance était la cause de 23 % des admissions en CHSLD et de 10 % des admissions à l'hôpital chez les personnes âgées. Ryan et Birch [1991] notent que:

Il ne faudrait pas présumer qu'une consommation réduite chez les groupes non exempts représente une utilisation frivole ou injustifiée du service qui serait prévenue par l'augmentation de la participation financière. Il n'y a aucun lien entre le coût supplémentaire payé par le malade et le résultat prévu pour sa santé. Donc ce coût supplémentaire n'est pas capable de distinguer entre la demande frivole et la demande non frivole. [...] Puisque le malade ne dispose d'aucune information sur l'efficacité des médicaments d'ordonnance, il n'y a aucune raison pour s'attendre à ce que des changements de la participation financière aient un plus grand effet sur la consommation frivole que sur la consommation non frivole.

La littérature dans ce domaine comprend des recherches qui comparent les changements de la demande pour les médicaments «nécessaires et non nécessaires» ou «essentiels et discrétionnaires.» Quelques études définissent ces termes de façon très générale selon la catégorie thérapeutique; d'autres acceptent une consommation nécessaire dans une classe thérapeutique qui ailleurs serait considérée «discrétionnaire». Les définitions sont assez arbitraires et les différentes définitions adoptées dans ces études

restreignent la possibilité de tirer de leurs résultats des conclusions générales.

Toutes les études revues trouvent un rapport entre la consommation de médicaments nécessaires ainsi que discrétionnaires et la coassurance. Harris, Stergachis, et Ried [1990] ont examiné l'effet d'une coassurance dans un milieu de soins dirigés («managed care»). Ils trouvent qu'une augmentation de la coassurance est associée à une diminution du nombre d'ordonnances. Tandis que la consommation de médicaments «discrétionnaires» a diminué avec une coassurance augmentée, la consommation de médicaments «essentiels» a aussi diminué dans le groupe à coassurance.<sup>11</sup> Harris *et al.* [1990] donnent de faibles indications que la consommation «nécessaire,» selon une définition très large, est touchée à un moindre degré.

Foxman *et al.* [1987] tirent la conclusion que «[e]n tant que stratégie possible pour faire face à la consommation non appropriée d'antibiotiques, la participation financière a deux défaillances. La participation financière a réduit la consommation d'antibiotiques de 46 % en moyenne; cependant il restait un niveau signifiant de prescription non pertinente, mais le niveau de consommation *pertinente* a été réduite presque au même degré. Donc on a besoin d'une méthode plus sélective, capable de freiner la consommation non appropriée tout en permettant l'accès aux antibiotiques nécessaires et appropriés.» Les politiques qui visent la demande en s'orientant vers le consommateur s'appuient sur un consommateur bien informé. Dans son absence, une politique du partage des coûts qui met un frein à la consommation peut se faire dans le mauvais sens. Il s'agit, au mieux, d'un instrument de politique peu tranchant.

Un résultat significatif a été de démontrer l'importance de l'impact du partage des coûts sur la demande chez les populations à faible revenu. Soumerai *et al.* [1991] se sont posé la question, «[c]hez les patients âgés à faible revenu ayant une couverture «Medicaid», est-ce qu'une limite à l'accès aux médicaments serait associée à une croissance du taux d'admission en CHSLD et à l'hôpital?» Les auteurs y ont répondu à l'aide de données sur les réclamations pour les médicaments et pour les services autres que médicamenteux, et sur les taux d'inscription au Medicaid à New Hampshire pour une période de trois ans. Selon leurs résultats, il existe une relation «... entre l'introduction d'une limite de remboursement à trois médicaments, une baisse résultante de la consommation de médicaments, et une croissance au double, approximativement, du taux d'admission en CHSLD chez les

malades chroniques âgés.» Ils notent une augmentation légère, mais insignifiante, du taux d'hospitalisation. Bien que cette étude ne porte pas sur le partage des coûts *per se*, elle renforce l'intuition selon laquelle une diminution légère de la consommation de médicaments peut entraîner des conséquences graves pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques.

Tamblyn *et al.* [1998] ont observé, au Québec, une relation directe entre la réduction du nombre d'ordonnances et l'augmentation du taux d'admission à l'hôpital. Les auteurs admettent que ces recherches ne leur permettent pas de tirer la conclusion que les individus qui ont réduit leur consommation de médicaments étaient les mêmes qui ont été admis à l'hôpital. D'après eux, leur étude «indique qu'une des conséquences du nouveau programme, et probablement la plus grave, a été d'augmenter le taux d'admission à l'hôpital, d'admission en CHSLD, et de décès chez les anciens bénéficiaires.» En examinant plus loin<sup>12</sup> le rapport entre une réduction de la consommation chez un individu donné et la probabilité d'un effet indésirable, Tamblyn *et al.* [1998] ont trouvé que les consommateurs de médicaments moins essentiels ont réduit leur consommation plus que les consommateurs de médicaments essentiels. Cependant, étant donné que le taux initial de consommation de médicaments essentiels était beaucoup plus élevé que le taux de consommation de médicaments moins essentiels, il y a eu une réduction absolue plus importante de la consommation de médicaments essentiels. Cette baisse de la consommation de médicaments essentiels «a eu pour conséquence 4 046 hospitalisations, admissions en CHSLD et décès additionnels dans les dix premiers mois suivant l'implantation du régime.» La baisse de la consommation de médicaments moins essentiels n'a entraîné aucun changement significatif au nombre d'événements indésirables.

## ■ ACTION RÉCIPROQUE DE PRIMES POUR PATIENTS ET POUR MÉDECINS

Là où on constate des taux différents de consommation, il faut se demander quels sont les moteurs de ces différences. Surtout faut-il comprendre dans quelle mesure ce sont les changements du comportement des médecins, et non pas les changements du comportement des malades, qui exercent un effet sur la consommation. Hux et Naylor [1994] ont trouvé des preuves de tels effets

secondaires. Dans leur enquête, ils ont présenté à des médecins, sélectionnés de façon aléatoire en Ontario, un scénario clinique, le choix de six antibiotiques, et l'option de commander d'autres tests ou médicaments. Quatre versions en total ont été distribuées: quelques-uns des médecins ont reçu des informations sur le prix des médicaments et sur le programme d'assurance médicaments du patient. Le groupe de contrôle n'a reçu aucune information sur le prix des médicaments ni sur l'assurance médicaments du patient. Les résultats des sondages, désignés A à D, ont produit les pourcentages suivants dans le choix d'antibiotiques «coûteux» par les médecins interrogés. L'intervalle de confiance de 95 % justifiée par la grandeur de l'échantillon paraît entre parenthèses.

Dans l'ensemble, les médecins sont sensibles non seulement au prix mais également au payeur. «Le manque d'information sur le prix des médicaments et la présence d'un tiers payeur peuvent tous les deux contribuer à la consommation non pertinente de médicaments onéreux». Hux et Naylor [1994], en notant que le choix de médicaments onéreux diminue de 18 % à 8 % dans l'absence d'une assurance médicaments, suggèrent que le partage des coûts peut jouer un rôle. Les auteurs soulignent, cependant, qu'informer les médecins sur le prix des médicaments pourrait être encore plus bénéfique, puisqu'une telle information a produit une réduction de 20 points de pourcentage (de 38 % à 18 %) dans le choix de l'antibiotique coûteux. Quoique cette étude ne se base pas sur des observations cliniques, les auteurs tirent aussi la conclusion que «... il y a une prescription non pertinente accrue d'antibiotiques lorsque le patient bénéficie d'une pleine couverture par assurance médicaments, mais une prescription amoindrie lorsqu'on rappelle aux médecins le prix des médicaments».

	Avec assurance médicaments	Sans assurance médicaments
<b>Avec prix</b>	A 18 % (12,24)	D 8 % (4,12)
<b>Sans prix</b>	B 38 % (30,45)	C 37 % (30,44)
Source: Hux et Naylor [1994], p. 346		

Hillman *et al.* [1999] font une étude empirique de «... l'impact de motivations financières chez le malade sur la consommation et les coûts de médicaments d'ordonnance dans le contexte de différents mécanismes de rémunération du médecin». Ce sont les uniques recherches qui portent simultanément sur l'impact des motivations pour le malade et pour le médecin. Les données portent sur un échantillon aléatoire de plus de 100 000 personnes aux États-Unis âgées de 18 à 64 ans, pour les années 1990-1992. Neuf programmes d'assurance maladie ont été représentés, dont cinq associations de pratiques indépendantes (API) et quatre HMO («health maintenance organizations») de modèle à réseau. Les médecins des plans API ont été payés à l'acte, tandis que les médecins du plan à réseau ont été payés par capitation. Les médecins du plan API ne subissaient aucun risque pour le coût des médicaments, mais les médecins de HMO encourraient un risque financier (avec leurs collègues de groupe) lié à leur comportement de prescription. Des programmes de revue d'utilisation des médicaments étaient en place pour tous les types de rémunération des médecins et toutes les caractéristiques de plan.<sup>13</sup>

Les malades ont partagé les coûts pour les ordonnances ainsi que pour les visites au médecin. Le partage des coûts de médicaments était en forme de contribution forfaitaire payée au pharmacien au moment de faire exécuter l'ordonnance. La contribution variait de zéro jusqu'à 10 \$ (pour tous les plans et à l'intérieur de chacun) selon le contrat de l'employeur. La contribution forfaitaire pour les visites au médecin était de zéro jusqu'à 22 \$ pour les différents groupes d'employeurs. Les effets d'une contribution ont été mesurables et consistants avec les études déjà mentionnées. Des coûts plus élevés de médicaments étaient associés à une diminution statistiquement significative de dépenses pour les médicaments d'ordonnance dans les plans API, mais pas dans les plans à réseau. Les auteurs concluent que «... un partage modéré des coûts exerce un impact relativement important, même pour cette population de la classe moyenne, dans un type de programme, mais n'exerce aucun impact significatif dans l'autre type».<sup>14</sup>

La plus importante contribution de ce rapport est l'observation d'une action réciproque entre les primes pour les malades et pour les médecins. D'après les auteurs:

«Nos observations suggèrent qu'une manière de réduire les dépenses pour médicaments serait de faire assumer au médecin le risque du coût des médicaments qu'il prescrit. Une autre manière d'obtenir le même niveau de contrôle



des coûts sans mettre au risque le médecin serait d'imposer des niveaux modestes de partage des coûts par le patient.»

Autrement dit, l'impact sur les dépenses pour médicaments est le même lorsque la structure de l'assurance médicaments attribue une part du risque financier découlant du choix de médicament SOIT au malade SOIT au médecin. Exiger de la part du médecin qu'il assume la responsabilité de ses décisions de prescription donne le même niveau de contrôle du coût des médicaments que de faire assumer au consommateur, qui manque l'expertise requise pour choisir ses médicaments de manière informée, le risque que ses choix entraîneraient des conséquences sur sa santé.

## ■ IMPACT SUR LE COÛT DES ORDONNANCES

Le prix de détail des médicaments comprend le prix du fabricant et les coûts de distribution, ainsi que la marge de profit et les frais du pharmacien. La composition du prix de détail au Canada est la suivante: prix de vente du fabricant – 63 %, marge de profit et frais d'ordonnance – 33 %, et distribution – 4 % [Dingwall, 1997]. Aucun pays au monde n'expérimente actuellement une diminution des dépenses publiques en médicaments. Des contributions représentent, évidemment, une source supplémentaire de fonds pour les programmes de médicaments, mais on ne voit pas assez clairement leur impact ni sur les dépenses globales en médicaments d'ordonnance payées par la société ni sur les effets macroéconomiques pour le coût des médicaments. À part des contestations floues, telles «... il y a des indications qu'une participation financière a réduit le taux de croissance de ces dépenses» [Burstall, 1994], les preuves que l'implantation d'une participation financière aurait un impact sur les dépenses globales en médicaments sont faibles ou inexistantes.

Harris, Stergachis, et Ried [1990] ont trouvé que les coûts globaux annuels en médicaments ont monté pour les deux groupes étudiés, mais que le taux d'augmentation était plus élevé pour le groupe sans contribution. D'ailleurs, ils ont trouvé que le coût par ordonnance a augmenté pour les deux groupes. Les auteurs offrent deux explications possibles:

1. Une période de posologie plus longue pour les ordonnances dispensées aux personnes payant une contribution. Cet effet

serait atténué, croient-ils, par une politique limitant à 30 jours la dose dispensée par ordonnance, mais un impact léger est quand même possible.

2. L'étude a enregistré une réduction plus importante de la consommation de médicaments discrétionnaires que de médicaments essentiels. L'observation du coût par ordonnance reflète une relation entre les prix et les types de médicaments. Les médicaments discrétionnaires sont généralement moins dispendieux, tandis que les médicaments essentiels coûtent en général plus cher.

Le coût par ordonnance a monté pour les deux groupes, mais en fin de compte les malades à contribution ont expérimenté un coût plus élevé par unité que le groupe de contrôle [Harris, Stergachis, et Ried, 1990].

Hillman *et al.* [1999] ont observé, eux aussi, que le partage des coûts par le consommateur a un impact limité sur les dépenses globales en médicaments. «Les dépenses estimées pour les médicaments sont beaucoup plus élevées dans les plans API que dans les plans à réseau pour tous les niveaux de contribution en pharmacie, mais les dépenses baissent plus rapidement dans le plan API suite à une augmentation de la contribution.» Les auteurs avancent l'explication suivante: si la motivation chez le médecin pour contrôler les dépenses en médicaments est atténuée (c'est le cas, par exemple, lorsque le médecin n'assume aucun risque pour son comportement de prescription), il aura une tendance prononcée à prescrire des médicaments. Dans ce contexte, les motivations chez le malade peuvent être efficaces, puisque le malade peut choisir de ne pas faire exécuter toutes ses ordonnances. Par contre, si le médecin encourt un certain niveau de risque pour son comportement de prescription, il peut être encouragé à prescrire moins de médicaments discrétionnaires ou de médicaments facultatifs. Dans ce cas-ci, le partage des coûts par le malade aura un impact insignifiant. Donc il faut conclure que les modalités de partage des coûts ne freinent pas la croissance des coûts de médicaments.

## ■ EFFET GLOBAL SUR LES COÛTS DE LA SANTÉ

Malheureusement, dans la littérature et chez ceux qui élaborent la politique, on évalue souvent les programmes d'assurance médicaments dans l'isolement, sans les lier au contexte plus large. Comme résultat, l'attention est braquée sur les coûts du programme

de médicaments et sur la consommation sans prendre en compte les avantages ou les effets d'autres secteurs du système de soins à la santé. Les études qui examinent l'effet global pour la santé des modalités de partage des coûts sont typiquement axées sur les effets de la sous-consommation produite par le coût élevé d'un médicament. Au contraire, la consommation non appropriée de médicaments d'ordonnance ne se manifeste pas toujours en guise de sous-consommation. La surconsommation, elle aussi, peut produire des effets secondaires et des interactions médicamenteuses. Grymonpre *et al.* [1988] ont trouvé que 23 % des malades âgés de plus de 50 ans qui consommaient des médicaments d'ordonnance avaient expérimenté au moins un événement indésirable, et que 20 % des admissions à l'hôpital de malades qui consommaient des médicaments d'ordonnance étaient directement liées à un tel événement indésirable. En combinant ces statistiques, on constate que 19 à 28 % des admissions à l'hôpital de malades âgés de plus de 50 ans résultaient de problèmes liés à des médicaments. Col, Fanale et Kronholm [1990] attribuent approximativement 60 % de ces admissions à des réactions adverses médicamenteuses, et 40 % à l'utilisation non pertinente du médicament. Les preuves disponibles sont passées en revue ci-dessus.

Dans le cadre de programmes qui exigent un partage des coûts, les études trouvent, en général, que la capacité à payer du malade offre une force explicative considérable. Stuart et Grana [1998] ont testé l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées à revenu plus élevé ayant une meilleure assurance maladie sont plus portées que celles à revenu plus faible et ayant une couverture plus restreinte à recourir aux médicaments pour traiter les maladies les plus courantes. À l'aide des réponses à un questionnaire envoyé à un échantillon aléatoire de bénéficiaires du Pennsylvania Medicare, ils ont obtenu des résultats qui appuient les hypothèses suivantes:

- Les personnes âgées ayant un supplément du Medicare étaient plus aptes, d'une ampleur de 6 à 17 %, à recourir aux médicaments pour traiter leurs maladies.

- Une assurance médicaments a augmenté la probabilité d'un traitement médicamenteux pour 10 des 22 conditions médicales couvertes par le questionnaire.

- Le revenu a exercé un effet indépendant très fort sur les décisions médicales. Les personnes disposant d'un revenu de plus de 18 000\$ étaient, dans une proportion de 18 %, plus aptes à recourir aux médicaments que celles qui disposaient d'un revenu de moins de 6 000\$.

Harris, Stergachis, et Ried [1990] incluent dans leur rapport un avertissement important: «... nous n'avons pas regardé ni les conséquences cliniques d'une contribution pour les médicaments, ni l'effet d'une contribution pour médicaments sur l'utilisation et les coûts d'autres services médicaux». Ils avertissent que le partage des coûts pourrait, en effet, restreindre l'utilisation efficace de ressources médicales peu abondantes, par exemple en réduisant la consommation de médicaments nécessaires, rendant ainsi nécessaires des traitements plus fréquents ou plus intenses. Du point de vue de la politique, il faut se demander si l'effet positif (a) de l'implantation du partage des coûts comme moyen d'éviter la sous-consommation ou la surconsommation des médicaments et (b) de produire des fonds supplémentaires valent (c) les risques à la santé et les coûts qui résultent d'une consommation non pertinente des médicaments.

## ■ EFFETS DISTRIBUTIFS

En établissant les détails d'un programme public, les responsables reconnaissent les différents effets sur les divers groupes de la population, et surtout sur les personnes âgées et sur les pauvres. La majorité des systèmes de soins à la santé incorpore des modalités exceptionnelles pour s'adresser aux personnes «désavantagées» [Burstall, 1994]. Dans le Royaume-Uni, par exemple, une large tranche de la population – les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes, les mères d'enfants, les prestataires de la sécurité du revenu – est exemptée de contributions pour les médicaments d'ordonnance.

Les preuves citées par la Rand Health Insurance Experiment sont parmi les indications les plus solides que l'impact des modalités de partage des coûts n'est pas identique pour tous les membres de la population. [Newhouse *et al.*, 1993]. Ils ont observé que pour l'adulte *moyen* l'effet sur son état de santé d'une utilisation accrue des services médicaux associée à la gratuité des soins était minimal ou inexistant. Cependant, il y a des exceptions importantes. Selon les auteurs: «... nous avons observé des conséquences indésirables pour la santé résultant du partage des coûts et concentrées chez les pauvres malades. Mais la majorité de la population n'est ni malade, ni pauvre. En conséquence, la présence d'un effet indésirable considérable est pratiquement hors question.» Cependant, le partage des coûts peut avoir d'importants effets indésirables pour

ceux qui n'appartiennent pas à la catégorie des employés en bonne santé.

Ryan et Birch [1991] notent que les contributions pour les médicaments peuvent introduire une déformation à la distribution de médicaments d'ordonnance, au détriment à la fois de l'efficacité et de l'équité du système de santé:

Il ne faut pas supposer qu'une utilisation réduite chez les groupes non exempts représente une utilisation frivole ou non justifiée d'un service qui serait détournée par l'augmentation de la contribution. Il n'y a aucun rapport entre le coût supplémentaire au malade généré par la contribution et le résultat attendu pour la santé. Donc ce coût n'est pas capable de différencier entre la demande frivole et la demande non frivole [...] Étant donné le manque d'informations de la part du malade sur l'efficacité des médicaments d'ordonnance, il n'y a aucune raison pour que la contribution exigée du malade aurait un effet plus marqué sur l'utilisation frivole que sur l'utilisation non frivole.

L'observation de différents effets de ces politiques sur différentes tranches de la population, et surtout sur les personnes âgées et sur d'autres groupes vulnérables, soulève des questions d'équité. Les implications pour l'équité contenues dans les études précédentes réapparaissent actuellement comme question centrale au Québec, où la capacité des personnes âgées et d'autres groupes vulnérables à avoir accès aux médicaments se démontre encore une fois très sensible aux modalités de partage des coûts.

## ■ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le défi de gérer les coûts des médicaments par le partage des coûts, les approches entreprises et les réactions se ressemblent, d'une manière étonnante, partout dans le monde. En effet, en consultant d'avance la littérature académique mondiale, les responsables de l'élaboration de la politique au Québec auraient pu éviter plusieurs faiblesses initiales du Régime général d'assurance médicaments ainsi que les modifications introduites au Régime en 1997. Dans l'ensemble, les recherches publiées démontrent que le partage des coûts a un effet sur la consommation de médicaments [Ryan et Birch, 1991; Harris et Reid, 1990; Foxman et al, 1987; Leibowitz,

Manning et Newhouse, 1985]. La demande de médicaments est relativement inélastique quant au prix – c'est-à-dire qu'une modification d'un point de pourcentage du prix payé par le consommateur mène à un changement inférieur à 1 % de la consommation de médicaments. Les rapports sont d'accord en confirmant que les malades réduisent leur consommation de médicaments au fur et à mesure qu'augmentent leurs déboursments. Le plus important a été de constater que la réduction par le malade de sa consommation de médicaments a l'effet désiré de réduire la consommation de médicaments non essentiels, mais elle a l'effet parallèle d'agir de manière significative sur la consommation de médicaments essentiels.<sup>15</sup> Étant donné que le consommateur ne dispose pas des informations nécessaires pour distinguer entre la consommation essentielle et la consommation non essentielle de médicaments, une politique de partage des coûts, bien qu'elle mette un frein à la consommation, peut agir dans le mauvais sens et restreindre la consommation essentielle. Cette approche s'avère donc un outil de politique peu sophistiqué.

Quelle que soit l'approche adoptée, une large proportion des économies effectuées par le contrôle du coût des ordonnances se fait par une augmentation de la consommation de médicaments génériques. Toute tentative de réduire les dépenses en médicaments devrait mettre en place des motivations pour encourager l'emploi de médicaments génériques afin de profiter du coût moins élevé des génériques – de l'ordre de 23 % à 37 % – pour atteindre des soins médicaux d'une qualité équivalente.

Il est possible de tirer d'autres conclusions générales. Premièrement, les recherches indiquent qu'un changement des habitudes de consommation du malade dépend aussi bien du comportement du médecin que du comportement du malade lui-même. Deuxièmement, la plupart des recherches confirment que les effets du partage des coûts varient considérablement à travers les différents groupes de notre société.

Finalement, et ceci est peut-être la leçon la plus précieuse qui découle de toute la littérature: il est essentiel, au moment d'introduire des changements au système de partage des coûts, de concevoir et d'implanter des mécanismes fondés sur une base scientifique solide pour mesurer leurs effets et leur efficacité. Ces évaluations doivent aussi tenir compte du fait que les résultats à court terme et à long terme ne seront pas identiques. Tamblyn *et al.* [1998] et Blais *et al.* [1997] ont observé un effet à court terme du programme: le stockage de médicaments un mois avant l'entrée en

vigueur du régime. Les planificateurs ainsi que les chercheurs dans ce domaine doivent procéder soigneusement pour s'assurer que les mesures conçues pour faire des économies dans le coût des médicaments soient efficaces dans ce sens qu'elles comprennent aussi des évaluations adéquates des effets pour le système plus large de soins à la santé.

## □ Bibliographie

- Blais, L., Couture, J., Rahme, E., et Le Lorier, J. «Évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments sur la consommation de médicaments.» *L'Actualité médicale* (décembre 1997).
- Bloor, K. et Freemantle, N. «Lessons from International Experience controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors.» *British Medical Journal*, Vol. 312, p. 1525-1527.
- Burstall, M. «Copayments for Medicines: How Much Should Patients Pay?» *PharmacoEconomics*. Vol. 6 (sept 1994), p. 187-192.
- Castonguay, C., Borgeat, L., Champigny-Robillard, L., Leclerc, D., et Morin, Y. *L'Assurance médicaments: des voies de solution*. Rapport du comité d'experts sur l'assurance médicaments. 1996.
- Col, N., Fanale, J.E., et Kronholm, P., «The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly.» *Archives of Internal Medicine*. Vol. 150 (avril 1990), p. 841-845.
- Collège des médecins du Québec. *Mémoire à l'égard du projet de loi 33, présenté à la Commission des Affaires sociales*. 4 juin 1996.
- Connolly, M. et Pickard, S. «The effects of BC's reference-based pricing of oral nitrates on health care costs & indicators of health status.» *PharmacoEconomic News*. (avril 1999), p. 4.
- Conseil de la santé et du bien-être du Québec. *Mémoire sur le projet de loi 33 présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales*. 5 juin 1996.
- Coulson, N.E., et Stuart, B.C. «Insurance choice and the demand for prescription drugs.» *Southern Economic Journal*. Vol. 61 No. 4. (avril 1995), p. 1146-1157.
- Coulson, N.E., Terza, J.V., Neslusan, C.A., Stuart, B.C. «Estimating the Moral-Hazard Effect of Supplemental Medical Insurance in the Demand for Prescription Drugs by the Elderly.» *AEA Papers and Proceedings*, 1995. Vol. 85, No. 2.
- Dingwall, D.C. *Coût des médicaments au Canada*. (Ottawa: Ministère de la santé). Mars 1997.
- Foxman, Valdez, Lohr, Goldberg, Newhouse, et Brook. «The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial.» *Journal of Chronic Disease*, Vol. 40, No. 5. (1987), p. 429-437.
- Freemantle, N., et Bloor, K. «Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditures I: Influencing patients.» *British Medical Journal*. Vol. 312 (1996), p. 1469-1471.

- Gardner, L.B., Javitz, H.S., et Racine, B.P. *Pharmaceutical Use and Cost Among Insured Elderly*. Agency for Health Care Policy and Research (mars 1997).
- «Gesetzliche Krankenversicherung» à <http://www.bmgesundheit.de/gkv/ueberbl/ubersi2.htm> Janvier 1999.
- «Gesundheit bleibt bezahlbar» à <http://www.cduscu.bundestag.de/texte/csu/gesund.htm>. CDU/CSU-Bundestagsfraktion. 1997.
- Gross, D.J., Ratner, J., Perez J., Glavin S.L. «International Pharmaceutical Spending Controls: France, Germany, Sweden and the United Kingdom.» *Health Care Financing Review*, 1994.
- Grymonpre, R.E., Mitenko, P.A., Sitar, D.D., Aoki, F.Y., et Montgomery, P.R. «Drug associated hospital admission in older medical patients.» *Journal of the American Geriatric Society*. Vol. 36 (décembre 1988), p. 1092.
- Harris, B.L., Stergachis, A., et Ried, D. «The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization.» *Medical Care*. Vol. 28, No. 10 (octobre 1990).
- Hillman, A., Pauly, M., Escarce, J., Ripley, K., Gaynor, M., Clouse, J., et Ross, R. «Financial Incentives and Drug Spending in Managed Care.» *Health Affairs*. Vol. 18, No. 2 (mars/avril 1999).
- Hong, S.H., et Shepherd, M.D. «Outpatient Prescription Drug Use by Children Enrolled in Five Drug Benefit Plans.» *Clinical Therapeutics*. Vol. 18, 3 (1996).
- Hughes, David. «General practitioners and the new contract: promoting better health through financial incentives.» *Health Policy*. Vol. 25, No. 1 (1993), p. 30-50.
- Hux, J. et Naylor, C.D. «Drug Prices and Third Party Payment: Do they influence Medication Selection?» *PharmacoEconomics*. Vol. 5, No. 4 (1994), p. 343-350.
- Liebowitz, Manning et Newhouse. «The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing.» *Social Science and Medicine*. Vol. 21, No. 10 (1985), p. 1063-1069.
- Lindsey, Robin et Douglas S. West. *National Pharmacare, Reference-Based Pricing, and Drug R & D: A Critique of The National Forum on Health's Recommendations For Pharmaceutical Policy* (Edmonton, AB: Institute for Pharmaco-Economics). Working paper 98-3, 1998.
- Martin, Michel. «Quebec employs user-pay philosophy in launching drug-insurance plan.» *Journal de l'Association médicale canadienne*. 1996 155, p. 1604-1605.
- Morgan, Steve. «Quebec's drug insurance plan: a prescription for Canada?» Discussion Paper HPRU 98:2d (Vancouver, BC: University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit). Février 1998.
- Newhouse, Joe and the Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. (Cambridge MA: Harvard University Press) 1993.
- Ordre des pharmaciens du Québec. *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales à propos de la problématique des coûts et de l'utilisation des médicaments au Québec*. 5 mars 1996.



- Ordre des pharmaciens du Québec. *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales à propos du projet de loi 33 – Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*. 3 juin, 1996.
- Protecteur du citoyen, Assemblée nationale du Québec. *27e Rapport annuel 1996-97: Pour un État responsable*. 1997. Accès au <http://www.ombuds.gouv.qc.ca/> le 23 février 1999.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). *Rapport d'activités – Régime général d'assurance médicaments 1996-1997*. 1997.
- Rhéault, Sylvie. *La gestion des coûts des médicaments au Québec: Évaluation des interventions gouvernementales québécoises et canadiennes*. Document de support, Direction de la Recherche et de l'Évaluation. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Avril 1998.
- Ryan, M., et Yule, B. «The way to economic prescribing.» *Health Policy*. Vol. 25, No. 1 (1993), p. 25-38.
- Soumerai, S.B., Ross-Degnan, D., Avorn, J., McLaughlin, T.J., Choodnovskiy, I. «Effects of Medicaid drug-payment limits on admissions to hospitals and nursing homes.» *New England Journal of Medicine* Vol. 325, No. 15 (10 oct. 1991) p. 1072-1077.
- Smith, D.G. «The Effects of Copayments and Generic Substitution on the Use and Costs of Prescription Drugs.» *Inquiry*. Vol. 30, p. 189-198.
- Smith, D.G., et Kirking, D.M. «Impact of Consumer Fees on Drug Utilization.» *PharmacoEconomics*. Vol. 2, No. 4 (1992), p. 335-342.
- Stuart, B., Grana, J. «Ability to pay and the decision to medicate.» *Medical Care*, Vol. 36, No. 2 (fév. 1998), p. 202-211.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Mayo, N., Abrahamowicz, M., Mallet, L., Grad, R., McLeod, P., Huang, A., Latimer, E., Hurley, J., Larochelle, P., Perreault, R., Assal, E., Reid, T., et Scott, S. «Évaluation de l'impact du Régime général d'assurance médicaments.» Rapport présenté au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Décembre 1998.
- Waldo, D.R. «Estimating the cost of a Medicare outpatient prescription drug benefit.» *Health Care Financing Review*. Vol. 15, No. 3 (printemps 1994), p. 103-112.
- Weiner, J.P., Lyles, A., Steinwachs, D.M., et Katherine Hall, K.C. «Impact of Managed Care on Prescription Drug Use.» *Health Affairs* Vol. 10, No. 1 (printemps 1991), p. 140-154.

## □ Notes

1 La définition de «coassurance» dans cette étude correspond à celle employée dans notre rapport; la franchise est la contribution payée annuellement par individu ou par famille.

2 Dans ce programme, le patient porte une carte, ce qui allège le fardeau administratif (il n'a pas besoin de garder ses reçus, etc.). Il n'y a aucune restriction par liste de médicaments ni de limite au nombre d'ordonnances exécutées.

3 D'un groupe de 6 502 personnes âgées, 4 508 ont répondu à des questions sur leurs caractéristiques démographiques, leur état de santé, leur assurance et leur consommation de médicaments pendant une période de deux semaines. Les taux de consommation de médicaments ont été comparés et justifiés contre les taux obtenus dans le National Medical Expenditure Survey.

4 Par exemple, des contrôles pour le revenu, le nombre de médecins, le nombre de nouvelles demandes de bénéfiques pour maladie ou pour invalidité (comme indication de morbidité), et l'emploi d'une liste de médicaments.

5 Le Régime général d'assurance médicaments au Québec, implanté en deux étapes à partir du 1<sup>er</sup> août, 1996, a d'abord exigé une plus grande participation financière de la part des bénéficiaires d'anciens programmes d'assurance médicaments (personnes âgées et prestataires de la sécurité du revenu) et, par la suite, a rendu obligatoire l'assurance médicaments pour tous les résidents de la province pour la couverture de tout médicament inscrit sur la «Liste des médicaments» [Morgan, 1998].

6 Les données portaient sur l'admissibilité au régime des participants, leur niveau de scolarité, leur régime d'assurance-revenu, leur consommation de médicaments, leur utilisation des services de santé (visites médicales ambulatoires, hospitalisation, admission en CHSLD) et les décès.

7 D'après l'étude, ce sont «les femmes, les personnes plus âgées, et les personnes à niveau inférieur de scolarisation et d'éducation qui avaient tendance à consommer plus de médicaments.»

8 L'arrêt des corticostéroïdes peut entraîner «... de graves conséquences pour la santé du malade et peut rendre nécessaire, dans certains cas, une visite à l'urgence ou une hospitalisation pour l'asthme décompensé.»

9 Au début de l'étude, en 1988, la coassurance était de 5,00 \$ US par ordonnance. En 1989, la part du malade a été augmentée jusqu'à 8,00 \$ pour les génériques ou 10,00 \$ pour les médicaments brevetés. Ces coassurances ont été augmentées à 10,00 \$ et 15,00 \$ respectivement au début de 1993. Un an après, les bénéfiques pharmaceutiques de ce programme ont changé d'une façon radicale avec l'introduction d'une coassurance de 50 % du paiement permis par ordonnance, jusqu'à un plafond de 50,00 \$ par ordonnance.

10 La majorité des participants habite l'État d'Oregon où une loi adoptée en 1979 permet au pharmacien de substituer à un médicament breveté un médicament générique. La loi a été révisée à plusieurs reprises après 1983, mais de manière restreinte. Voir *Oregon Revised Statutes* 689.515.

11 Ces chercheurs définissent de façon assez large les mots «discrétionnaire» et «essentiel» en termes de catégorie thérapeutique: les médicaments essentiels seraient les anti-hypertenseurs, les agents cardiaques, les agents diabétiques et les agents thyroïdes. Les médicaments discrétionnaires seraient les analgésiques, les AINS, les produits contre le rhume et le toux, et les relaxants musculaires squelettiques. Il paraît que, dans le concept de cette étude, le soulagement de la douleur est considéré comme non essentiel.

12 Les chercheurs ont aussi examiné en particulier les consommateurs de médicaments pour le traitement de six maladies chroniques – maladie mentale, problèmes cardiaques, asthme, risque d'embolie, épilepsie, diabète. Des réductions de consommation dans toutes les catégories chez les personnes âgées ainsi que chez les prestataires de la sécurité du revenu ont été associées au régime. Pour les personnes âgées, la réduction de la consommation de médicaments a été associée à 340 événements indésirables supplémentaires (hospitalisations, admissions en CHSLD ou décès) pour les personnes souffrant d'une maladie mentale et à 982 événements indésirables supplémentaires pour les personnes souffrant des cinq autres conditions observées. Pour les prestataires de la sécurité du revenu, on a observé 1 276 événements indésirables supplémentaires associés à une réduction de la consommation de médicaments pour les maladies mentales et 973 de tels événements associés à une réduction de la consommation de médicaments pour les autres maladies chroniques étudiées.

13 Les médecins étaient encouragés à prescrire des produits génériques lorsque cela s'avérait approprié et ils ont reçu des rapports sur leurs résultats. Les médecins dont les habitudes de prescription différaient de celle de leurs pairs ont été encouragés à les modifier.

14 Les contributions pour les visites au médecin ont aussi réduit les dépenses pour médicaments, mais à un moindre degré. Ce résultat est significatif pour les populations du plan APi ainsi que du plan à réseau-HMO.

15 Puisque les effets des franchises et des plafonds de contribution ont été moins étudiés que les modalités plus répandues de contribution et de coassurance, des conclusions sur ces aspects du partage des coûts ne sont pas appuyées, pour la plupart, par des preuves empiriques.