



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

La politique du médicament

**Mémoire présenté à la
Commission parlementaire des affaires sociales**

4 février 2005

«La mission du Collège des médecins est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois».

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter le résultat de ses réflexions relativement au document intitulé *La politique du médicament* rendu public le 16 décembre dernier.

Nous saluons le dépôt de cette politique qui se faisait attendre et dont la mise en place était déjà requise par la Loi instaurant l'actuel Régime général d'assurance médicaments (RGAM) en 1997. L'augmentation du coût des médicaments et de leur utilisation menace de plus en plus la survie même du régime et rend urgente l'adoption d'une telle politique pour sauvegarder l'objectif principal : que tous les Québécois aient accès aux médicaments dont ils ont besoin. Tous reconnaissent, y compris le Collège des médecins du Québec, que le RGAM est un acquis social important du Québec et qu'il faut le préserver. Dans sa politique, le gouvernement soumet 34 propositions s'articulant autour de quatre axes : l'accessibilité aux médicaments, le prix juste et raisonnable, l'utilisation optimale des médicaments et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique. Arriver à concilier ces différents objectifs constitue un véritable tour de force. Aussi, certains verront dans ce projet la tentative, un peu utopique, de faire converger des intérêts divergents voire conflictuels. Nous y voyons plutôt un défi qu'il est encore possible de relever; mais c'est à la condition de se donner un objectif principal commun et de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun.

Sauvegarder le Régime général d'assurance médicaments

La tentation pourrait être forte de vouloir renoncer à l'objectif de départ, ce qui serait une erreur. La hausse des coûts des médicaments et la disponibilité de nouveaux produits ne s'arrêteront pas du simple fait que nous puissions remettre en question l'idée d'un régime général d'assurance, bien au contraire.

Lors de la création du RGAM, le Collège des médecins du Québec avait exprimé son accord avec les principales caractéristiques du régime : une accessibilité générale aux médicaments avec une attention toute particulière aux plus démunis, un financement mixte (privé/public) et l'appel à une certaine contribution des usagers. Tout en réaffirmant la nécessité de préserver l'indépendance professionnelle des médecins, le Collège suggérait des moyens pour favoriser leur collaboration. Lors des réévaluations du régime réalisées en 2000 et en 2002, nous commençons toutefois à percevoir un certain sentiment d'impuissance quant au contrôle des prix dans un libre marché. Dans ses mémoires de l'époque, le Collège exprimait déjà ses préoccupations face à la perspective que le contrôle des coûts se fasse à coup de mesures administratives davantage axées sur des objectifs comptables que sur la qualité des services. Heureusement, la qualité des services est une idée qui a quand même fait son chemin et que l'on retrouve maintenant sous le thème de «l'utilisation optimale des médicaments».

Choisir comme axe principal d'intervention l'utilisation optimale des médicaments

Il est intéressant de constater que les quatre axes proposés reprennent, dans leur séquence, l'historique du régime. Celui-ci est né en 1997 de la volonté de rendre universelle l'accessibilité des médicaments à la population. Cependant, l'augmentation constante de l'utilisation et du coût des médicaments a rendu nécessaires les ajustements législatifs de 2000 qui permettaient de hausser la contribution des usagers

tout en gelant le prix des médicaments. La notion d'une utilisation optimale des médicaments est apparue plus tardivement. Mais elle constitue maintenant, selon nous, la seule voie d'avenir. D'autant plus que le gel des prix ne peut durer.

Dans cette perspective, et ce sera notre première et principale suggestion, nous croyons qu'une hiérarchie s'impose parmi les axes proposés et que les trois autres axes doivent être assujettis à celui de l'utilisation optimale des médicaments.

Voilà en effet un objectif mobilisateur qui peut rallier tous les acteurs, comme l'a démontré le colloque tenu sur ce thème en mai 2004 à Québec. Que cela soit dit clairement : pour faire face à l'augmentation inévitable du coût du RGAM, il faudra beaucoup plus qu'une opération comptable, un gel des prix, une liste de médicaments et un contrôle administratif du médecin prescripteur. Cette responsabilité doit être partagée et assumée par tous, et elle doit être basée sur une logique qui respecte à la fois les données scientifiques, les besoins individuels et le bien commun.

On le dit dans le document de consultation, l'utilisation optimale des médicaments ne concerne pas seulement les professionnels qui les utilisent, elle concerne également les compagnies qui les produisent, les gestionnaires qui les paient et, finalement, les patients qui les consomment. En fait, l'utilisation optimale des médicaments est la seule issue possible pour tous les acteurs, même si ceux-ci ne le réalisent pas toujours :

- Pour le professionnel, cette approche centrée sur la qualité de la prescription est encore le meilleur moyen d'aider un patient;
- Pour l'industrie, l'utilisation optimale des médicaments pourrait être vue comme un mécanisme d'assurance-qualité après leur mise en marché, et une opportunité pour rendre disponibles les résultats de la recherche et de l'innovation;

-
- Pour le gouvernement et le gestionnaire, une utilisation optimale pourrait permettre de dégager la marge de manœuvre budgétaire nécessaire à la viabilité du régime et à l'intégration des nouveaux médicaments, tout en améliorant l'efficience et l'efficacité et en réduisant, notamment, les coûts associés aux effets secondaires des médicaments;
 - Pour la population, cela signifie l'obtention des effets attendus des médicaments et une réduction des effets indésirables liés à une mauvaise utilisation, sans parler du maintien de l'accessibilité aux médicaments.

L'utilisation optimale est en fait un objectif qui devrait permettre d'atteindre les trois autres : l'accessibilité aux médicaments vraiment requis, le contrôle des coûts en fonction d'objectifs de santé, et le dynamisme de l'industrie pharmaceutique en tant que partenaire social.

Agir en impliquant tous les acteurs, dont les médecins

Qu'il soit d'abord clairement établi que ce n'est pas parce que le médecin prescrit des médicaments qu'il est la source des problèmes auxquels le régime est confronté. Peut-être existe-t-il des préjugés à cet égard?

Le médecin prescripteur doit se préoccuper non seulement de la santé de son patient mais aussi de celle de la population dans son ensemble. À cet égard, il fait partie de la solution et doit être supporté dans son rôle.

S'il y a place pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments, ce sont d'abord aux ordres professionnels, dont le Collège des médecins du Québec, qu'incombe cette responsabilité.

Nous aborderons maintenant plus en détail les propositions soumises sous l'angle professionnel qui est toujours celui que privilégie le Collège des médecins du Québec. Dans la mesure où l'utilisation optimale des médicaments offre une perspective unificatrice, nous traiterons d'abord de cet aspect.

L'utilisation optimale du médicament

- Le Conseil du médicament et la Table de concertation sur l'utilisation optimale du médicament

Les propositions 17 et 18 portent sur les rôles respectifs du Conseil du médicament et de la Table de concertation sur l'utilisation optimale du médicament.

Nous devons exprimer notre profonde insatisfaction quant au rôle actuellement joué par la Table de concertation sur l'utilisation optimale du médicament et sur ses relations avec le Conseil du médicament. L'expérience a démontré à plus d'une occasion que le Conseil du médicament, soit ne consulte pas, soit ne tient pas compte des avis de la Table de concertation. En effet, celle-ci n'a pas été consultée, par exemple lorsque le médicament Advair a été retiré de la Liste de médicaments, pas plus que ne l'ont été les médecins cliniciens susceptibles de prescrire ce médicament.

À d'autres occasions, le Conseil du médicament n'a tout simplement pas tenu compte des avis exprimés à la Table de concertation, à commencer par la définition même de l'utilisation optimale des médicaments que l'on retrouve dans la politique et qui avait fait l'objet d'une recommandation unanime de la Table demandant de déplacer les éléments de coûts et de ressources à la fin de la définition. La Table était alors d'avis que les valeurs des patients et les valeurs sociales avaient

prépondérance sur les coûts et les ressources disponibles. Le Conseil du médicament n'a pas retenu cette recommandation unanime. À propos de cette définition, nous constatons qu'elle se situe, en effet, dans une perspective populationnelle qui ne tient pas compte des intérêts toujours particuliers des patients. L'utilisation optimale des médicaments devrait justement permettre la difficile conciliation des intérêts particuliers et collectifs de la population.

Une telle attitude de la part du Conseil du médicament a considérablement refroidi l'enthousiasme de plusieurs médecins appelés à collaborer. Il y a là un contentieux à régler.

Selon nous, la responsabilité de l'utilisation optimale du médicament ne peut être confiée au Conseil du médicament puisqu'elle relève aussi d'autres acteurs dont, au premier titre, les ordres professionnels.

Le Conseil du médicament doit bien sûr s'en préoccuper, particulièrement dans l'établissement de la Liste de médicaments, mais il ne peut certainement pas le faire seul, surtout que la politique propose de lui confier certains mécanismes de contrôle professionnels. Si le gouvernement souhaite confier la responsabilité d'assurer l'utilisation optimale des médicaments au Conseil du médicament, en plus de la mise à jour de la Liste de médicaments, il devra lui imposer un cadre l'obligeant à demander des avis aux autres acteurs, notamment à la Table de concertation, où les sociétés savantes et les ordres professionnels sont représentés, et à tenir compte de ces avis dans ses décisions. Les décisions du Conseil du médicament ne sont pas à ce point urgentes qu'elles ne puissent faire l'objet de consultations préalables des principales personnes concernées.

D'ailleurs, la volonté ministérielle semble aller dans le sens de faire de la Table de concertation le forum privilégié en matière d'utilisation optimale des médicaments. Leurs perspectives étant différentes, tous les acteurs devraient, selon nous, s'y retrouver, y compris la population. Voilà pourquoi nous proposons d'y nommer un représentant du public.

- L'intention thérapeutique et le profil de prescription

Dans la proposition 19, on avance en bloc plusieurs moyens devant favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Nous aimerions y apporter quelques précisions.

Depuis plusieurs années, l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec entretiennent, par le biais d'un comité conjoint, des relations formelles permettant des échanges sur des sujets d'intérêt commun. Depuis l'adoption, en 2002, du projet de loi n^o 90 modifiant le *Code des professions* et d'autres lois, les relations entre professionnels dans le domaine de la santé se réaménagent. C'est dans ce cadre que le Collège des médecins du Québec a inscrit dans son projet de règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, une disposition visant à ce que ce dernier indique, s'il le juge à propos, l'intention thérapeutique sur son ordonnance à l'intention du pharmacien. Il s'agit là, en effet, d'un moyen pouvant permettre une meilleure collaboration interprofessionnelle et une meilleure utilisation des médicaments. Mais cette pratique doit être faite à l'intérieur de certaines balises précises, pour ne pas nuire aux patients. Il faut d'ailleurs distinguer cette proposition concernant le travail interprofessionnel, d'une autre proposition qui voudrait confier aux pharmaciens la responsabilité de réviser tout le profil médicamenteux d'un patient. Nous sommes encore loin d'en être rendus là dans nos discussions avec les pharmaciens.

L'utilisation des profils de prescription des médecins soulève une toute autre question. Il s'agit ici de l'évaluation et de la surveillance de la qualité de l'acte professionnel des médecins, un domaine qui relève entièrement de la responsabilité du Collège des médecins du Québec. Le profil de prescription est un outil qui peut être utile dans l'évaluation de la qualité des activités professionnelles d'un ou de plusieurs médecins. Notre expérience a toutefois démontré que, pour être efficace, cet outil ne doit pas être utilisé isolément. Le profil doit être interprété adéquatement et jumelé aux autres activités de développement professionnel déjà sous l'égide du Collège des médecins du Québec. À notre avis, l'utilisation des profils de prescription ne relève pas de la responsabilité du Conseil du médicament; leur diffusion, encore moins.

▪ La circulation de l'information

Par contre, nous souscrivons entièrement aux propositions 21 et 22 qui visent à mettre en place les conditions permettant une meilleure transmission de l'information aux citoyens et une meilleure circulation de l'information entre les professionnels. Sur ce dernier point, nous exprimons à nouveau notre impatience : quand ces fameux «outils informatiques» annoncés depuis plus d'une dizaine d'années, seront-ils mis à la disposition des cliniciens?

Alors que le pharmacien a accès, depuis plusieurs années déjà, au profil de médicaments de ses clients par la base de données de la RAMQ, le médecin, lui, n'y a toujours pas accès. Combien de temps devons-nous encore attendre? Non seulement cette mise en réseau favoriserait-elle une utilisation optimale des médicaments et un bénéfice direct pour le patient, mais le seul accès à cette information pourrait générer des économies importantes en évitant les doubles ordonnances, par exemple.

- La formation

Nous souscrivons pleinement à la proposition 23 visant à inclure dans la formation des futurs professionnels de la santé une préoccupation pour l'utilisation optimale des médicaments. Pour nous, le défi est cependant plus large : il s'agit de mieux former les futurs médecins à la pharmacologie, alors que celle-ci se développe de façon extrêmement rapide et qu'elle demande des connaissances de plus en plus sophistiquées. Le Collège des médecins du Québec a déjà interpellé les facultés de médecine à cet égard et nous nous engageons à le faire de nouveau.

Nous sommes également favorables à la constitution d'un fonds de soutien à la formation professionnelle continue sur l'utilisation optimale du médicament, tel que décrit dans la proposition 24. Nous croyons cependant que la gestion de ce fonds devrait être confiée au Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ) où sont représentés les facultés de médecine, les fédérations médicales, le Collège des médecins du Québec et l'industrie pharmaceutique. Ce Conseil, donné en exemple dans la politique du médicament, s'est doté d'un code d'éthique et pourrait agir en partenariat avec les autres ordres professionnels concernés.

- L'utilisation optimale du médicament et l'industrie pharmaceutique

Les propositions 25 à 28 ont trait à la clarification des règles relatives à la contribution de l'industrie pharmaceutique à l'utilisation optimale du médicament, un sujet sur lequel nous reviendrons.

Disons tout de suite deux choses.

La première a trait aux programmes de gestion thérapeutique. Ceux-ci nous semblent l'outil à privilégier pour viser une utilisation optimale des médicaments qui intègre aussi les aspects cliniques. Le fait que ces programmes soient proposés par l'industrie soulève toutefois plusieurs questions, en particulier quant à la possibilité de conflits d'intérêts d'où la pertinence de préciser les conditions à respecter pour que ces programmes puissent être soutenus, comme le souhaite la proposition 25. Parmi ces conditions, on devrait au moins obtenir un avis favorable de la part de la Table de concertation sur l'utilisation optimale des médicaments.

La deuxième a trait aux pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques. Nous sommes heureux de voir reconnue, dans les propositions 26 à 29, la pertinence du *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue* récemment adopté par le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec et auquel ont souscrit les principales compagnies pharmaceutiques faisant de la recherche et du développement. Nous croyons que toutes les compagnies pharmaceutiques, y compris celles fabriquant des médicaments génériques, devraient adhérer à ce code d'éthique. Un des moyens pour le faire serait de rendre conditionnelle à l'adhésion du fabricant au code d'éthique, l'inscription d'un de ses médicaments à la Liste de médicaments.

Concernant la proposition 28, nous aimerions préciser que le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec n'a pas de comité d'examen des plaintes. Si une plainte est portée à son attention, elle est transmise au Comité de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec, qui en assure le suivi approprié.

L'accessibilité aux médicaments

- La Liste de médicaments

Nous souscrivons entièrement au principe énoncé dans les propositions 1 et 2 et voulant qu'une liste de médicaments, couverts par la partie publique du régime, soit établie à partir des données probantes démontrant leur valeur thérapeutique. Mais il est généralement admis que la valeur thérapeutique est difficile à établir.

D'une part, la valeur démontrée dans des essais cliniques ne correspond pas toujours à celle qui est obtenue dans les conditions réelles de la clinique, où plusieurs conditions particulières viennent interférer. Il suffit de penser au fait que les patients sont souvent porteurs de plusieurs pathologies, aux interactions médicamenteuses, à l'adhésion aux traitements, à la disponibilité de traitements alternatifs, aux traitements déjà essayés sans succès, etc. Quand un médecin doit faire un choix, ces éléments sont au moins aussi importants que le rapport coût/bénéfice.

Soulignons, d'autre part, l'existence de facteurs importants qui sont hors de la juridiction du gouvernement du Québec. Parmi ceux-ci, notons la difficulté d'évaluer la justesse du prix, c'est-à-dire la relation entre la valeur thérapeutique du médicament et son prix. À cela s'ajoutent les difficultés de juridictions intergouvernementales. Si l'homologation des médicaments au Canada relève du gouvernement fédéral, les gouvernements ont peu de pouvoir sur le prix de lancement d'un nouveau médicament.

Selon nous, le problème de la Liste de médicaments n'est pas simplement un problème de lourdeur administrative et de transparence quant aux décisions prises par le Conseil, comme le soulignent les propositions 3 à 5. Il s'agit plutôt d'améliorer

le climat de confiance entre les personnes concernées, en particulier les médecins qui ont à prescrire, pour favoriser leur participation, notamment par des mécanismes de consultation appropriés. Diffuser plus largement une décision qui n'a pas fait l'objet de consultation des principaux intéressés ne doit pas être le modèle de transparence recherché.

Au fond, nous pensons que la Liste de médicaments devrait, elle aussi, être assujettie à une logique d'utilisation optimale du médicament. Il faut sortir de la logique actuelle centrée sur le contrôle des coûts et des pratiques professionnelles et qui se traduit par une escalade des demandes d'exception au fur et à mesure que la Liste se restreint. Nous n'arriverons jamais à une utilisation optimale de cette façon.

La Liste de médicaments devrait pouvoir s'harmoniser aux guides de pratique professionnelle, et non l'inverse. Le rapport Montmarquette contenait d'ailleurs une recommandation en ce sens qui n'a jamais été appliquée. Il suggérait une inscription par classe de médicaments, et selon l'efficacité thérapeutique, en s'appuyant sur des conférences de concertation, et en établissant un modèle de remboursement différentiel visant la gestion préventive des maladies. L'accessibilité des médicaments est influencée négativement par un système de soins dont les composantes fonctionnent trop souvent en silos.

D'autant plus qu'en ce qui a trait à l'inscription sur la Liste, l'agenda, avouons-le, a été laissé en grande partie à l'industrie pharmaceutique. Est-il imaginable que le Conseil du médicament puisse identifier des besoins à combler et qu'il puisse passer des commandes avec des paramètres précis à l'industrie, plutôt que d'avoir une attitude passive et d'attendre que l'industrie fasse ses propositions?

Il est bien connu que la grande majorité des nouveaux médicaments mis en marché ne présentent qu'un gain thérapeutique marginal, pour un prix généralement plus élevé. Ce qui les destine nécessairement à la Liste de médicaments d'exception, qui ne cesse de s'allonger.

La proposition 6 relative aux listes de médicaments-établissements soulève d'ailleurs la question, importante, de l'harmonisation des critères servant à l'élaboration des listes de médicaments en établissement et dans la communauté. Récemment, un médecin a porté à notre attention le fait aberrant qu'un patient souffrant d'une maladie pulmonaire s'est retrouvé avec quatre pompes différentes à la suite d'hospitalisations. Les listes de médicaments dans l'établissement et dans la pharmacie communautaire étaient différentes et personne n'avait pris la peine de vérifier. Compte tenu du prix des pompes, une meilleure gestion de l'ordonnance aurait permis une économie significative pour ce seul patient. Cet exemple illustre éloquemment les graves problèmes de gestion et de circulation d'information dans le système.

- La recherche pharmaceutique et les établissements

Nous partageons les préoccupations exprimées relativement à l'accessibilité des médicaments utilisés pour des activités de recherche, une fois la recherche terminée, que ce soit en établissement ou en cabinet privé. Nous exprimons cependant quelques réserves sur les moyens suggérés dans la proposition 9 pour y répondre.

Nos réserves portent sur les deux derniers paragraphes de la proposition 9 relative à l'obligation des conseils d'administration d'informer le Ministère des activités de recherche visant les médicaments coûteux et d'informer les participants à des

activités de recherche des critères d'inscription utilisés par le Conseil du médicament. Ces deux solutions nous apparaissent peu fonctionnelles et difficilement applicables.

Déjà préoccupé par cette question, le Collège des médecins du Québec a inclus dans sa dernière révision du *Code de déontologie des médecins* en 2002, des obligations déontologiques spécifiques pour le médecin effectuant des activités de recherche, notamment quant aux «études cliniques de phase IV» en cabinet mentionnées dans la proposition. Nous comptons préparer un guide de pratique sur la recherche à l'intention des médecins, qui couvrira cet aspect et qui devrait aider.

Le prix des médicaments et les coûts du régime

Quoique nous reconnaissons ne pas être des experts en matière d'économie, il nous semble que l'utilisation optimale des médicaments oblige à s'intéresser à cet aspect. À notre grande surprise, le document n'émet aucune proposition quant à la fixation initiale des prix. Le fait que les prix soient fixés par l'industrie semble une réalité incontournable. Les experts ayant contribué au rapport Montmarquette considèrent eux aussi que la solution simpliste voulant que le gouvernement impose un prix aux compagnies pharmaceutiques est irréaliste, étant donné la faible taille du marché québécois. D'autant plus que le Québec applique délibérément une politique industrielle favorisant l'implantation des compagnies pharmaceutiques sur son territoire, précise ce rapport¹.

Si bien que seul un gel ou une indexation des prix semblent envisageables. Nous ne possédons pas l'expertise pour discuter correctement de cette question. Mais même en admettant que cela soit vrai, il nous semble qu'il ne faut pas jeter la serviette si rapidement. Rien n'empêche que le gouvernement, le MSSS plus particulièrement,

¹ *Ibid.*, p.57.

puisse exercer un certain contrôle des prix par le biais de la Liste par une inscription et un remboursement différentiel adapté aux besoins. Nous avons déjà noté que l'inscription à la Liste a un effet sur l'ensemble du régime. Or, cette possibilité a été écartée pour faire place à des ententes de partenariat de toutes sortes entre le MSSS et les compagnies pharmaceutiques (propositions 32 et 33). Nous ne comprenons tout simplement pas pourquoi.

A défaut de contrôler complètement les prix et les coûts, cette approche permettrait au moins de rechercher la meilleure qualité possible pour notre argent.

Nous comprenons, par ailleurs, que cette question implique l'ensemble du gouvernement et déborde de la juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle implique d'autres intérêts majeurs, notamment économiques. Sans vouloir faire abstraction de ces intérêts, il nous semble que c'est la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux de revendiquer et de défendre l'assujettissement des objectifs économiques, aux impératifs de qualité scientifiques et professionnels qui se retrouvent, nous le répétons, dans la recherche de l'utilisation optimale des médicaments.

Soulignons au passage un intérêt, mentionné dans la politique, à contrôler la marge bénéficiaire des grossistes à un maximum de 6 % (p. vii, 5^e paragraphe). Serait-ce un sujet tabou que de parler de la marge bénéficiaire des compagnies pharmaceutiques?

L'industrie pharmaceutique

Le désir de promouvoir une industrie pharmaceutique dynamique peut être une volonté légitime pour un gouvernement. Toutefois, nous ne croyons pas que cette responsabilité incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux. Celui-ci doit préciser son mandat qui se limite, selon nous, à gérer le RGAM, à promouvoir

l'utilisation optimale des médicaments, et à assurer aux patients l'accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Plutôt que de vouloir contrôler les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques pour qu'elles n'influencent pas trop les médecins (propositions 26 à 29), le ministère de la Santé et des Services sociaux pourrait, par exemple, identifier des cibles de recherche répondant mieux aux besoins de la population et ainsi, à défaut de l'empêcher complètement, au moins ne pas contribuer au développement de médicaments dont personne n'a réellement besoin. Le forum permanent mentionné à la proposition 34 pourrait servir à de telles fins.

Si la proposition 32 vise des objectifs louables, nous insistons pour dire que la formation professionnelle doit rester sous l'égide des ordres et des associations professionnels. Une Table de concertation sur l'utilisation optimale des médicaments mieux soutenue, conjointement avec le CEMCQ et d'autres partenaires, pourrait à cet égard apporter une contribution significative.

Enfin, mentionnons que la nécessité d'une véritable politique de la recherche, distincte du MSSS et relevant du ministère du Développement économique régional et de la Recherche, ou d'une autre instance gouvernementale, se fait de plus en plus sentir, comme en font foi les problèmes évoqués dans la proposition 9 et qui dépassent les juridictions du MSSS.

CONCLUSION

En résumé, le Collège des médecins du Québec :

- appuie le gouvernement dans sa volonté de prendre les mesures nécessaires pour préserver la pérennité d'un régime général d'assurance médicaments;
- recommande que l'objectif principal de la politique du médicament soit l'utilisation optimale du médicament et que les autres objectifs poursuivis d'accessibilité, de contrôle des coûts et de maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique y soient assujettis;
- souhaite que cet objectif primordial mobilise tous les intervenants à participer à sa réalisation et réaffirme la responsabilité première des médecins à cet égard;
- recommande d'impliquer davantage les médecins prescripteurs dans l'établissement de la Liste de médicaments du point de vue de l'utilisation optimale de ceux-ci;
- recommande de clarifier le mandat de la Table de concertation sur l'utilisation optimale du médicament pour en faire le véritable forum décrit par la politique et de préciser les obligations du Conseil du médicament envers cette Table;
- demande, à nouveau, la mise en place urgente des outils informatiques donnant aux médecins cliniciens accès aux informations pharmaceutiques concernant leurs patients;

-
- demande de maintenir la reconnaissance de la responsabilité exclusive des ordres professionnels en matière d'évaluation et de surveillance de la qualité de la pratique professionnelle, incluant l'utilisation de profils de prescription;
 - s'engage à interpeller les facultés de médecine pour rehausser les programmes de formation universitaire des étudiants en médecine en matière de pharmacologie, incluant l'utilisation optimale des médicaments;
 - soutient la création d'un fonds visant la formation professionnelle continue en matière d'utilisation optimale des médicaments et recommande qu'il soit géré par le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ), en partenariat avec les autres ordres professionnels concernés;
 - recommande que l'ensemble de l'industrie pharmaceutique et les autres professions de la santé adhèrent au *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*;
 - recommande que les mécanismes de mise à jour de la Liste de médicaments et les critères d'inclusion et d'exclusion soient revus et fassent appel aux avis de la Table de concertation sur l'utilisation optimale des médicaments;
 - recommande une meilleure harmonisation des critères permettant la constitution des listes de médicaments en établissement et dans la communauté;
 - souhaite la mise en œuvre d'une véritable politique de la recherche dans le domaine de la santé permettant de répondre de façon plus globale et plus intégrée aux questions soulevées par la recherche sur les médicaments.

Nous vous remercions de nous avoir permis d'exprimer l'opinion du Collège des médecins du Québec sur les propositions contenues dans la politique du médicament et sommes à votre disposition pour répondre à vos questions.