



PERSPECTIVES

DEMANDES DE L'OPQ

PAR FRANÇOIS-PIERRE GLADU, MD
 FPGMD@YAHOO.FR
 MÉDECIN DE FAMILLE
 PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES JEUNES MÉDECINS DU QUÉBEC (AJMQ)

CLARIFIER LES ENJEUX

L'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), qui représente pourtant les seuls éléments de la triade médecins-pharmaciens-infirmières en pénurie par rapport au reste du Canada, veut élargir le champ de pratique des pharmaciens pour pallier le problème d'accès aux médecins de famille. L'Ordre propose cinq amendements à la Loi qui, à l'Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ), nous apparaissent injustifiés et, même, délétères au réseau de la santé. Il importe donc de clarifier les problématiques pour choisir les solutions les plus pertinentes.

LA PÉNURIE DE MÉDECINS

Il existe en effet une pénurie ressentie de médecins de famille au Québec¹, mais elle n'est pas causée par une quelconque forme de laxisme contrairement à ce que certains véhiculent.

Les médecins de famille du Québec suivent en moyenne 800 patients chacun. Malgré les apparences, ils sont plus productifs que ceux du Canada et leur moyenne de 950 patients par médecin, car les médecins de famille d'ici passent 43 % de leur temps à l'hôpital contre 15 % en Ontario². Cet anachronisme provoque un hospitalocentrisme coûteux.

Investir dans le suivi en cabinet par le médecin de famille comme le fait la Colombie-Britannique se traduirait en une économie potentielle de 1,3 milliard \$³ en recours à l'hôpital et en médication évités. En douze mois, cela donnerait un médecin de famille à tous les Québécois. L'AJMQ le propose depuis plus de dix ans, mais il semble difficile pour le Conseil du Trésor de distinguer une dépense d'un investissement en santé : le Québec n'a donc pu

emboîter le pas aux meilleurs systèmes de santé.

Le traitement durable des problèmes d'organisation du réseau de la santé doit viser la cause, soit le sous-investissement en première ligne (3 % des dépenses de santé), et pas seulement les symptômes, comme l'OPQ tente si maladroitement de le faire.

LA DÉLÉGATION D'ACTE ET LA RÉMUNÉRATION

Le médecin en cabinet gagnerait en productivité s'il pouvait déléguer la partie la plus routinière d'une visite à un assistant sans pour autant renoncer à son revenu de pratique, un peu à la manière d'un spécialiste médical qui travaille avec une infirmière à la clinique externe de l'hôpital ou du dentiste en cabinet avec une hygiéniste. Un investissement dans les cabinets médicaux serait surtout utilisé pour mettre en place une organisation du travail hiérarchisée grâce à laquelle le médecin pourrait se concentrer sur le diagnostic et le traitement.

Les 1887 pharmaciens-propriétaires du Québec, soit le tiers des pharmaciens en officine, profitent, eux, d'un effet multiplicateur : ils peuvent engager des pharmaciens salariés qui peuvent chacun avoir quatre assistants, ce qui permet de maximiser l'utilisation des compétences de chaque membre de leur équipe. Les propriétaires demeurent payés par la RAMQ pour les actes de leurs employés. La disparité entre médecins et pharmaciens dans l'organisation du travail permise par la RAMQ ainsi que les pressions des chaînes de pharmacie pour accroître leurs parts de marché semblent sous-tendre les demandes des pharmaciens.



PHARMACIENS AU PRIVÉ, MÉDECINS AU PUBLIC?

Si l'hôpital accapare 43 % du temps des médecins de famille, et 60 %⁴ de celui de l'ensemble des médecins, seulement 20 % des pharmaciens y œuvrent⁵. Or, c'est là que se trouvent les patients les plus complexes, les plus gravement malades et, donc, les plus susceptibles de bénéficier des compétences uniques du pharmacien.

Là où le bât blesse, c'est que la hausse vertigineuse des revenus des pharmaciens-propriétaires depuis 15 ans⁶ leur a permis de créer une surenchère pour les pharmaciens salariés. Le gouvernement fédéral note que « le revenu d'emploi moyen des pharmaciens qui travaillent à temps plein et à l'année a augmenté [...] cinq fois plus rapidement que dans l'ensemble des professions entre 2000 et 2005 (80 % par rap-





PERSPECTIVES



La « guerre » est-elle officiellement déclarée entre les pharmaciens et les médecins du Québec?

port à 15 %⁷ ». Une surenchère que ne peut soutenir le réseau hospitalier sans déstabiliser toute la structure salariale des employés. D'où la pénurie sévère de pharmaciens en établissement, le peu de recrutement et le vieillissement des effectifs actuels.

Ce déséquilibre est aussi en partie responsable de la présence accrue de médecins de famille dans les hôpitaux du Québec, ceux-ci devant pallier l'insuffisance de la supervision pharmaceutique des interactions et des effets adverses. À quand les AMP pour les pharmaciens?

PRESCRIPTIONS, REPRESRIPTIONS ET GROS SOUS

À consommation égale de médicaments, le nombre de represcriptions au Québec est presque le double de celui du Canada.

Plutôt que de servir les ordonnances chaque mois, servir certains médicaments à usage chronique (contraceptifs, statines, Synthroid, etc.) à des patients fiables pour trois à douze mois permettrait de réaffecter aux services de santé plus de 500 millions \$. Il va sans dire qu'il faut aussi empêcher la possibilité pour le pharmacien de facturer trois actes de distribution pour la même visite pendant laquelle il sert trois mois d'un médicament, comme il peut le faire depuis 2007. Abolir les 16 % de ristournes que les pharmaciens reçoivent sur le 400 millions \$ de vente de médicaments génériques libérerait encore 60 millions \$. Enfin, acheter les génériques à l'échelle provinciale plutôt qu'à l'échelle des chaînes de pharmacies ferait économiser entre 200 et 250 millions \$⁸.

C'est donc plus de 800 millions \$ qui sont gaspillés en frais pharmaceutiques super-

flus chaque année. Ayons le courage de les rediriger intelligemment : la moitié dans les services médicaux de première ligne, le quart dans le maintien à domicile et la balance dans les mesures incitatives à la pratique du sport.

CE QUE L'OPQ VEUT, DIEU LE VEUT?

L'Ordre des pharmaciens propose de son côté de continuer à drainer de plus en plus de ressources du réseau de la santé vers les pharmacies d'officine. La logique de l'Ordre des pharmaciens, où l'on règle le sous-investissement en première ligne par le détournement des sources de financement, nous mène tout droit vers la non-participation des médecins à la RAMQ (le « privé » en santé) et la compétition tous azimuts entre les ordres. Voici leurs principales revendications :

- EFFECTUER UNE SUBSTITUTION DE MÉDICAMENTS ÉQUIVALENTS OU MODIFIER UNE ORDONNANCE DANS DES CAS DE CONDITIONS MÉDICALES STABLES.

La notion de médicament équivalent est loin d'être claire. Les effets thérapeutiques et adverses diffèrent sensiblement entre un médicament d'origine et un générique, et entre les médicaments d'une même classe.

Aussi, la prescription d'un médicament avec une interaction potentielle peut être justifiée malgré tout par l'absence de solution de rechange ou par un bénéfice qui dépasse l'inconvénient. Il est essentiel de comprendre le contexte de la prescription avant de la modifier : c'est pourquoi il est préférable que le pharmacien communique avec le médecin pour comprendre ledit contexte au lieu de modifier une prescription unilatéralement.

Ensuite, le médecin prescrit un traitement d'une durée précise justement pour être en mesure de réévaluer la condition clinique du patient avant que des événements graves se produisent. Or, sans compétence dans l'anamnèse et l'examen physique qui mènent au diagnostic, le pharmacien n'est pas en mesure d'évaluer la stabilité d'une condition médicale, ni la pertinence de prolonger une ordonnance au-delà de la période d'un mois qui est déjà prévue.

Il faut par contre imiter la Colombie-Britannique qui conventionne l'accès télé-





PERSPECTIVES

phonique et électronique du patient à son médecin. Aussi, les ordonnances collectives permettent aux infirmières des cabinets médicaux de renouveler la prescription en cas de besoin. Ces solutions sont préférables, car elles préservent la continuité des soins.

- **ADAPTER UNE ORDONNANCE EN FONCTION DU POIDS DU PATIENT OU DE SES ALLERGIES.**

La situation actuelle prévoit une discussion entre le médecin et le pharmacien pour valider d'une part l'allergie, sa gravité et les alternatives à l'ordonnance prescrite; et d'autre part, les raisons derrière un dosage qui apparaît hors norme.

En effet, il n'est pas rare que le médecin doive prescrire une dose plus forte pour traiter une condition particulièrement résistante ou grave. Le pharmacien qui abaisserait la dose en ne se basant que sur une estimation calculée de la fonction rénale, sans consulter le médecin, causera alors une complication et un recours à l'urgence. Enfin, l'estimation elle-même de la fonction rénale n'est pas fiable dans plusieurs circonstances cliniques, souvent insoupçonnées des pharmaciens, comme, entre autres, la déshydratation, l'amputation et, même, l'âge avancé.

- **CONTRIBUER À LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES SIMPLES COMME LES FEUX SAUVAGES OU LES ALLERGIES SAISONNIÈRES.**

Il y a un conflit d'intérêts inhérent à la prescription de médicament par celui qui les vend. Il y a là un intérêt à ignorer les mesures préventives non pharmacologiques, à vendre un traitement quotidien plutôt que ponctuel, ou encore à sélectionner un générique et à empocher une ristourne par la même occasion. Le Québec consomme déjà 22 % de plus de médicaments par habitant que le reste du Canada : pensons plutôt aux moyens d'en consommer moins.

Pour éviter l'achat de médicaments sans justification valable, on doit aussi réfléchir aux autres causes possibles du symptôme, ce que l'on appelle le diagnostic différentiel, diagnostic pour lequel le pharmacien n'est pas formé. Au lieu de permettre au pharmacien de résoudre à sa manière les problèmes simples, dépoussiérons plutôt la Loi sur l'assurance-maladie pour permettre au duo médecin-infirmière, qui ne

vend pas de médicaments, de fournir ces services.

- **DEMANDER DES TESTS DE LABORATOIRE POUR SURVEILLER L'UTILISATION DES TRAITEMENTS.**

Le résultat de laboratoire doit être interprété à la lumière des manifestations cliniques lors de la visite médicale du patient. Un médecin qui ne traiterait un patient que comme une accumulation de résultats de laboratoire perdrait son permis de pratique. Permettre au pharmacien de le faire pourrait causer des préjudices aux patients en diminuant la qualité de la médecine au Québec et en multipliant les coûts liés aux tests de laboratoire.

- **ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS AUX PATIENTS ET LEUR ENSEIGNER LA PRISE ADÉQUATE DE CES DERNIERS OU ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS POUR SOUTENIR LES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE**

Le pharmacien pourrait à la limite le faire, mais serait-il le meilleur pour cela? Le plus efficace? Engagerait-il des infirmières pour le faire, alors que les cabinets en manquent cruellement? L'administration des médicaments et l'enseignement prodigué par l'équipe médecin-infirmière d'un cabinet de première ligne demeurent préférables à l'administration et à l'enseignement faits par le pharmacien, car cette équipe prend aussi en charge les complications. C'est également le modèle privilégié par l'Organisation mondiale de la santé : le patient reçoit les services de première ligne à un endroit, ce qui assure la qualité et la continuité des services.

Ce que l'Ordre des pharmaciens revendique nous ferait tomber dans le modèle éclaté du système de santé américain, où les pharmaciens prescrivent des traitements et vaccinent des gens tandis que les médecins de la plupart des États peuvent vendre des médicaments. L'appropriation par les pharmaciens de responsabilités médicales provoquera une situation similaire à celle qui prévaut aux États-Unis : actes professionnels dédoublés, fragmentation des services, absence de continuité

des soins, surconsommation de tests de laboratoire et de médicaments et augmentation des hospitalisations. La part du PIB allant à la santé aux États-Unis s'en va croissant et s'élève à 16 %, alors qu'elle se maintient à 10 % au Canada.

Voulons-nous investir dans un rôle accru pour les pharmaciens-propriétaires ou dans les équipes de médecins et d'infirmières, que nous remanions depuis cinq ans? Avec un budget de la santé et des services sociaux difficile à contrôler et un réseau public de première ligne en reconstruction, les propositions des pharmaciens ne peuvent qu'empirer la situation. Si nous cherchons à maximiser les rendements de nos investissements en santé, la duplication de responsabilités n'est pas la solution.

Il serait bien plus responsable que le gouvernement contrôle la croissance du nombre de pharmaciens d'officine afin que les pharmaciens d'hôpitaux bénéficient de renforts pour mieux répondre aux besoins plus complexes des patients hospitalisés. Les déséquilibres engendrés par l'explosion des honoraires des pharmaciens-propriétaires depuis quinze ans ont assez duré.

Si la fragmentation des services de première ligne découlant des changements législatifs qu'ils proposent était effective, cela minerait les gains d'efficacité découlant de la collaboration interprofessionnelle et de la coordination des services et sur lesquels le réseau public de santé compte pour assurer sa pérennité.

Nous devons aller au-delà du message des lobbyistes des pharmaciens et prendre conscience de ce que ces revendications sous-tendent : plus de responsabilités et plus de parts de marché pour les grandes chaînes pharmaceutiques. C'est plutôt à travers le travail d'équipe, la complémentarité des rôles et la communication entre les professionnels que les investissements en santé seront les plus efficaces. Et surtout, c'est la raison d'État qui devra guider nos choix collectifs plutôt que la pression exercée par un lobby.

RÉFÉRENCES

- 1 La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec. <http://www.cfp.ca/content/53/11/1871.full>.
- 2 <http://www.cyberpresse.ca/place-publique/opinions/201103/02/01-4375378-des-prejuges-grossiers.php>.
- 3 Adaptation au Québec des bénéfices du General Practice Service Committee depuis 2003.
- 4 Estimé en fonction des données de facturation RAMQ pour la FMSQ.
- 5 http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3131.shtml et http://www.ciopf.org/fiches_des_pays/quebec.
- 6 La rémunération des pharmaciens du Québec. Santé inc., septembre 2010, p.14-15.
- 7 http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3131.shtml.
- 8 Bureau de la concurrence du Canada, 2009.

