

# Liste canadienne des médicaments essentiels

## Potentiel et incertitudes

Navindra Persaud MD MSc CCFP Haroon Ahmad MA

Un grand nombre de médicaments sont accessibles au Canada et un nombre encore plus important de Canadiens n'ont pas les moyens de se les procurer. Les formulaires provinciaux dressent la liste de milliers de médicaments remboursés pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale; le formulaire du Régime de médicaments gratuits de l'Ontario, par exemple, contient plus de 3800 médicaments<sup>1</sup>. La taille des formulaires pourrait contribuer aux coûts des médicaments, qui sont plus élevés que ceux dans des pays comparables<sup>2-4</sup>, et limiter l'accès aux médicaments: au moins 2,4 millions de Canadiens signalent ne pas se conformer aux traitements, en partie parce que la plupart d'entre eux n'ont pas d'assurance-médicaments publique ou privée<sup>5</sup>. Les longs formulaires pourraient aussi rendre plus probables les pénuries de certains produits<sup>6</sup>.

Nous résumons les expériences vécues avec des formulaires courts dans d'autres pays et discutons des implications possibles de l'adaptation de la Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour créer au Canada une courte liste des médicaments essentiels. Nous traitons essentiellement de l'adoption d'une courte liste de médicaments essentiels; d'autres enjeux généraux concernant un formulaire national dont on a discuté ailleurs<sup>7-9</sup> ne sont mentionnés que brièvement. Nous utilisons indifféremment les termes *liste* et *formulaire*. Idéalement, s'il est démontré, à la suite d'une évaluation rigoureuse, qu'une courte liste de médicaments essentiels est bénéfique, elle serait intégrée dans une stratégie nationale sur les médicaments. Autrement, elle pourrait être adoptée par les provinces, les territoires ou les établissements.

### Trop d'options thérapeutiques et de prescriptions inappropriées

Les prescriptions sous-optimales par les médecins canadiens pourraient s'expliquer, entre autres, par le grand nombre d'agents thérapeutiques disponibles, car il est difficile pour les cliniciens de connaître des milliers de médicaments<sup>10,11</sup>. Dans l'ensemble, 37% des patients canadiens plus âgés suivis par les soins primaires

reçoivent potentiellement au moins 1 médicament inapproprié<sup>12</sup>. Le diclofénac<sup>13</sup> représente 17% de tous les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) prescrits, même s'il est associé à un risque vasculaire additionnel accru par rapport à d'autres AINS, comme le naproxène, et s'il n'apporte pas de bienfaits par rapport aux autres<sup>14</sup>. Les cliniciens prennent de meilleures décisions et font moins d'erreurs lorsqu'ils prescrivent à même une courte liste de médicaments avec lesquels ils sont familiers<sup>10,15,16</sup>. Dans divers milieux de soins de santé, dont des centres d'accueil et des hôpitaux, il a été possible de réaliser des bienfaits en réduisant le nombre d'options thérapeutiques<sup>10,15,16</sup>. Le recours à une courte liste de médicaments a diminué de 81% le nombre de prescriptions de nylidrine, un vasodilatateur périphérique dont l'efficacité est appuyée par des données probantes limitées, dans les foyers de soins personnels au Manitoba<sup>10</sup>, et a réduit de 33%, dans un hôpital en Irlande, les prescriptions de céfotaxime, une céphalosporine de troisième génération, comme ordonnance de première intention<sup>16</sup>.

### Les courtes listes dans d'autres pays

Les courtes listes de médicaments en Suède et au Royaume-Uni (RU), de même que dans des milieux de soins gérés aux États-Unis, ont permis d'harmoniser les prescriptions<sup>7,11,17-20</sup>. En Suède, l'adoption de la Wise List (liste réfléchie), qui compte environ 200 médicaments, a réduit les variations régionales dans les habitudes de prescription, et ses recommandations ont été respectées par une proportion de 87% des centres de soins primaires<sup>7</sup>.

Des données probantes tirées d'études contrôlées et sans groupes témoins au R.-U. confirment que le recours local aux courtes listes du service national de la santé réduit les variations dans les prescriptions<sup>18</sup>. Par exemple, l'influence d'un formulaire en soins primaires à l'échelle d'un district sur 50 médecins de famille dans 11 cliniques urbaines et semi-rurales, dans le comté de Bedfordshire, en Angleterre, a été évaluée dans une étude contrôlée non randomisée<sup>17</sup>. Par rapport à d'autres médecins de famille du comté, le groupe à l'étude avait prescrit les médicaments à même le formulaire de manière plus appropriée dans une proportion statistiquement significative plus élevée dans 3 catégories thérapeutiques<sup>17</sup>.

Dans le service responsable de la santé des anciens combattants (VA) aux États-Unis, la mise en place d'une courte liste nationale des médicaments s'est traduite par

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2017;63:e204-6

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the April 2017 issue on page 266.

une hausse des ordonnances visant ces médicaments et on peut lui attribuer en grande partie une réduction de 8% du taux de prescriptions inappropriées par rapport à des organisations privées de maintien de la santé<sup>11</sup>.

### **De la liste de l'OMS à un formulaire canadien limité**

La Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS contient des médicaments qui répondent aux besoins en matière de santé de la majorité de la population<sup>21</sup> et pourrait servir de base à une courte liste canadienne de médicaments. En 1977, la première liste de l'OMS comptait 205 agents<sup>22</sup>; après avoir été révisée aux 2 ans, la 19<sup>e</sup> édition contient plus de 400 médicaments<sup>23</sup>. Au total, 117 pays ont adopté le concept des médicaments essentiels de l'OMS, y compris des pays à revenus élevés comme la Suède<sup>24</sup>.

### **Les effets potentiels d'une liste canadienne**

Une courte liste réduira le nombre de médicaments que les stagiaires et les cliniciens sont obligés de bien connaître. Les résidents en soins primaires sont débordés par la multitude de connaissances qu'ils doivent acquérir pour devenir des médecins compétents<sup>25</sup>, et les cliniciens ont de la difficulté à se tenir au fait des plus récentes informations médicales<sup>26</sup>. Les cliniciens trouvent plus facile de maîtriser et de prescrire un petit sous-ensemble de tous les médicaments disponibles, et ceux qui le font ont tendance à prescrire les médicaments de manière appropriée<sup>10,11,15,16,27</sup>. Certains hôpitaux utilisent déjà des courtes listes de médicaments essentiels. Une courte liste pourrait aussi faciliter l'élaboration de documents d'information sur les médicaments à l'intention des patients, quoique les effets d'une telle démarche ne soient pas connus.

### **Les difficultés d'adopter une courte liste**

Une courte liste de médicaments essentiels ne contiendrait pas certains traitements importants. Par exemple, la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS exclut les bisphosphonates, les traitements contre le cancer et les thérapies biologiques de fond pour des problèmes comme l'arthrite rhumatoïde, le psoriasis et les maladies inflammatoires de l'intestin. Les traitements coûteux et efficaces dont a besoin une proportion relativement faible de la population seraient financés par des initiatives comme le Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux.

Les patients pourraient hésiter à changer pour des médicaments inscrits sur la liste des médicaments essentiels si ceux qu'ils prennent déjà ne figurent pas sur la liste. Dans un sondage auprès de 714 bénéficiaires d'un régime de santé à Houston, au Texas, environ 70% des consommateurs croyaient qu'une courte liste de médicaments ou des formulaires limités encourageaient

la prescription de médicaments de qualité inférieure<sup>28</sup>. Dans de tels cas, une clause de droits acquis pour ces médicaments pourrait être utile; une telle approche a été adoptée pour le formulaire national de la VA<sup>29</sup>. Après une campagne de marketing échelonnée sur plusieurs années à Stockholm, en Suède, la majorité de la population sondée était disposée à demander au médecin de prescrire des médicaments sur la Wise List<sup>7</sup>.

Une courte liste de médicaments essentiels exclura de nombreux médicaments en faveur de 1 ou 2 dans une classe pharmacologique (p. ex. la plupart des AINS ne seront pas sur la liste). Certains médecins au Canada croient que même les longs formulaires publics existants vont à l'encontre des données probantes actuelles ou de l'expérience clinique. Ils pourraient trouver frustrant qu'un médicament qu'ils prescrivent actuellement et dont l'efficacité est étayée par des données probantes (p. ex. un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) ne soit pas sur la courte liste<sup>30</sup>.

Il faudra du temps et des efforts pour établir une courte liste de médicaments essentiels, fondée sur des données probantes, et pour s'assurer qu'elle demeure à jour. L'établissement du formulaire national de la VA a pris plus de 2 ans. On estime que l'établissement du formulaire de la VA a coûté 400 000\$ en 1995 et 1996, et 900 000\$ un an plus tard. Toutefois, de nombreux coûts ont été exclus de ces statistiques<sup>29</sup>, dont le temps consacré à mettre en œuvre et à gérer le formulaire à l'échelle locale, les dépenses de négociations avec les entreprises pharmaceutiques, les coûts reliés aux approvisionnements, les coûts additionnels de dotation locale, pour n'en nommer que quelques-uns<sup>29</sup>. Selon les estimations, le formulaire a permis d'économiser 100 millions\$ au cours des 2 premières années<sup>29</sup>. Nous ne savons pas combien il en coûterait au Canada pour établir et maintenir une courte liste de médicaments, ni même qui financerait l'initiative. Nous fondant sur les expériences réalisées ailleurs, nous estimons que le coût de l'établissement et du maintien d'une courte liste serait de l'ordre de millions de dollars et que les économies seraient d'au moins le double.

### **La nécessité d'une évaluation rigoureuse**

Si les effets de la mise en œuvre de courtes listes de médicaments sur le processus des soins ont été mesurés, ses répercussions sur les résultats en santé n'ont pas été rigoureusement évalués<sup>31</sup>. Avant la mise en œuvre généralisée d'une courte liste de médicaments essentiels, des études randomisées contrôlées pourraient être effectuées dans des populations où le non-respect de la médication en raison des coûts est fréquent. Si une courte liste de médicaments essentiels était adoptée au Canada, de grandes études observationnelles devraient servir à évaluer la prise en charge de certaines maladies, ses effets sur l'utilisation des soins de santé et

les résultats cliniques, y compris la mortalité. La courte liste de médicaments essentiels devrait être modifiée en se fondant sur les résultats de telles évaluations et sur les données probantes les plus récentes concernant les médicaments nouveaux et existants.

Le Dr Persaud est médecin membre du personnel du Département de médecine familiale et communautaire de l'hôpital St Michael's à Toronto, en Ontario, scientifique associé au Li Ka Shing Knowledge Institute de l'hôpital St Michael's et professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. M. Ahmad est assistant à la recherche au Li Ka Shing Knowledge Institute de l'hôpital St Michael's et étudiant en médecine à la Faculté de médecine Michael G. DeGroot de l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario.

#### Remerciements

Ces travaux ont été financés par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Unité de soutien à la Stratégie de recherche axée sur le patient de l'Ontario et une bourse en transposition des connaissances Graham Farquharson du PSI.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

Dr Navindra Persaud, courriel [nav.persaud@utoronto.ca](mailto:nav.persaud@utoronto.ca)

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

1. Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. *Ontario public drug programs. Formulary. Drugs funded by Ontario Drug Benefit (ODB) program*. Toronto, ON: ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 2014. Accessible à : [www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/odbf\\_mn.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/odbf_mn.aspx). Réf. du 25 août 2014.
2. Beall RF, Nickerson JW, Attaran A. Pan-Canadian overpricing of medicines: a 6-country study of cost control for generic medicines. *Open Med* 2014;8(4):e130-5.
3. Morgan SG, Daw JR, Law MR. *Rethinking pharmacare in Canada*. Toronto, ON: C.D. Howe Institute; 2013.
4. Gagnon MA. *A roadmap to a rational pharmacare policy in Canada*. Ottawa, ON: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers; 2014.
5. Law MR, Cheng L, Dhalla IA, Heard D, Morgan SG. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ* 2012;184(3):297-302. Publ. en ligne du 16 janv. 2012.
6. Eom G, Grootendorst P, Duffin J. The case for an essential medicines list for Canada. *CMAJ* 2016;188(17-18):E499-503. Publ. en ligne du 13 juin 2016.
7. Gustafsson LL, Wettermark B, Godman B, Andersén-Karlsson E, Bergman U, Hasselström J et coll. The "wise list"—a comprehensive concept to select, communicate and achieve adherence to recommendations of essential drugs in ambulatory care in Stockholm. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2011;108(4):224-33.
8. Reynolds DJ, Fajemisin O, Wilds S. Local formularies. *Br J Clin Pharmacol* 2012;74(4):640-3.
9. Mirza Z. Thirty years of essential medicines in primary health care. *East Mediterr Health J* 2008;14(Suppl):S74-81.
10. Yakabowich MR, Keeley G, Montgomery PR. Impact of a formulary on personal care homes in Manitoba. *CMAJ* 1994;150(10):1601-7.
11. Barnett MJ, Perry PJ, Langstaff JD, Kaboli PJ. Comparison of rates of potentially inappropriate medication use according to the Zhan criteria for VA versus private sector Medicare HMOs. *J Manag Care Pharm* 2006;12(5):362-70.
12. Morgan SG, Hunt J, Rioux J, Proulx J, Weymann D, Tannenbaum C. Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: a cross-sectional study. *CMAJ Open* 2016;4(2):E346-51.
13. McGettigan P, Henry D. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs that elevate cardiovascular risk: an examination of sales and essential medicines lists in low-, middle-, and high-income countries. *PLoS Med* 2013;10(2):e1001388. Publ. en ligne du 12 févr. 2013.
14. Coxib and Traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013;382(9894):769-79. Publ. en ligne du 30 mai 2013.
15. King MA, Roberts MS. The influence of the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) on inappropriate prescribing in Australian nursing homes. *Pharm World Sci* 2007;29(1):39-42.
16. Feely J, Chan R, Cocoman L, Mulpeter K, O'Connor P. Hospital formularies: need for continuous intervention. *BMJ* 1990;300(6716):28-30.
17. Hill-Smith I. Sharing resources to create a district drug formulary: a county-wide controlled trial. *Br J Gen Pract* 1996;46(406):271-75.
18. Duerden M, Millson D, Avery A, Smart S. *The quality of GP prescribing*. Londres, Angl: The King's Fund; 2011.
19. Huskamp HA, Epstein AM, Blumenthal D. The impact of a national prescription drug formulary on prices, market share, and spending: lessons for Medicare? *Health Aff (Millwood)* 2003;22(3):149-58.
20. Sales MM, Cunningham FE, Glassman PA, Valentino MA, Good CB. Pharmacy benefits management in the Veterans Health Administration: 1995 to 2003. *Am J Manag Care* 2005;11(2):104-12.
21. Organisation mondiale de la Santé. *The selection of essential drugs. Report of a WHO Expert Committee*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1977.
22. Howard NJ, Laing RO. Changes in the World Health Organization essential drug list. *Lancet* 1991;338(8769):743-5.
23. Organisation mondiale de la Santé. *WHO model lists of essential medicines*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2015. Accessible à : [www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en). Réf. du 2 mars 2017.
24. Organisation mondiale de la Santé. *National medicines list/formulary/standard treatment guidelines*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; [www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/en](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/en). Réf. du 8 déc. 2014.
25. Boulé R, Girard G. La résidence en médecine de famille. Difficultés et solutions. *Can Fam Physician* 2003;49:472-82.
26. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them. What's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician* 2008;54:234-5.e1-5. Accessible à : [www.cfp.ca/content/54/2/234.full.pdf+html](http://www.cfp.ca/content/54/2/234.full.pdf+html). Réf. du 2 mars 2017.
27. De Vries TP, Daniels JM, Mulder CW, Groot OA, Wewerinke L, Barnes KI et coll. Should medical students learn to develop a personal formulary? An international, multicentre, randomised controlled study. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64(6):641-6. Publ. en ligne du 13 mars 2008.
28. Sangsiry SS, Sikri S, Kawatkar A. Consumer knowledge and perceptions of formularies. *Manag Care Interface* 2004;17(1):21-6, 30.
29. Blumenthal D, Herdman R, rédacteurs. *Description and analysis of the VA national formulary*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
30. Suggs LS, Raina P, Gafni A, Grant S, Skilton K, Fan A et coll. Family physician attitudes about prescribing using a drug formulary. *BMC Fam Pract* 2009;10:69.
31. Lu CY, Ross-Degnan D, Soumerai SB, Pearson SA. Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: a critical review of the literature—2001-2007. *BMC Health Serv Res* 2008;8:75. Publ. en ligne du 7 avr. 2008.

\*\*\*