

L'accès aux médicaments par l'hospitalisation

Annie Wang Trudo Lemmens LL.Lic LLM DCL Navindra Persaud MD MSc CCFP

L'accès à des médicaments appropriés est un important déterminant de la santé¹. Le Canada est l'un des rares pays au monde où les patients externes paient généralement leurs médicaments, tandis que les médicaments administrés aux patients hospitalisés sont financés par le secteur public². L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, représentative sur le plan national, a révélé que 9,6% des gens signalent ne pas se conformer aux schémas thérapeutiques parce qu'ils ont de la difficulté à payer leurs médicaments; ce nombre est plus de 3 fois supérieur chez les personnes dans les tranches de revenu inférieures (35,6%)³. Le taux de non-conformité est plus élevé pour les médicaments plus chers, et il est plus probable que les patients fassent remplir leurs ordonnances s'il n'y a pas de frais⁴. Il est connu que l'accès gratuit aux médicaments améliore les résultats sur le plan de la santé et réduit la mortalité⁵.

En vertu des lois provinciales, les médecins dotés de privilèges hospitaliers identifient généralement les patients qui devraient être admis à l'hôpital en fonction du degré de soins dont ils ont besoin. Pour donner un accès à long terme aux médicaments, les médecins pourraient légalement admettre des patients à l'hôpital, administrer les médicaments, puis leur donner leur congé de l'hôpital jusqu'à ce qu'ils aient besoin de remplir à nouveau leur prescription. Ces patients n'occuperaient pas de lit à l'hôpital, mais ils auraient accès aux médicaments essentiels qu'ils ne seraient pas autrement en mesure de payer. Par exemple, un patient qui n'a pas d'assurance privée ni les moyens de payer ses traitements pour le diabète serait admis administrativement dans un hôpital, sans jamais y mettre les pieds, mais recevrait la metformine ou l'insuline de la pharmacie de l'hôpital.

Nous explorons les implications éthiques, professionnelles et juridiques de l'admission de patients externes à l'hôpital dans l'unique but de leur fournir des médicaments qui, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*⁶, doivent être administrés gratuitement aux patients hospitalisés. Nous concluons que cette pratique respecte les normes acceptées pour les médecins, de même que les lois fédérales et provinciales.

Politique canadienne sur les médicaments

La Commission Hall, en 1961, qui préconisait la mise

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2017;63:348-50

This article is also in English on page 344.

en place d'un système public de santé, recommandait aussi le financement public des médicaments⁷. La *Loi canadienne sur la santé*, adoptée en 1984, définit les critères et les conditions des soins de santé assurés pour tous les résidents canadiens. Parmi ces soins figurent les « services hospitaliers », notamment « les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital »⁶. La *Loi canadienne sur la santé* établit les services de santé externes, comme les consultations auprès d'un médecin, comme étant des services assurés, mais ces services n'incluent pas les médicaments pour les patients externes. Par conséquent, les médicaments financés à même les fonds publics durant l'hospitalisation sont un fardeau financier pour les patients qui ne sont pas admis à l'hôpital. Il n'existe pas de définition précise des services médicaux essentiels et, de ce fait, les provinces et territoires ont une large marge de manœuvre pour décider ce qui est assuré par les fonds publics.

La Saskatchewan a mis en oeuvre le financement public des médicaments pour des patients externes entre 1975 et 1987; à cette époque, la plupart des médicaments étaient pris pendant de courtes périodes pour des problèmes aigus⁸. Le Forum national de la santé de 1997 recommandait le financement public des médicaments d'ordonnance⁸. La même année, le Québec rendait obligatoire l'assurance-médicaments et exigeait que les personnes inadmissibles à l'aide sociale contractent une assurance privée. Il fixait aussi un seuil plafond des primes totales à payer par chaque personne pour être assurée et pour les frais annuels reliés aux médicaments⁹.

L'accès gratuit aux médicaments est actuellement offert à certains patients externes en fonction du revenu et de l'âge; des programmes provinciaux ou territoriaux fournissent des médicaments gratuitement ou moyennant une petite franchise aux patients qui reçoivent de l'aide sociale, à ceux qui répondent à certains critères selon le revenu et aux adultes plus âgés^{2,10}. Certaines provinces offrent une couverture « pour médicaments onéreux » en reliant les montants déductibles au revenu familial. En dépit de ces programmes, des millions de Canadiens ne prennent pas leurs médicaments en raison de leurs coûts³.

Rôles des médecins en tant que professionnels

L'un des nombreux efforts internationaux pour définir les principes du professionnalisme médical est l'ouvrage « Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter »¹¹, issu d'une collaboration américaine-européenne endossée par le Collège royal

des médecins et chirurgiens du Canada. Cette charte spécifie que le mieux-être du patient est son premier principe fondamental et que les exigences administratives ne doivent pas compromettre ce principe¹¹. La fourniture de médicaments par l'entreprise d'une admission à l'hôpital est un exemple de contournement des exigences administratives pour le bien-être du patient. La charte reconnaît aussi le rôle public important des médecins dans leur soutien à une gestion judicieuse et rentable des ressources cliniques limitées, mais elle relie ce rôle à une obligation de promouvoir la justice dans le système de santé, notamment la répartition équitable des ressources de la santé¹¹. Par l'intermédiaire d'une admission temporaire à l'hôpital, les médecins qui fournissent des médicaments aux patients à plus faible revenu travaillent activement à éliminer la discrimination dans les soins de santé¹¹, tout comme le préconise la charte.

Le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne intègre aussi la notion d'engagement premier envers le mieux-être du patient dans la responsabilité qu'a le médecin de favoriser une répartition équitable des ressources de la santé entre les patients¹². Les rôles CanMEDS du Collège royal insistent sur le rôle de fiduciaire qu'exerce un médecin à l'égard de ses patients et mentionnent que les médecins devraient défendre les intérêts de leurs patients en répondant à leurs besoins et à leurs problèmes en matière de santé dans le contexte de leurs soins¹³. On pourrait même prétendre que si un médecin croit qu'un patient ne peut pas se payer un médicament essentiel, ce médecin a un rôle de fiduciaire pour assurer que le patient reçoive le médicament nécessaire par n'importe quel moyen légal, y compris une admission temporaire à l'hôpital.

Certaines normes provinciales corroborent aussi cette position. Selon le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, les médecins ont l'obligation juridique, professionnelle et éthique d'accommoder chaque patient, parce que chaque personne a des besoins différents et exige des solutions différentes pour avoir un accès égal aux soins¹⁴. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique énonce des normes semblables et affirme qu'un accès approprié aux soins médicaux est une valeur fondamentale de la société canadienne et que cet accès devrait être donné de manière équitable à tous les patients, y compris ceux des populations vulnérables et marginalisées¹⁵. La fourniture de médicaments par une admission à l'hôpital répond aux besoins uniques des patients à plus faible revenu et assure ainsi un accès équitable aux soins.

Les médecins peuvent recourir à une admission à l'hôpital pour promouvoir le mieux-être des patients dans d'autres scénarios, même en l'absence d'une indication médicale directe. Par exemple, dans le cas d'une victime de violence grave d'un partenaire intime, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

demande aux médecins d'envisager l'admission à l'hôpital ou le report du congé si le danger est sérieux¹⁶.

Considérations juridiques et financières

L'admission de patients à l'hôpital dans le but de leur donner accès à des médicaments ne nuira pas à la santé, à la sécurité ou aux droits juridiques d'autrui. Ces patients n'occuperont pas de lit et, par conséquent, n'auront pas de répercussions sur d'autres patients hospitalisés et n'engendreront pas de coûts additionnels, sauf ceux des médicaments. Même si ces admissions pourraient avoir un impact sur d'autres employés de l'hôpital, l'étendue de ces répercussions est incertaine et devrait être mesurée pour en déterminer l'envergure.

Même si les lois provinciales prévoient que les médecins qui détiennent des privilèges hospitaliers ont le pouvoir d'identifier les patients qui devraient être admis en fonction du degré de soins dont ils ont besoin, les patients et les médecins pourraient hésiter à participer à une telle démarche. Le recours à une « faille » juridique pourrait être considéré comme une malhonnêteté. Les patients pourraient craindre des répercussions de la part du gouvernement, et les médecins pourraient appréhender des sanctions de leur ordre professionnel.

Chez les hôpitaux qui permettent l'admission de patients aux fins de leur fournir des médicaments, leurs coûts par jour par patient diminueront, alors que leurs dépenses totales augmenteront. L'établissement de budgets globaux continue d'être la méthode prédominante pour le financement des hôpitaux au Canada¹⁷; par conséquent, les hôpitaux dont les dépenses plus élevées dévient des budgets antérieurs sont désavantagés. Si les coûts quotidiens par patient moins élevés font paraître les hôpitaux plus efficaces, ces établissements devront en définitive récupérer leurs dépenses additionnelles auprès des gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont décidé de ne pas financer les médicaments des patients externes.


Les gouvernements provinciaux et territoriaux reçoivent du gouvernement fédéral un financement égal par habitant pour les soins de santé au moyen des paiements du Transfert canadien en matière de santé. Il est prévu que ces paiements seront augmentés à raison de 6% jusqu'à l'exercice 2016-2017, après quoi leur hausse suivra la moyenne mobile sur 3 ans du produit intérieur brut nominal¹⁸. La fourniture de médicaments aux patients externes sur une base limitée, sans faire aucun autre changement, augmenterait les dépenses provinciales et territoriales en matière de santé, ce qui pourrait exercer des pressions sur les relations entre les hôpitaux et les gouvernements provinciaux et territoriaux.

C'est pourquoi, à long terme, il sera nécessaire d'adopter une stratégie coordonnée d'assurance-médicaments; un tel régime augmentera aussi les dépenses gouvernementales, mais évitera de telles tensions. Selon les estimations, dans l'ensemble, un

programme public rigoureusement surveillé d'assurance-médicaments réduirait de 7,3 milliards\$ les dépenses totales en médicaments d'ordonnance au Canada¹⁹.

Assurance-médicaments et droits de la personne

Une stratégie coordonnée d'assurance-médicaments qui veille à un accès équitable aux médicaments essentiels relève des droits de la personne. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies considère qu'un accès équitable aux médicaments essentiels constitue une composante du droit à la santé, reconnu par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, dont le Canada est signataire²⁰. L'Organisation mondiale de la Santé a aussi insisté sur l'accès aux médicaments comme partie intégrante des droits de la personne¹. Même si le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels n'est pas directement exécutoire au Canada, l'accès équitable à des médicaments permettant potentiellement de sauver des vies pourrait être considéré comme une obligation en vertu des dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés qui portent sur l'égalité ainsi que sur la vie, la liberté et la sécurité de la personne.

Pour toutes ces raisons, nous appuyons la revindication d'un programme d'assurance-médicaments financé par le secteur public. Toutefois, entre-temps et en l'absence d'une action gouvernementale en faveur des droits de la personne, nous exhortons les cliniciens à respecter leurs obligations de fiduciaires et reliées aux droits de la personne envers les patients en utilisant tous les moyens légaux à leur disposition pour fournir aux personnes les médicaments essentiels. 

M^{me} Wang est étudiante en médecine à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, en Ontario. **M. Lemmens** est professeur et titulaire de la Chaire de recherche Scholl en droit et en politique de la santé à la Faculté de droit, et professeur à la Faculté de santé publique et au Centre conjoint de bioéthique à l'Université de Toronto. Le **D^r 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.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Annie Wang, courriel anniem.wang@mail.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. Organisation mondiale de la Santé [site web]. *Health and human rights*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2015. Accessible à : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en. Réf. du 16 mars 2017.
2. Santé Canada [site web]. *Health care system*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2014. Accessible à : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-eng.php. Réf. du 27 mars 2014.
3. 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.
4. Tamblyn R, Eguale T, Huang A, Winslade N, Doran P. The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care: a cohort study. *Ann Intern Med* 2014;160(7):441-50.
5. Choudhry NK, Avorn J, Glynn RJ, Antman EM, Schneeweiss S, Toscano M et coll. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2011;365(22):2088-97. Publ. en ligne du 14 nov. 2011.
6. *Loi canadienne sur la santé*. L.R.C. 1985 ch. C-6. Accessible à : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/TexteCompleet.html>. Réf. du 25 mars 2017.
7. Commission royale d'enquête sur les services de santé. *Provision, distribution and cost of drugs in Canada*. Ottawa, ON: Duhamel R, Imprimeur de la Reine; 1965.
8. Morgan SG, Daw JR. Canadian pharmacare: looking back, looking forward. *Healthc Policy* 2012;8(1):14-23.
9. Pomey MP, Forest PG, Palley HA, Martin E. Public/private partnerships for prescription drug coverage: policy formulation and outcomes in Quebec's universal drug insurance program, with comparisons to the Medicare prescription drug program in the United States. *Milbank Q* 2007;85(3):469-98.
10. Daw JR, Morgan SG. Stitching the gaps in the Canadian public drug coverage patchwork? A review of provincial pharmacare policy changes from 2000 to 2010. *Health Policy* 2012;104(1):19-26. Publ. en ligne du 5 oct. 2011.
11. American Board of Internal Medicine Foundation; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243-6.
12. Association médicale canadienne. *CMA code of ethics*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2004. Accessible à : www.cma.ca/Assets-library/document/en/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Code_of_ethics_of_the_Canadian_Medical_Association_Update_2004_PD04-06-e.pdf. Réf. du 16 mars 2017.
13. Sherbino J, Bonnycastle D, Côté B, Flynn L, Hunter A, Ince-Cushman D et coll. Health advocate. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, rédacteurs. *CanMEDS 2015 physician competency framework*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. Accessible à : http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf. Réf. du 16 mars 2017.
14. Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario. *Professional obligations and human rights*. Toronto, ON: Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario; 2015. Accessible à : www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Professional-Obligations-and-Human-Rights. Réf. du 16 mars 2017.
15. Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. *Professional standards and guidelines. Access to medical care*. Vancouver, CB: Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique; 2012. Accessible à : www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Access-to-Medical-Care.pdf. Réf. du 16 mars 2017.
16. Cherniak D, Grant L, Mason R, Moore B, Pellizzari R; IPV Working Group. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(4):365-418.
17. Sutherland JM. *Hospital payment mechanisms: an overview and options for Canada*. Ottawa, ON: Fondation canadienne de recherche sur les services de santé; 2011. Accessible à : www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Hospital_Funding_docs/CHSRF-Sutherland-HospitalFundingENG.sflb.ashx. Réf. du 16 mars 2017.
18. Ministère des Finances du Canada [site web]. *Canada health transfer*. Ottawa, ON: ministère des Finances du Canada; 2011. Accessible à : www.fin.gc.ca/fedprov/cht-eng.asp. Réf. du 16 mars 2017.
19. Morgan SG, Law M, Daw JR, Abraham L, Martin D. Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada. *CMAJ* 2015;187(7):491-7. Publ. en ligne du 16 mars 2015.
20. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. *General comment no. 14. The right to the highest attainable standard of health*. E/C.12/2000/4. Genève, Suisse: Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme; 2000.