



# GCCSS

Groupe canadien pour un consensus en soins de santé

Document de recherche numéro 1 • Novembre 2006

## La bonne nouvelle: les produits pharmaceutiques et le coût des soins médicaux

Julia Witt, Ph.D.

### Introduction

En mars 2004, l'économiste Gary Becker écrivait dans sa chronique du magazine *Business Week* qu'il est important d'avoir un système bien conçu d'assurance-médicaments intégré au régime d'assurance-maladie (2004, 32). Ce qui est remarquable de cette déclaration est que Gary Becker est l'un des membres les plus connus de l'école de l'université de Chicago qui sont probablement la quintessence des économistes partisans du libre marché. Ce n'est pas dans une chronique rédigée par un économiste de Chicago que l'on s'attend habituellement à trouver une incitation à l'expansion d'un programme gouvernemental.

L'argument de Becker s'appuie néanmoins sur de solides motifs d'ordre économique et s'applique tout autant au système public de santé du Canada qu'au régime d'assurance-maladie américain. Exprimé simplement, son argument est que grâce aux récents progrès de la pharmacologie, les médicaments sont souvent le moyen le moins coûteux de traiter une maladie. Gary Becker se reporte particulièrement à un article publié dans le *Journal of Clinical Psychiatry* qui révèle qu'entre 1990 et 2000, même si le coût annuel des antidépresseurs est passé de 385 \$ à 1319 \$ par patient, les coûts hospitaliers par patient ont chuté de 2738 \$ à 1217 \$ avec, comme résultat, que le coût total du traitement d'un patient a diminué, passant de 4072 \$ à 3309 \$ (toutes les sommes sont en dollars US; Greenberg et al. 2003, 1471).

*Les membres du Groupe canadien pour un consensus en soins de santé (GCCSS) ont uni leurs forces afin de constituer une tribune pour discuter de plans audacieux, réfléchis et pratiques pour une véritable réforme du système de santé et démontrer qu'il existe bel et bien un consensus naissant entre des observateurs convaincus de la nécessité de la réforme sur la direction que doit prendre une véritable réforme. Le GCCSS, sous l'égide de l'Atlantic Institute for Market Studies (AIMS), se compose de médecins praticiens, d'anciens ministres de la santé, d'anciens présidents de l'Association médicale canadienne et d'associations provinciales de médecins et d'hôpitaux, d'universitaires et de spécialistes en politique des soins de santé qui ont tous signé la Déclaration de principes.*

*Cet article fait partie d'une série de documents de travail préparés pour le GCCSS qui visent à contribuer à ce nouveau débat. Ces articles ne représentent pas la position officielle du Groupe et ne sont pas des documents de consensus; leur but est plutôt de servir de point de départ pour le débat, qui aura lieu en partie sur le site Web du Groupe ([www.consensusgroup.ca](http://www.consensusgroup.ca)). Les premiers articles traiteront de certains aspects du débat « public-privé », tandis que les suivants considéreront des questions soulevées dans le premier document officiel du Groupe.*

Nous n'avons pas l'habitude, au Canada, d'entendre parler d'économies de coûts réalisées grâce au traitement de maladies par des médicaments, une très grande partie du débat sur les politiques publiques portant sur l'augmentation du coût des médicaments et les différends quant à leur prix (voir, par exemple, Priest 2006). Par conséquent, nous avons eu tendance à perdre de vue les contributions que les progrès de la pharmacologie signifient au chapitre des soins médicaux. Des événements dramatiques, par exemple les premiers essais des vaccins contre la polio pendant les années 1950, sont largement oubliés tandis que des découvertes plus récentes - par exemple, le fait que les ulcères d'estomac peuvent être traités à l'aide d'antibiotiques plutôt qu'avec une combinaison de lait de beurre et la chirurgie - même dignes de recevoir un Prix Nobel<sup>1</sup> n'ont pas eu d'incidence directe sur le crédit du secteur des médicaments. Aucune entreprise pharmaceutique ne semble recevoir beaucoup de crédit pour les formidables progrès enregistrés par la pharmacothérapie du SIDA, notamment le développement récent d'un polymédicament qui permet aux personnes atteintes du SIDA de ne prendre qu'un seul médicament, une fois par jour (voir Pollack 2006). De fait, certains commentateurs ont exprimé des critiques implicites par rapport au développement de traitements améliorés pour le SIDA, disant s'inquiéter que cela ferait disparaître la crainte du VIH par le jeu de ce que les économistes appellent « l'effet du risque moral ».

Plusieurs facteurs interviennent ici. L'un de ces facteurs est que lorsque les gens pensent aux bénéfices des médicaments, ils se rappellent souvent d'événements comme la découverte de la pénicilline ou du vaccin contre la polio, qui ont eu une incidence sur l'ensemble de la population. Toutefois, les médicaments d'aujourd'hui sont beaucoup plus susceptibles de cibler des groupes spécifiques plutôt que l'ensemble de la population, ce qui tend à créer l'impression que le développement de médicaments stagne. En outre, de nos jours, une grande partie de l'investissement dans les produits pharmaceutiques vise à améliorer les effets indésirables des médicaments et la qualité de vie des patients, résultats qui n'ont pas la même large portée que la découverte, par exemple, du vaccin contre la polio.

Cependant, le plus important facteur qui limite la couverture médiatique des progrès de la pharmacologie est la façon dont le paiement des soins médicaux est structuré dans la plupart des pays. Résultat : le public entend beaucoup plus souvent parler de l'augmentation des coûts associés aux pharmacothérapies que des économies de coûts. Par conséquent, ce document discute de la façon dont l'augmentation de la couverture d'assurance-médicaments dans le système de santé publique peut faire épargner de l'argent grâce au traitement précoce des maladies, ce qui prévient les conséquences graves et coûteuses des maladies en phase avancée.

Il y a des preuves claires que l'utilisation de médicaments réduit les hospitalisations. Pourtant, malgré ces preuves, les médicaments sont souvent sous-utilisés à cause de leur coût. Par ailleurs, dans un régime de soins de santé où les budgets pour les médecins, les hôpitaux et les médicaments sont gérés séparément, il est difficile d'augmenter les dépenses au chapitre des médicaments, même si cela permettrait de réduire les coûts pour l'ensemble du système, parce qu'il faut justifier l'augmentation exclusivement dans le cadre du budget des médicaments. Ce qu'il faut, c'est une

<sup>1</sup> Le communiqué de presse qui accompagnait l'annonce que le Prix Nobel 2005 de physiologie ou de médecine à Barry J. Marshall et J. Robin Warren déclarait : « Les lauréats du Nobel de médecine ou de physiologie ont fait la découverte remarquable et inattendue que l'inflammation dans l'estomac (gastrite) ainsi que l'ulcère de l'estomac ou du duodénum sont le résultat d'une infection de l'estomac causée par la bactérie *Helicobacter pylori* ». Voir le site <[http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/2005/press.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2005/press.html)> (en anglais).

...  
l'augmentation  
de la  
couverture  
d'assurance-  
médicaments  
dans le système  
de santé pub-  
lique peut faire  
épargner de  
l'argent grâce  
au traitement  
précoce des  
maladies ...

approche plus holistique des soins de santé, approche en vertu de laquelle les budgets seraient combinés pour obtenir les meilleurs résultats possible sur le plan de la santé plutôt qu'une limitation des coûts à l'intérieur des budgets des secteurs individuels du système des soins de santé.

### Les avantages du traitement par médicaments

On peut avoir l'impression que les produits pharmaceutiques sont efficaces pour traiter les troubles de santé et pour améliorer les résultats. Cette impression est confirmée par des recherches solides. Par exemple, Miller et Frech (2002) ont, à l'aide de données internationales du début des années 1990, découvert qu'une augmentation de 10 pour cent de la consommation de produits pharmaceutiques augmente l'espérance de vie à 60 ans d'environ 6 pour cent et l'espérance de vie sans incapacité à 60 ans d'environ 9 pour cent. En d'autres mots, les médicaments ont un effet positif tant pour ce qui est de la durée de vie que pour la qualité de vie sur le plan de la santé. C'est sans surprise que Miller et Frech ont également découvert que les effets des produits pharmaceutiques varient en fonction de la maladie et de l'âge et que les plus grands bénéfices sont réalisés au chapitre des taux de mortalité à cause de maladies du système circulatoire.

Pour ce qui est de réduire les dépenses pour l'hospitalisation et d'autres soins de santé, les médicaments sont aussi très efficaces pour la gestion des maladies chroniques, quoique dans ce domaine, il serait possible de faire beaucoup mieux. Dans le contexte canadien, par exemple, Rachlis (2004) constate que plus de 70 pour cent des personnes souffrant d'hypertension artérielle et 60 pour cent des asthmatiques ne contrôlent pas adéquatement leur maladie, que 60 pour cent des diabétiques n'ont pas subi d'examen de la vue en 2003 et que plus de 20 pour cent des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive qui reçoivent leur congé de hôpital sont de nouveau hospitalisés dans les soixante (60) jours. Que ces situations soient dues au fait que les patients ne suivent pas la posologie de prise des médicaments à cause du coût des produits pharmaceutiques ou pour quelque autre motif, les maladies chroniques imposent un lourd fardeau économique au système des soins de santé - plus de 80 milliards de dollars par année selon l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada - et il est probable que beaucoup de leurs conséquences graves peuvent être prévenues grâce aux pharmacothérapies appropriées.

Le chercheur le plus productif dans ce domaine est sans doute Frank Lichtenberg de la Columbia University's Graduate School of Business. Lichtenberg a examiné les bénéfices des nouveaux produits pharmaceutiques sous de nombreux angles; nous faisons référence, ci-après, à certaines de ses études de coûts, mais nous mentionnons aussi plusieurs études dans lesquelles il examine les effets des médicaments sur l'espérance de vie. Dans un document (Lichtenberg 2002b), il souligne qu'aux États-Unis, entre 1960 et 1997, l'espérance de vie à la naissance est passée de 69,7 à 76,5 années. Il conclut que l'approbation d'un nouveau médicament a augmenté d'environ cinq jours en moyenne l'espérance de vie des personnes nées l'année de sa mise en marché et qu'en dollars d'aujourd'hui, il a fallu un investissement de 1345 \$US en recherche et développement dans le domaine des médicaments pour augmenter l'espérance de vie d'environ un an. Dans un rapport précédent (Lichtenberg 1998), il estimait que chaque nouveau médicament approuvé aux États-Unis entre 1970 et 1991 avait permis de sauver 11 200 vies pendant ces 21 années. Dans un rapport plus récent, Lichtenberg (2003), se fondant sur des données internationales, rapporte que de 1986 à 2000, l'espérance de vie moyenne des populations des pays de son échantillon a augmenté de près de 2 ans. Il affirme également que les lancements de nouveaux produits chimiques

sont à l'origine d'une augmentation de quelque 40 pour cent de la longévité.<sup>2</sup>

Ainsi, même s'il peut y avoir des débats quant aux avantages particuliers d'un médicament particulier - c'est-à-dire quant à la qualité de vie par rapport à la seule longévité - il ne fait aucun doute que les médicaments ont considérablement augmenté les taux de survie de personnes souffrant de certaines maladies.<sup>3</sup> Par contre, affirmer que les médicaments ont augmenté l'espérance de vie n'équivaut pas à dire qu'ils ont réduit le coût des soins de santé.

## Médicaments et coût des soins de santé

Il existe évidemment de nombreuses façons d'examiner la question des médicaments et du coût des soins de santé. Il y a ce qu'il est convenu d'appeler « l'analyse du rapport coût-efficacité » qui est une autre façon de demander si nous obtenons les meilleurs résultats possible pour l'argent dépensé pour acheter divers médicaments. L'analyse du rapport coût-efficacité examine, par exemple, l'effet d'un nouveau médicament sur les résultats en matière de santé et compare cet effet au coût du médicament. Les résultats en matière de santé sont souvent mesurés en années-personnes sans invalidité (APSI), mesure qui compare l'équivalent d'une année avec une maladie spécifique à une plus courte période en parfaite santé. À ce titre, les APSI mesurent l'amélioration de la qualité de vie due à un certain médicament mais ne reflète pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) - auparavant l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé - se sert de l'analyse du rapport coût-efficacité quand elle publie un rapport d'évaluation des technologies de la santé sur de nouveaux médicaments.<sup>4</sup>

Dans la plupart des cas, les études sur le rapport coût-efficacité concluent que les nouveaux médicaments améliorent le taux de survie ou la qualité de vie liée à la santé, ou les deux, par rapport à un traitement existant. Néanmoins, ces recherches concluent aussi, habituellement, que les nouveaux médicaments coûtent aussi plus cher; en d'autres mots, les nouveaux médicaments nous permettent d'améliorer les résultats du système des soins de santé mais les coûts totaux augmentent. La question qui se pose alors est la suivante : l'amélioration des résultats vaut-elle ce qu'elle coûte? Pour trancher la question, les études sur le rapport coût-efficacité définissent souvent un point limite quant à la somme qui devrait être dépensée par APSI gagnée. Cette somme tourne souvent autour de 50 000 \$ par APSI, ce qui implique que tout montant supérieur à 50 000 \$ par APSI gagnée est trop élevé. Cette approche présente toutefois, deux grands problèmes : en premier lieu, 50 000 \$ est un chiffre choisi arbitrairement; un autre montant aurait tout aussi bien pu être choisi. En second lieu, il est possible que l'analyse du rapport coût-efficacité ne prenne pas en considération tous les secteurs qui pourraient être touchés par un nouveau médicament. Par exemple, les améliorations à long terme des coûts d'hospitalisation, particulièrement si ce sont des coûts indirects, peuvent ne pas être reflétés dans le calcul des bénéfices d'un nouveau médicament.

<sup>2</sup> Il faut néanmoins rappeler que des progrès considérables ont été enregistrés dans le traitement des maladies cardiaques au cours de ces années; il sera probablement beaucoup plus difficile d'obtenir des bénéfices aussi importants à l'avenir alors que les développements se stabiliseront.

<sup>3</sup> Évidemment, les effets varient en fonction de la maladie - le cancer du poumon, par exemple, résiste obstinément à tout traitement.

<sup>4</sup> Voir le site <<http://www.cadth.ca/index.php/fr/hta/faq>>. Les lignes directrices de l'évaluation économique des médicaments peuvent être téléchargées de l'adresse suivante <[http://www.cadth.ca/media/pdf/186\\_economicguidelines\\_f.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/186_economicguidelines_f.pdf)>.

... il ne fait aucun doute que les médicaments ont considérablement augmenté les taux de survie de personnes souffrant de certaines maladies.

Beaucoup de nouveaux médicaments coûtent cher, cela ne fait aucun doute. Beaucoup de nouveaux médicaments contre le cancer - par exemple le bévacizumab (Avastin) et le cétuximab (Erbix) pour le traitement du cancer avancé du côlon - ont franchi les étapes nécessaires à leur approbation dans de nombreux pays. Pourtant, malgré leur efficacité prouvée, ces médicaments se sont heurtés à des analyses du rapport coût-efficacité qui affirment qu'ils ne valent pas nécessairement le coût d'achat par les programmes gouvernementaux d'assurance-médicaments. En effet, même les oncologues américains, dont on peut s'attendre à ce qu'ils accordent une moins grande pondération au facteur coût lorsqu'ils prescrivent ces médicaments, les considèrent comme n'offrant pas la meilleure valeur possible pour les fonds dépensés (voir Nadler, Eckert et Newmann 2006).

En même temps, ces nouveaux médicaments chers peuvent être traités injustement par la seule utilisation de l'analyse du rapport coût-efficacité. Beaucoup de ces médicaments reflètent de nouvelles approches du traitement, et il est vraisemblable que les coûts baissent à mesure que des progrès sont enregistrés et que ces nouvelles approches montrent leur efficacité. L'analyse du rapport coût-efficacité néglige également le rôle des médicaments de marque déposée pour attirer la concurrence de médicaments génériques : si ces méthodes réussissent, une fois que le brevet sera expiré, les concurrents producteurs de produits génériques mettront en marché des équivalents à prix moindre. Le Tamoxifen, qui représentait une percée pour le traitement du cancer du sein, est un exemple de ce phénomène : il fait aujourd'hui face à un si grand nombre de concurrents que son fabricant original songe à se retirer du marché<sup>5</sup>.

Par contre, ce qui nous intéresse ici, ce sont les pharmacothérapies qui réduisent véritablement le coût du traitement mais qui ne font pas les manchettes dans les médias comme c'est le cas pour les médicaments qui augmentent les coûts. Pour la plupart, ces pharmacothérapies remplacent d'autres types de traitement - le plus souvent des traitements dispensés à des malades hospitalisés. Cela signifie évidemment que les économies de coûts pouvant être réalisées par le remplacement sont tributaires du coût du type de traitement remplacé.

Frank Lichtenberg s'est aussi penché sur ce secteur. Dans un document publié en 1996, il affirme qu'il y a une relation inverse entre l'augmentation du total des jours d'hospitalisation et l'augmentation des mentions de médicaments (c'est-à-dire les médicaments prescrits). Le nombre de jours d'hospitalisation diminue plus rapidement pour les patients diagnostiqués auxquels un plus grand nombre de médicaments ont été prescrits et pour un plus grand changement dans la répartition des médicaments. Il conclut que pour des nombres constants de nouveaux médicaments, d'interventions chirurgicales et de visites de patients externes, une augmentation de 100 prescriptions est associée à une réduction de 16,3 jours d'hospitalisation. En outre, une augmentation de 10 pour cent des médicaments prescrits est associée à une réduction de 6,4 pour cent du coût des soins hospitaliers, ce qui signifie (en dollars US de 1996), qu'une augmentation de 1 \$ du coût des médicaments est associée à une réduction de 3,65 \$ du coût des soins hospitaliers - chiffre qui serait de 20 pour cent plus élevé si on y ajoute les coûts indirects. Cette conclusion signifie aussi qu'une augmentation de 1 \$ du coût des médicaments réduit de 2,65 \$ le coût total des soins de santé. Toutefois, lorsqu'il examine la relation entre les visites au bureau du médecin et les ordonnances, Lichtenberg constate qu'une augmentation de 10 pour cent du coût des médicaments se traduit par une augmentation de 6,6 pour cent du coût des services du médecin - en

L'analyse du rapport coût-efficacité néglige également le rôle des médicaments de marque déposée pour attirer la concurrence de médicaments génériques...

<sup>5</sup> Voir le site : <[http://www.fda.gov/cder/drug/shortages/Nolvadex\\_Discontinuation.pdf](http://www.fda.gov/cder/drug/shortages/Nolvadex_Discontinuation.pdf)>

d'autres mots, une augmentation de 1 \$ du coût des médicaments est associée à une augmentation de 1,54 \$ du coût des services du médecin - ce qui réduit de 42 pour cent la réduction estimée du coût des soins à un patient hospitalisé. Les conclusions tirées par Lichtenberg suggèrent, par conséquent, que les médicaments semblent être un remplacement pour les jours d'hospitalisation mais être complémentaires aux soins ambulatoires par un médecin. Il est logique de penser que lorsqu'une nouvelle pharmacothérapie permet aux patients d'être traités en externe, le nombre de visites au bureau du médecin augmentera, même si les séjours à l'hôpital diminuent. Étant donné le prix relatif de ces deux types de visites, le remplacement peut tout de même permettre de réduire les coûts, selon évidemment le prix des médicaments.

Dans un document de 2001, se fondant sur des données tirées du sondage sur les dépenses d'assurance-maladie aux États-Unis, Lichtenberg affirme que les personnes qui prenaient les médicaments les plus récents étaient beaucoup moins susceptibles d'être mortes à la fin de l'étude et beaucoup moins susceptibles de perdre des jours de travail que les personnes qui prenaient des médicaments plus anciens. Il ajoute que l'utilisation des médicaments les plus récents tend à réduire tous les types de dépenses d'ordre médical autres que les médicaments, ce qui entraîne une réduction nette considérable du coût total de traitement d'une maladie. Cela a des incidences sur les stratégies de contrôle des coûts qui ciblent l'utilisation de médicaments spécifiques et pour la rapidité avec laquelle les utilisateurs potentiels peuvent avoir accès aux nouveaux médicaments sur le marché<sup>6</sup>.

Lichtenberg n'est évidemment pas le seul chercheur dans ce domaine, mais il est peut-être le plus productif. Goldfarb et al. (2004) examinent les preuves sur la pharmacothérapie dans le traitement de quatre maladies chroniques : l'asthme, le diabète, l'insuffisance cardiaque et la migraine. Même si les résultats diffèrent d'une maladie à l'autre, ils ont trouvé des preuves dans la documentation que la pharmacothérapie appropriée peut réduire d'autres coûts de soins de santé. Kass-Bartelmes et Bosco (2002) citent aussi d'autres exemples de réduction des coûts associée au traitement par produits pharmaceutiques.

Une grande partie des preuves sur le remplacement de médicaments sont tirées d'études parfois appelées « études négatives » - études des résultats sur le coût du traitement de groupes qui perdent une partie ou la totalité de leur couverture d'assurance-médicaments. Par exemple, Lichtenberg (2005) examine l'effet de l'adoption, en 1997, par le département américain des Anciens combattants, d'un formulaire pharmaceutique « fermé » énonçant les médicaments qui seront payés par le département. Il prétend qu'en décourageant l'accès aux médicaments les plus récents dans une tentative de contrôler les coûts, l'utilisation par le département de médicaments anciens réduit l'espérance de vie des patients par rapport à leur espérance de vie s'ils prenaient les médicaments les plus récents. Il affirme également que « les données démographiques

<sup>6</sup> Voir aussi Lichtenberg (2002a); dans le sommaire de ce document, il conclut :

*Dans la population bénéficiaire de l'assurance-maladie, une réduction de l'âge des médicaments utilisés représente, pour tous les payeurs, une réduction des dépenses autres que les achats de médicaments 8,3 fois plus grande que l'augmentation des dépenses pour les médicaments; elle représente, pour Medicare, une réduction des dépenses autres que les achats de médicaments six fois plus grande que l'augmentation des dépenses pour les médicaments. Les deux tiers environ de la réduction, pour Medicare, des coûts autres que les médicaments résultent de la réduction des coûts d'hospitalisation. L'autre tiers se répartit presque également entre la réduction du coût des soins à domicile et la réduction des visites au bureau du médecin.*

Il ajoute que l'utilisation des médicaments les plus récents tend à réduire tous les types de dépenses d'ordre médical autres que les médicaments

...

publiées par le département des anciens combattants montrent que l'espérance de vie de ces derniers avait augmenté considérablement avant l'imposition du formulaire national (de 1991 à 1997), mais qu'elle n'a pas augmenté et qu'elle a peut-être même décliné après cette imposition (de 1997 à 2002). »

De nombreuses études ont examiné l'effet de l'introduction du paiement participatif des médicaments sur d'autres frais médicaux. Certains segments de la population sont très sensibles aux prix pour ce qui est de leurs besoins en médicaments sur ordonnance, et ils réagissent aux augmentations de la participation aux coûts en réduisant leur utilisation de médicaments. Goldman, Joyce et Karaca-Mandic (2006), par exemple, examinent l'effet d'une augmentation 10 \$ à 20 \$ de la participation aux coûts sur le comportement de patients qui prennent des médicaments hypocholestérolémifiants. Ils ont découvert que la proportion des patients qui suivent les ordonnances à la lettre - c'est-à-dire, ceux qui se conforment à la pharmacothérapie prescrite par leur médecin - a diminué de six à dix pour cent à la suite de l'augmentation du coût, et que tant le nombre d'hospitalisations que le nombre de visites à la salle d'urgence diminuaient à mesure que la conformité augmentait. Les auteurs citent le cas de Pitney-Bowes, aux États-Unis : l'entreprise a réduit la participation aux coûts pour les médicaments pour le traitement du diabète et de l'asthme pour accroître l'accès et la conformité. Dans l'ensemble, les dépenses occasionnées par les employés concernées ont diminué d'environ 12 %, principalement à cause de l'importante réduction des visites aux salles d'urgence et des hospitalisations.

Kozma, Reeder et Lingle (1990) soulignent que le nombre d'ordonnances, de visites chez le médecin et de visites en externe par personne augmente à mesure que le nombre d'admissions de patients dans les hôpitaux diminue. Ils concluent, en théorie, que le lien entre la réduction des hospitalisations et les dépenses qui suivent l'élimination des restrictions sur le formulaire pharmaceutique est particulièrement digne de mention. Hepke, Martus et Share (2004) concluent que le respect accru des pharmacothérapies prescrites est associé à une réduction du recours à des services de santé mais non à des coûts moins élevés. Braunwald (1991) affirme que chaque dollar dépensé pour des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine permet d'économiser 6 \$ en coûts d'hospitalisation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique. Selon le Virginia Health Outcomes Project (Williamson Institute et al. 1997), chaque tranche de 3 \$ dépensée en médicaments pour traiter l'asthme fait économiser 17 \$ en frais de salle d'urgence. Dor et Encinosa (2004) arrivent à la conclusion que faire passer de 6 \$ à 10 \$ le paiement participatif des patients souffrant de diabète réduirait les dépenses relatives à cette maladie, aux États-Unis, de 125 millions de dollars US; par contre, comme les patients suivraient moins les pharmacothérapies prescrites, cela entraînerait des complications qui signifieraient des coûts additionnels de 360 millions de dollars US pour le traitement.

Dans une simulation dynamique des effets de l'assurance sur le recours aux soins médicaux et sur les résultats pour la santé, Yang, Gilleskie et Norton (2004) ont découvert que même si une augmentation des avantages que procurent les médicaments d'ordonnance entraîne une augmentation de la demande pour ces médicaments, il est peu probable que l'augmentation soit aussi grande que le prédisent les modèles statiques. De plus, l'augmentation de la demande pour des médicaments abaisse les taux de mortalité sans faire augmenter la demande pour des soins hospitaliers due au fait que les gens vivent plus longtemps; ainsi, les avantages de l'utilisation adéquate de produits pharmaceutiques se reflètent une fois de plus en longévité. Dans l'ensemble, cela peut représenter une augmentation du coût du régime d'assurance-maladie aux

... le respect accru des pharmacothérapies prescrites est associé à une réduction du recours à des services de santé mais non à des coûts moins élevés.

États-Unis, mais cela est dû à une espérance de vie accrue plutôt qu'à l'augmentation du coût des médicaments. En outre, Hsu et al. (2006) arrivent à la conclusion que même si les coûts des produits pharmaceutiques des bénéficiaires d'un groupe de forfaits de soins médicaux prévoyant une limite des prestations pour médicaments étaient inférieurs de 31 pour cent à ceux dont les bénéficiaires n'étaient pas limités, les économies au chapitre du coût des médicaments étaient annulées par des augmentations du nombre de visites en salles d'urgence et des hospitalisations.

Enfin, dans ce qui est peut-être l'étude du genre la plus connue, Soumerai et ses co-auteurs (1987, 1991) examinent les effets du plafonnement des ordonnances par le régime d'assurance-maladie du New Hampshire qui, à l'époque, imposait aux bénéficiaires une limite de trois ordonnances par mois. Ils constatent que même si les coûts pour les médicaments d'ordonnance ont diminué, le plafonnement a eu comme résultat l'augmentation du nombre d'admissions dans des centres de soins infirmiers, non assujettis au plafonnement; l'augmentation des coûts dans les centres de soins infirmiers annulaient les bénéfices réalisés grâce au plafonnement.

## Conclusion

La documentation démontre clairement que s'ils sont bien utilisés, les produits pharmaceutiques peuvent améliorer les résultats en matière de santé à un coût plus élevé, et qu'ils peuvent aussi réduire le prix à payer pour obtenir les résultats actuels en matière de santé. Ces résultats sont plus évidents dans les nouveaux domaines, par exemple pour le traitement du SIDA et des maladies cardiovasculaires, mais il est raisonnable de s'attendre à ce qu'ils s'appliquent, dans un avenir pas très lointain, à des maladies comme certaines formes de cancer.<sup>7</sup> À beaucoup d'égards, le pire obstacle à l'utilisation efficace des médicaments est le fait que les coûts et les bénéfices d'une meilleure utilisation des produits pharmaceutiques ne s'appliquent pas nécessairement aux mêmes groupes - ni même à des groupes qui sont en mesure d'interagir les uns avec les autres. Si les budgets pour les médicaments et les budgets des hôpitaux restent strictement distincts, les nouveaux médicaments qui font augmenter les coûts des pharmacothérapies mais qui réduisent les coûts d'hospitalisation imposeront les coûts exclusivement aux budgets pour les médicaments tandis que les budgets des hôpitaux bénéficieront des réductions. Ainsi, à moins qu'une partie des économies réalisées par les hôpitaux ne puisse être transférée aux budgets pour les médicaments, l'imposition d'une limite stricte sur les dépenses pour les médicaments pourrait nuire aux efforts de réduire l'ensemble des dépenses.

De plus, ce ne sont pas uniquement les budgets pour les soins de santé qui sont touchés par ces économies. Wyatt et al. (1995) estiment qu'en 1991, la schizophrénie a coûté aux États-Unis quelque 19 milliards de dollars US en dépenses directes et 46 milliards de dollars US en dépenses indirectes (sous forme de perte de productivité). Dans le contexte canadien, Goeree et al. (1999) estiment qu'en 1996, la schizophrénie a coûté à l'économie 1,12 milliard de dollars en coûts directs en matière de soins de santé et autres, et 1,23 milliard de dollars en perte de productivité. C'est un lourd fardeau financier dont la plus grande partie est constituée de coûts indirects subis à l'extérieur du système des soins de santé.

<sup>7</sup> L'approbation récente du Gardasil comme vaccin contre le cancer du col de l'utérus ouvre la possibilité de sauter l'étape du traitement et de s'attaquer directement à la prévention, au moins dans ce cas. Voir le site <<http://www.cbc.ca/story/science/national/2006/06/29/cervical-cancer.html>>.

... que  
meilleure est  
la couverture  
pour les  
produits phar-  
maceutiques,  
plus il est  
probable  
que les  
médicaments  
seront utilisés  
adéquatement

...

Il est toutefois possible de réduire considérablement le coût des soins de santé grâce à une bonne gestion des maladies. Nykamp et Ruggles (2000) donnent un exemple de ce qui peut se produire lorsqu'il n'y a pas de mur imperméable entre les budgets. Ils ont examiné le cas d'un hôpital urbain de 346 lits d'Atlanta, Géorgie, où avait été mis en place un programme pour offrir gratuitement des services médicaux et des médicaments d'ordonnance à un groupe de 36 patients indigents. Les hospitalisations ont diminué de 39,5 pour cent et les visites aux bureaux de 64,4 pour cent. De plus, le coût des médicaments offerts dans le cadre du programme, 27 558 \$US était de beaucoup inférieur aux économies réalisées, soit 378 183 \$. Évidemment, il n'est pas possible que tous les programmes donnent de tels résultats, mais les chances de réaliser des économies de coûts qui ne compromettent pas les soins aux patients sont plus grandes lorsque les bonnes mesures d'incitation sont en place. La documentation laisse entendre que meilleure est la couverture pour les produits pharmaceutiques, plus il est probable que les médicaments seront utilisés adéquatement, ce qui entraîne des économies dans d'autres secteurs des soins de santé.

Même si une grande partie du débat politique actuel porte sur l'augmentation du coût des médicaments et sur le prix des médicaments, les résultats de nombreuses recherches suggèrent qu'il y aurait lieu de porter une plus grande attention à l'accès aux médicaments. Les avantages d'une couverture d'assurance-médicaments améliorée sont multiples. Il est possible, par exemple, que la diminution des coûts d'hospitalisation et des coûts des salles d'urgence soit largement compensée grâce à des améliorations aux chapitres de la gestion de la santé et des maladies, à un respect accru des ordonnances parce que les patients sont plus capables de payer pour leurs médicaments et parce que des médicaments nouveaux et améliorés remplacent les anciens.

Sur une plus grande échelle, des économies dans des domaines autres que celui des soins médicaux - peut-être même des économies supérieures au coût d'une meilleure couverture d'assurance-médicaments - pourraient vraisemblablement être réalisées grâce à un investissement considérable et à l'inclusion d'une couverture élargie du coût des médicaments dans les programmes de santé publique. Cela ne comprendrait même pas les bénéfices associés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées. La première étape vers une telle approche holistique est de s'éloigner du financement « en silo » pour qu'il soit possible d'utiliser la diminution des coûts dans un secteur pour compenser l'augmentation dans un autre.

**Julia Witt**

*Julia Witt est titulaire d'un Ph.D. en économie de l'University of Guelph, Guelph, Ontario. Elle a obtenu un B.A. avec distinction en économie et en gestion environnementale de l'University of Toronto et une maîtrise en économie de l'University of Guelph. L'analyse du bien-être social, l'analyse décisionnelle et la micro-économie appliquée sont certains des domaines de spécialisation qu'elle a explorés dans le cadre de sa scolarité de doctorat.*

**Brian Ferguson**

*Brian Ferguson est professeur agrégé au département d'économie de l'Université de Guelph. Il a obtenu un baccalauréat de l'université Mount Allison, une maîtrise de l'Université de Guelph et un doctorat de l'Australian National University. Brian Ferguson a travaillé au ministère fédéral de la Santé, il a enseigné à l'Université McMaster; il a été professeur invité à l'Australian National University, économiste conseil auprès de la section de recherche statistique de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, chercheur invité au Kansas Health Institute et professeur invité au département d'économie de la University of Kansas. Il est co-auteur (avec G.C. Lim) de *Introduction to Dynamic Economic Models* (Manchester University Press, 1998).*

## Bibliographie

- Becker, Gary. 2004. "New Drugs Cut Costs et Medicare Can Help." *Business Week*, 22 mars, p. 32.
- Braunwald, Eugene. 1991. "ACE Inhibitors - A Cornerstone of the Treatment of Heart Failure." *New England Journal of Medicine* 325 (5): 293-302.
- Dor, Avi et William Encinosa. 2004. "Does Cost Sharing Affect Compliance? The Case of Prescription Drugs." NBER Working Paper 10738. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Goldfarb, Neil, Christine Weston, Christine W. Hartmann, Mirko Sikirica, Albert Crawford, Hope He, Jamie Howell, Vittorio Maio, Janice Clarke, Bhaskar Nuthulaganti et Nicole Cobb. 2004. "Impact of Appropriate Pharmaceutical Therapy for Chronic Conditions on Direct Medical Costs and Workplace Productivity: A Review of the Literature." *Disease Management* 7 (3), 61- 75.
- Goldman, Dana P., Geoffrey F. Joyce et Pinar Karaca-Mandic. 2006. "Varying Pharmacy Benefits with Clinical Status: The Case of Cholesterol-Lowering Therapy." *American Journal of Managed Care* 12 (1): 21-28.
- Goeree, R., B.J. O'Brien, P. Goering, G. Blackhouse, K. Agro, A. Rhodes et J. Watson. 1999. "The Economic Burden of Schizophrenia in Canada." *Canadian Journal of Psychiatry* 44 (5): 464-72.
- Greenberg, Paul E., Ronald C. Kessler, Howard G. Birnbaum, Stephanie A. Leong, Sarah W. Lowe, Patricia A. Berglund et Patricia K. Corey-Lisle. 2003. "The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change between 1990 and 2000?" *Journal of Clinical Psychiatry* 64 (12): 1465-75.
- Hepke, Kera L., Mary T. Martus et David A. Share. 2004. "Costs and Utilization Associated with Pharmaceutical Adherence in a Diabetic Population." *American Journal of Managed Care* 10 (2): 144-51.
- Hsu, John, Mary Price, Jie Huang, Richard Brandt, Vicki Fung, Rita Hui, Bruce Fireman, Joseph P. Newhouse et Joseph V. Selby. 2006. "Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits." *New England Journal of Medicine* 354 (22): 2349-59.
- Kass-Bartelmes, Barbara L. et Lynn Bosco. 2002. "Prescription Drug Therapies: Reducing Costs and Improving Outcomes." *Research in Action* 8; disponible à l'adresse <<http://www.ahrq.gov/qual/rxtherapies/rxia.htm>>.
- Kozma, C.M., C.E. Reeder et E.W. Lingle. 1990. "Expanding Medicaid Drug Formulary Coverage: Effects on Utilization of Related Services." *Medical Care* 28 (10): 963-77.
- Lichtenberg, Frank R. 1996. "Do (More and Better) Drugs Keep People Out of Hospitals?" *American Economic Review* 86 (2): 384-88.
- . 1998. "Pharmaceutical Innovation, Mortality Reduction et Economic Growth." NBER Working Paper 6569. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- . 2001. "Are the Benefits of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence from the 1996 MEPS." *Health Affairs* 20 (5): 241-52.
- . 2002a. "Benefits and Costs of Newer Drugs: An Update." NBER Working Paper 8996. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- . 2002b. "Sources of U.S. Longevity Increase, 1960-1997." NBER Working Paper 8755. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- . 2003. "The Impact of New Drug Launches on Longevity: Evidence from Longitudinal Disease-Level Data from 52 Countries, 1982-2001." NBER Working Paper 9754. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

---. 2005. "Older Drugs, Shorter Lives? An Examination of the Health Effects of the Veterans Health Administration Formulary." Medical Progress Report 2. New York: The Manhattan Institute.

Miller, Richard D., Jr. et H.E. Frech III. 2002. "The Productivity of Health Care and Pharmaceuticals: Quality of Life, Cause of Death and the Role of Obesity." Working Paper 20-12. Santa Barbara, CA: University of California at Santa Barbara, Economics Department; disponible à l'adresse <<http://www.econ.ucsb.edu/papers/wp12-02.pdf>>.

Nadler, Eric, Ben Eckert et Peter J. Newmann. 2006. "Do Oncologists Believe New Cancer Drugs Offer Good Value?" *The Oncologist* 11: 90-95.

Nykamp, Diane et Dale Ruggles. 2000. "Impact of an Indigent Care Program on the Use of Resources: Experiences of One Hospital." *Pharmacotherapy* 20 (2): 217-20.

Pollack, Andrew. 2006. "New medicine for AIDS is one pill, once a day." *New York Times*, July 9; disponible à l'adresse <<http://www.nytimes.com/2006/07/09/health/09aids.html>> (en anglais).

Priest, Lisa. 2006. "Drug makers expected to shun Canada." *Globe and Mail*, 23 juin; disponible à l'adresse <<http://www.theglobeandmail.com/servlet/story/RTGAM.20060623.wxerbitux23/BNStory/National/home>>.

Rachlis, Michael. 2004. "Chronic Disease Management: The Key to a Sustainable Health Care System." Document préparé pour le Mackid Symposium, Calgary, 13 mai; disponible à l'adresse <[http://www.calgaryhealthregion.ca/clin/cme/conf/mackid2004/Mackid2004Pt2\\_MRachlis.pdf](http://www.calgaryhealthregion.ca/clin/cme/conf/mackid2004/Mackid2004Pt2_MRachlis.pdf)>.

Soumerai, S.B., J. Avorn, D. Ross-Degnan et S. Gortmaker. 1987. "Payment Restrictions for Prescription Drugs under Medicaid: Effects on Therapy, Cost et Equity." *New England Journal of Medicine* 317 (9): 550-56.

Soumerai, S.B., D. Ross-Degnan, J. Avorn, T.J. McLaughlin et I. Choodnovskiy. 1991. "Effects of Medicaid Drug-Payment Limits on Admission to Hospitals and Nursing Homes." *New England Journal of Medicine* 325 (15): 1072-77.

Williamson Institute, Virginia Commonwealth University et the National Pharmaceutical Council. 1997. *The Virginia Health Outcomes Project, a Demonstration Project*. Richmond.

Wyatt, R.J., I. Henter, M.C. Leary et E. Taylor. 1995. "An Economic Evaluation of Schizophrenia, 1991." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30 (5): 196-205.

Yang, Zhou, Donna B. Gilleskie et Edward C. Norton. 2004. "Prescription Drugs, Medical Care et Health Outcomes: A Model of Elderly Health Dynamics." NBER Working Paper 10964. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.