

Secrétariat du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments
Immeuble Brooke-Claxton
70, promenade Colombine
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Objet : Lettre-mémoire conjointe FTQ-CSN dans le cadre de la consultation nationale sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments

Introduction

La FTQ et la CSN représentent ensemble près d'un million de travailleuses et de travailleurs œuvrant dans tous les secteurs d'activité économique sur l'ensemble du territoire québécois. Nos membres sont fortement préoccupés par les questions de justice sociale et par l'amélioration du bien-être collectif des Québécois et des Québécoises.

Nos deux organisations remercient le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments de l'opportunité de présenter notre point de vue sur un enjeu qui affecte directement la santé des travailleurs et des travailleuses, et de la population en général. Au fil des décennies, les médicaments ont occupé une place de plus en plus importante dans le système de santé. Leur proportion dans les dépenses totales de santé est passée de 8,5 % en 1975 à 18,5 % en 2017¹. Et pourtant, le Canada est le seul pays développé avec un système de santé public qui n'inclut pas les médicaments. Cette situation n'a aucun sens. **D'un point de vue de justice sociale et d'efficacité, il apparaît urgent de mettre sur pied un régime 100 % public et universel d'assurance médicaments.**

Le document de consultation aborde plusieurs questions importantes, notamment le type de régime à privilégier, son financement, les personnes qui devraient être couvertes, les médicaments remboursables, la variabilité des régimes entre les provinces, la contribution des adhérents et des adhérentes, etc. L'analyse de nos deux organisations se limitera toutefois aux trois éléments suivants, soit les dysfonctionnements du régime hybride québécois, la nécessité

¹ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tableau D.1.5.2 Répartition en pourcentage des dépenses totales de santé par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2017*, Ottawa, 2017.

d'un droit de retrait avec pleine compensation pour le Québec et le rôle du gouvernement fédéral dans la diminution du prix des médicaments brevetés.

Les dysfonctionnements du régime hybride québécois

Le document de consultation fait état de plusieurs possibilités pour un futur régime national d'assurance médicaments, dont celle de « conserver la structure des régimes d'assurance-médicaments publics et privés, mais en ajoutant des règles à respecter et des fonds publics pour combler les lacunes² ». **Après plus de vingt ans d'expérience avec ce type de régime au Québec, nos deux organisations estiment que cette approche doit impérativement être rejetée.** Un régime public-privé comporte d'importantes limites et représente une option beaucoup moins efficace qu'un régime 100 % public et universel.

En 1997, le Québec a mis sur place un régime d'assurance médicaments ayant une composante publique et une privée. C'est pourquoi ce dernier est qualifié de mixte ou d'hybride. Les principales modalités de ce régime sont restées les mêmes depuis sa création. Toutes les personnes pouvant souscrire à une couverture d'assurance médicaments privée, la plupart du temps en milieu de travail, sont tenues de le faire. Les autres doivent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments. Au moment de sa mise sur pied, nos deux organisations s'étaient ralliées à l'idée d'un régime hybride, bien qu'elles auraient préféré la mise sur pied d'un seul régime public d'assurance médicaments³. Auparavant, 1,5 million de Québécois et de Québécoises n'avaient pas accès à une telle couverture. Il s'agissait alors d'un gain social important. Néanmoins, le régime hybride a rapidement montré des dysfonctionnements, ce qui remet en question sa viabilité. De l'aveu même de l'ancien ministre Jean Rochon, qui a piloté la mise sur pied du régime hybride, il est temps de passer à un régime public et universel⁴.

Le principal problème du régime hybride réside dans son incapacité à contrôler les coûts. En 2014, les dépenses totales pour les produits pharmaceutiques (médicaments d'ordonnance et en vente libre) étaient de 1 087 \$ par personne au Québec⁵. Dans le reste du Canada, la dépense s'élevait à 912 \$ alors que la médiane pour l'ensemble des pays de l'OCDE était de 603 \$, soit 45 % de moins qu'au Québec. Pour les travailleurs et les travailleuses, cette incapacité à contrôler les coûts des médicaments a été l'une des principales causes de l'augmentation des coûts en assurances collectives, une hausse que l'on estime entre 5 % et 8 % par année au cours

² CANADA, *Vers la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments*, document de réflexion, juin 2018, p.11.

³ CEQ, CSN ET FTQ, *Mémoire sur le projet de loi no 33 – Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, présenté à la Commission parlementaire des Affaires sociales, Québec, 4 juin 1996, p.8.

⁴ UNION DES CONSOMMATEURS, *Résumé des faits saillants de la journée d'études tenue le 6 novembre 2014 à Montréal*, janvier 2015, p.7, [En ligne] [uniondesconsommateurs.ca/docu/sante/20150115-UC-Journee-sante-actes(3).pdf]

⁵ Marc-André GAGNON, et al., *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec, un modèle obsolète?*, note socioéconomique, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 2017, p.5.

des 20 dernières années⁶. Alors que les assurances collectives représentaient de 2 % à 5 % de la masse salariale au milieu des années 1990, elles se situent entre 6 % et 12 % aujourd'hui⁷. Malheureusement, la situation ne risque pas de s'améliorer en raison du coût très élevé des médicaments qui feront leur entrée sur le marché.

Cette hausse des coûts pose non seulement des enjeux de santé importants, mais elle constitue aussi un frein considérable à l'amélioration des conditions de travail. Comme les médicaments prennent de plus en plus de place, les syndicats peuvent plus difficilement négocier des augmentations salariales par exemple. Dans certains cas, on estime nécessaire d'instaurer des mesures de contrôle de coûts, notamment en haussant la franchise ou la coassurance. Ce transfert des risques sur les épaules des travailleurs et des travailleuses donne l'illusion qu'il est possible d'assurer la viabilité des régimes d'assurance médicaments dans le cadre actuel. Or, on ne s'attaque pas au véritable problème : le prix trop élevé des médicaments.

En outre, le régime hybride entraîne des conséquences néfastes pour ceux et celles qui travaillent à temps partiel. Certains d'entre eux doivent démissionner considérant que la prime d'assurance occupe une place trop importante de leur rémunération. Pour d'autres, l'obligation de souscrire à l'assurance médicaments les empêche de bénéficier des autres protections offertes par l'assurance collective (vie, invalidité, santé, etc.). Les personnes retraitées qui sont admissibles à un régime privé et qui n'ont pas 65 ans ont l'obligation d'y adhérer, et ce, même si les coûts peuvent être difficiles à supporter. En 2017, le Journal de Québec rapportait qu'un travailleur retraité de la construction devait payer une prime annuelle de 1 760 \$ alors que son revenu était moins de 20 000 \$⁸. Du côté du régime public, la prime annuelle au 1^{er} juillet 2017 s'élevait à 667 \$. De telles situations dramatiques n'ont aucun lieu d'être.

Le régime hybride québécois crée également des iniquités, et ce, principalement parce que les adhérents et les adhérentes des régimes privés paient leurs médicaments plus chers que ceux et celles du régime public. Alors que le ministre de la Santé et des Services sociaux négocie le montant des honoraires versés aux pharmaciens et aux pharmaciennes pour le régime public, il n'y a pas de telle négociation pour les régimes privés. Les pharmaciennes et les pharmaciens propriétaires sont donc libres de déterminer le montant de leurs honoraires, ce qui a pour effet d'augmenter le prix des médicaments pour ceux et celles qui disposent d'une couverture privée. Ainsi, les coûts des régimes privés ont augmenté de 27 % de plus que ceux du régime public de

⁶ Yanick COMEAU, *Si la tendance se maintient*, Services actuariels SAI, présentation au séminaire FTQ sur la retraite et les assurances, Montréal, 2018.

⁷ *Ibid.*

⁸ Johanne ROY, « Assurance-médicaments : un retraité obligé de souscrire à un régime privé qu'il juge trop cher », *Journal de Québec*, 29 avril 2017, [En ligne] [www.journaldequebec.com/2017/04/29/assurance-medicaments-un-retraite-oblige-de-souscrire-a-un-regime-prive-quil-juge-trop-cher].

2007 à 2017⁹. De plus, on observe que les prix peuvent énormément varier d'une pharmacie à l'autre. Dans certains cas, il peut passer du simple au double¹⁰.

À sa création, l'objectif du régime québécois d'assurance médicaments était « d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes¹¹ ». Malgré cet objectif, on constate qu'une proportion importante de personnes ne remplissent pas une ordonnance pour des raisons financières. D'après les résultats de l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund (2016), 9 % des Québécoises et des Québécois sondés n'ont pas pris un médicament en raison du coût, comparativement à 10 % des Canadiens et des Canadiennes¹². En moyenne, pour les 11 pays inclus dans l'étude, 7 % des personnes sondées se trouvent dans cette situation. Pour le Québec, ce taux est deux fois plus élevé pour les personnes n'ayant pas d'assurance privée (12,1 %) comparativement à celles qui en ont une (6,1 %). Ainsi, le régime hybride québécois n'assure pas un accès raisonnable et équitable aux médicaments. Selon la FTQ et la CSN, il faut éliminer tout obstacle financier à l'instar des autres soins assurés par le système public de santé.

Nos deux organisations estiment que les améliorations pouvant être apportées au régime hybride québécois ne changeront rien au problème de fond, soit son incapacité à contrôler les coûts. Seul un régime d'assurance médicaments 100 % public et universel permet d'instaurer les capacités institutionnelles nécessaires pour augmenter le rapport de force face à l'industrie pharmaceutique ainsi qu'aux pharmaciens et aux pharmaciennes, et ce, dans l'objectif de réduire les dépenses totales en médicaments. D'après une évaluation réalisée par le professeur Marc-André Gagnon, la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments permettrait au Québec de réaliser des économies de plus de trois milliards de dollars par année¹³. Selon Steven G. Morgan et ses collègues, le Canada pourrait réduire ses dépenses annuelles en médicaments de 7,3 G\$ et le Québec de 2 G\$ (scénario de base)¹⁴. De telles économies permettraient non seulement d'obtenir des résultats similaires en matière de santé à un moindre coût, mais aussi de consacrer des sommes à d'autres fins, comme en santé publique ou pour les soins à domicile, etc.

⁹ Jacques L'ESPÉRANCE, *Régimes d'assurance médicaments – Rétrospective 2017*, TELUS Santé, p.29.

¹⁰ Catherine CRÉPEAU et Charles DÉSY, « Prix des médicaments : des écarts spectaculaires », *Protégez-vous*, 12 septembre 2017, [En ligne] [www.protegez-vous.ca/Sante-et-alimentation/prix-des-medicaments].

¹¹ QUÉBEC, *Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, 1996, chapitre 32, p.4742.

¹² COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, gouvernement du Québec, 2017, p.22 et 51.

¹³ Marc-André GAGNON, *Vers une politique rationnelle d'assurance médicaments*, La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, Ottawa, 2014, p.76.

¹⁴ Steven G. MORGAN, et al., « Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 2015, p.3.

Limiter l'ingérence fédérale en matière de santé

En matière de santé, le gouvernement fédéral n'a cessé de s'ingérer dans les champs de compétence des provinces, et ce, depuis les débuts de l'État providence. La Loi canadienne sur la santé en fait foi, considérant que l'un de ses objectifs consiste à établir les conditions que les provinces doivent respecter pour obtenir du financement fédéral. Malgré l'importance de ces questions dans la mise sur pied d'un régime national d'assurance médicaments, le document de consultation aborde peu les enjeux associés au fédéralisme et au partage des compétences. Dans le message d'introduction, on indique simplement que le Conseil « devra considérer le rôle crucial des provinces et des territoires relativement au système canadien de soins de santé et relativement à la prestation d'assurances-médicaments aux Canadiens¹⁵ ». Récemment, le gouvernement libéral n'a pas hésité à imposer ses priorités en matière de santé mentale et de soins à domicile. Cette attitude centralisatrice et irrespectueuse nous inquiète grandement quant à la mise sur pied d'un régime national d'assurance médicaments.

Pour la FTQ et la CSN, il apparaît essentiel de tenir compte des spécificités du Québec et de respecter son autonomie dans l'exercice de ses compétences. **Tout en insistant sur la nécessité d'instaurer un régime 100 % public et universel d'assurance médicaments, nos deux centrales maintiennent que le Québec devrait pouvoir se retirer avec pleine compensation et de manière inconditionnelle de tout régime pancanadien.** Les modalités d'un régime public et universel d'assurance médicaments doivent d'abord et avant tout être discutées au Québec et établies en fonction des besoins de sa population. De plus, il serait préférable que cette compensation soit versée sous forme de points d'impôt sur le revenu des particuliers plutôt que de procéder par un transfert en espèces. Cette façon de faire comporte plusieurs avantages, dont la stabilité et la prévisibilité. Les compressions dans les transferts en santé des dernières décennies démontrent avec évidence l'importance de protéger le système public de santé de certaines décisions politiques néfastes.

D'ailleurs, nos deux organisations ne peuvent passer sous silence la participation décroissante du palier fédéral dans le financement du système de santé. Plutôt que de négocier un nouvel accord sur les transferts en santé, comme promis en campagne électorale, le gouvernement libéral a plutôt opté pour un maintien des réformes conservatrices qui limitent la hausse des transferts à la croissance du PIB avec un plancher de 3 % par année. Auparavant, ces augmentations s'élevaient à 6 % par année. D'après les informations contenues dans le dernier budget québécois, « la contribution fédérale dans les dépenses en santé des provinces diminuera progressivement au cours de la prochaine décennie, passant de 23,0 % en 2017-2018 à 20,4 % en 2026-2027¹⁶ ». Une telle situation apparaît complètement incohérente avec le désir de créer un régime national d'assurance médicaments. Pour assurer la pérennité du système de santé québécois, le gouvernement fédéral doit d'abord relever sa contribution au financement de la santé à un niveau adéquat.

¹⁵ CANADA, *op. cit.*, p.1.

¹⁶ QUÉBEC, *Budget 2018-2019. Le Plan économique du Québec*, mars 2018, Québec, p. H.11.

Faire diminuer le prix des médicaments brevetés

Mettre sur pied un régime public et universel d'assurance médicaments demeure la meilleure façon de contrôler les coûts en faisant diminuer le prix des médicaments qui est beaucoup trop élevé à l'heure actuelle. À cet égard, le palier fédéral peut jouer un rôle déterminant puisque les brevets sont de son ressort. Conséquemment, il est aussi de sa responsabilité de régler le prix des médicaments brevetés. Alors que seulement 26,4 % des ordonnances concernent les médicaments brevetés, ceux-ci représentent 77,5 % des coûts¹⁷. La population du Québec et du Canada paie trop cher pour ces médicaments, et ce, en raison de la protection trop importante des droits de propriété intellectuelle accordés par le régime des brevets. Lorsqu'un brevet est accordé à une entreprise pharmaceutique pour un nouveau médicament, celle-ci obtient un monopole temporaire, ce qui lui permet de vendre son produit à un prix très élevé.

Depuis la fin des années 1980, le Canada a misé sur l'établissement de prix élevés pour les médicaments brevetés afin de stimuler la recherche et développement (R et D) dans le secteur pharmaceutique. L'industrie s'était alors engagée à investir au moins 10 % de ses recettes en R et D. Mais depuis plus de 15 ans, elle ne respecte pas ces promesses. En 2016, le ratio de la R et D par rapport aux recettes n'était que de 4,4 %¹⁸, ce qui est bien loin des promesses initiales. Même le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), l'organisme réglementaire responsable d'assurer que les prix des médicaments brevetés ne soient pas excessifs, reconnaît qu'il n'y a pas de corrélation entre les niveaux de prix et les investissements en R et D¹⁹.

Un meilleur contrôle des coûts s'avère une condition essentielle pour assurer la pérennité d'un régime public et universel d'assurance médicaments. **À cet effet, le gouvernement fédéral doit utiliser tous les outils disponibles pour limiter la protection en matière de propriété intellectuelle offerte par le régime des brevets, et mieux régler le prix des médicaments brevetés.** Il s'agit certes d'une question complexe surtout lorsque l'on considère les contraintes découlant des accords internationaux signés par le Canada. Cela dit, le gouvernement fédéral doit utiliser toutes les mesures à sa disposition et modifier les lois lorsque nécessaire. Nous souhaitons attirer votre attention sur quelques-unes des solutions existantes. Peu importe celles qui seront retenues, les actions du gouvernement fédéral doivent être guidées par la protection des intérêts de la population plutôt que ceux de l'industrie pharmaceutique.

À cet effet, il faut d'abord revoir de fond en comble le système réglementaire pour le prix des médicaments brevetés. Depuis 1987, le CEPMB a pour objectif de s'assurer que ceux-ci ne soient pas excessifs. Toutefois, on constate que cet organisme remplit mal son rôle considérant que le

¹⁷ ASSOCIATION CANADIENNE DU MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE, *Le marché des médicaments d'ordonnance*. Québec, [En ligne] [generiquescanadiens.ca/wp-content/uploads/Regional_MarketShare_2018Final_QC_FR.pdf].

¹⁸ CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS, *Rapport annuel 2016*, Ottawa, 2017, p.53.

¹⁹ *Ibid.*, p.57.

prix des médicaments brevetés est souvent excessif²⁰. Plusieurs personnes ont proposé d'améliorer le fonctionnement du CEPMB, par exemple en incluant davantage de pays dans l'analyse comparative externe des prix des médicaments. Toutefois, une réflexion plus en profondeur s'avère nécessaire sur la meilleure façon de réglementer le prix des médicaments brevetés d'une manière qui limite les abus des entreprises pharmaceutiques et privilégie les intérêts de la population.

Le gouvernement fédéral devrait également limiter l'accès aux brevets uniquement aux nouveaux médicaments constituant de véritables innovations. D'après les données du CEPMB, peu de nouveaux médicaments contribuent véritablement à améliorer la santé des patients. Sur les 691 nouveaux produits médicamenteux brevetés de la période 2010-2016, seulement 17 constituent une découverte (2,5 %) et 20 une amélioration importante (2,9 %)²¹. Ainsi, la très grande majorité des nouveaux médicaments qui reçoivent des brevets n'ont pas pour effet d'améliorer significativement la santé de la population. Et pourtant, ils font gonfler les dépenses des régimes d'assurance médicaments. Il serait souhaitable de resserrer les critères d'attribution de ces brevets afin de limiter les abus de l'industrie pharmaceutique.

Aussi, le gouvernement fédéral pourrait permettre la production de médicaments génériques moins coûteux avant l'expiration des brevets grâce aux licences obligatoires²². En effet, ces dernières permettent d'assurer l'accessibilité aux médicaments en évitant que certaines entreprises pharmaceutiques n'abusent de leur position monopolistique pour imposer des prix exorbitants. Le cas de l'entreprise Gilead, qui détient les brevets pour des médicaments guérissant l'hépatite C, est particulièrement frappant. Alors que l'entreprise prétend que les prix élevés sont nécessaires pour stimuler la R et D, elle a consacré tous ses profits de l'année 2016 pour le versement de dividendes et le rachat d'actions²³. Pendant des années, le gouvernement du Québec a limité l'accès à ce médicament en raison des coûts. En accordant une licence obligatoire, il aurait été possible de produire des médicaments génériques moins coûteux et ainsi d'améliorer l'accès à tous ceux et celles qui sont atteints de la maladie. Le versement d'une redevance à l'entreprise détenant le brevet aurait constitué un bon compromis entre les intérêts de la population et ceux de l'industrie. Plusieurs pays utilisent cette voie afin d'assurer l'accès à de tels médicaments, qui sont nécessaires à la santé des populations.

²⁰ Pour plus d'informations sur les défaillances du CEPMB, voir : Marc-André GAGNON, *Propositions quant à la modernisation réglementaire du Conseil d'examen des prix des médicaments – Comment trouver l'équilibre nécessaire contre les prix excessifs dans un secteur pharmaceutique en mutation*, présenté au Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés, 31 octobre 2016.

²¹ CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS, *op.cit.*, p. 11.

²² « Une licence obligatoire est une licence légale qui donne à son détenteur le droit de fabriquer, d'utiliser ou de vendre une invention brevetée avant l'expiration du brevet. Les licences peuvent être accordées sans le consentement du titulaire de brevet et le détenteur de licence doit alors payer une redevance », Kristen DOUGLAS et Célia JUTRAS, *Protection des brevets pour les produits pharmaceutiques au Canada – chronologie*, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 2008, p.1, [En ligne] [lop.parl.ca/content/lop/ResearchPublications/prb9946-f.pdf].

²³ Michael HILTZIK, « Gilead says drug profits must stay high to pay for 'innovation', but 100 % of its profits went to shareholders », *Los Angeles Times*, 23 octobre 2017, [En ligne] [latimes.com/business/hiltzik/la-fi-hiltzik-gilead-profits-20171023-story.html].

Conclusion

En somme, nous réitérons l'importance d'adopter dans les meilleurs délais un régime entièrement public et universel d'assurance médicaments. Le gouvernement fédéral ne doit pas prendre comme modèle le régime hybride québécois. Pour mieux contrôler les coûts et assurer la justice sociale, il faut absolument un régime 100 % public et universel d'assurance médicaments. En ce qui a trait à la possibilité de mettre sur pied un régime national, le Québec doit absolument pouvoir s'en retirer avec pleine compensation et de manière inconditionnelle. Plutôt que de s'ingérer dans les champs de compétence des provinces, le gouvernement fédéral devrait plutôt utiliser tous les outils à sa disposition afin de limiter le coût des médicaments brevetés, notamment en revoyant le système réglementaire et en limitant la protection en matière de propriété intellectuelle.

Le secrétaire général de la FTQ,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Serge Cadieux'.

Serge Cadieux

Le président de la CSN,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jacques Létourneau'.

Jacques Létourneau