

MÉMOIRE

DE LA FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC

Sur le Projet de loi no 98 *Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives*

le 28 mai 2002

Préambule

Représentant plus d'un demi-million de travailleuses et travailleurs actifs dans tous les secteurs de l'activité économique québécoise, ainsi que des dizaines de milliers d'autres qui vivent maintenant de leurs revenus de retraite, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec trouve d'une extrême importance de se prononcer sur les modifications à apporter au Régime général d'assurance médicaments.

La FTQ a saisi toutes les occasions pour faire valoir ses positions: au moment de la consultation sur la création du nouveau Régime, en mai 1996, puis en février 2000, alors que ce dernier faisait l'objet d'une évaluation générale, mais aussi lors des débats sur l'ensemble de notre système de services de santé et de services sociaux, dont on ne saurait exclure l'accès aux médicaments.

Si nous sommes heureux de participer aujourd'hui à cette nouvelle évaluation du Régime d'assurance médicaments, nous déplorons toutefois la hâte avec laquelle nous avons dû procéder pour pouvoir nous présenter à cette consultation. Nous aurions en effet souhaité avoir davantage de temps pour pouvoir discuter avec nos membres de cette importante mise au point, et ce, à différents titres : usagers du système de santé et consommateurs de médicaments; souscripteurs aux divers régimes, public comme privés; travailleurs et travailleuses actifs ou retraités; ou encore, à titre de salariés du réseau de la santé et des services sociaux, impliqués parfois étroitement au processus d'utilisation et d'administration des médicaments.

Nous avons pris tout le temps mis à notre disposition pour tenter de répondre à chacune des modifications proposées par le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, principalement à partir du document de consultation intitulé *L'assurance-médicaments : un acquis social à préserver*.

Notre mémoire sera divisé en cinq parties : nous verrons tout d'abord en introduction l'état de la situation; nous examinerons par la suite les perceptions véhiculées à l'égard du Régime d'assurance médicaments, nous ferons part de notre propre compréhension et de nos inquiétudes, pour procéder ensuite à l'évaluation du plan d'action ministériel et enfin, à nos conclusion et recommandations.

1.- Introduction

Tous en conviennent, le Régime général d'assurance médicaments est un acquis social important. Mais comme tout régime à ses premières années, il convient de procéder régulièrement à son évaluation, à corriger le tir et à apporter les améliorations qui s'imposent. La vie économique et sociale est ainsi faite qu'il serait utopique de penser possible d'instaurer un régime perfectionné et achevé une fois pour toutes.

Le Régime d'assurance médicaments, à son origine, visait à couvrir 1,2 millions de Québécois et de Québécoises exclus de toute couverture et acquérait un statut de régime universel, puisqu'il constituait une protection minimale visant l'ensemble des régimes individuels et collectifs, assurant à tous les mêmes garanties de base et protégeant les personnes les plus vulnérables. L'accès aux services de santé, reconnu comme un droit fondamental, englobe l'accès aux médicaments nécessaires à la santé.

Sans ce régime, ce sont aujourd'hui 1,7 millions de personnes, dont 400 000 enfants, qui seraient exclues d'une telle protection minimale.

Au total, le Québec compte aujourd'hui 4,2 millions de personnes couvertes par des régimes collectifs (57 % de la population) et 3,2 millions de personnes assurées par le régime public¹ (43 % de la population).

Dans le régime public, les assurés doivent en effet contribuer financièrement sous diverses formes :

- ◆ une **franchise** mensuelle de 8,33 \$;
- ◆ une **coassurance**² de 25 % sur la portion du coût qui excède la franchise.

Un plafond mensuel de contribution est fixé à ces sommes pour éviter un fardeau financier excessif pour les personnes couvertes. À l'exception des enfants et des prestataires de l'assistance emploi avec contrainte sévère qui bénéficient de la gratuité, les prestataires sans contrainte et les personnes âgées recevant la prestation maximale du supplément de revenu garanti ont un plafond mensuel de 16,66 \$ (200 \$ par année), les personnes âgées recevant une prestation partielle du supplément de revenu garantie ont un plafond de 41,66 \$ par mois (500 \$ par année) et enfin, les personnes âgées sans prestation de supplément de revenu garanti et les autres adhérents ont un plafond mensuel de 62,49 \$ (750 \$ par année).

Les assurés doivent aussi contribuer financièrement sous une autre forme :

- ◆ une **prime annuelle** dont le montant maximal est actuellement de 385 \$. Cette prime est établie en fonction du revenu de l'assuré du régime public, à l'exclusion des

¹ Ces 3,2 millions de personnes se répartissent ainsi : 900 000 personnes de 65 ans et plus; 600 000 prestataires de l'assistance emploi (dont 200 000 enfants) et 1 700 000 d'adhérents — salariés de PME, travailleurs autonomes et préretraités — (dont 400 000 enfants).

² Part du coût du médicament assumée au moment de l'achat des médicaments. Les régimes privés sont assujettis aux dispositions relatives à la coassurance et au plafond mensuel de contribution.

enfants, des prestataires de l'assurance emploi, des personnes âgées recevant la prestation maximale de supplément de revenu garanti et des adhérents dont le revenu annuel est inférieur à 11 460 \$. Cette prime annuelle est perçue par le ministère du Revenu au moment de la production de la déclaration d'impôts.

Au total, c'est dire que la participation financière maximale d'un individu peut atteindre 1 135 \$ annuellement.

On estime que l'État assume près des deux tiers du coût du régime public (63 % en 2000) et que les assurés en acquittent le reste, soit 37 %.

Il faut voir maintenant que les dépenses en médicaments ont pris une importance relative de plus en plus grande. À la page 3 du **Document de consultation**, la Figure 1 nous présente des données qui parlent d'elles-mêmes : de 1980 à 2000, la part relative des dépenses de médicaments dans l'ensemble des dépenses de santé a été multipliée par trois, passant de 5,8 % à 16,9 %.

Depuis la création du régime, en 1997, le coût brut des médicaments s'est accru en moyenne de 16,6 % par année dans le régime public³, et de 18,3 % dans les régimes privés.

Cette croissance du coût des médicaments n'a évidemment pas été sans conséquence sur l'état des finances du régime public qui a vu la contribution de l'État presque doubler entre 1997 et aujourd'hui, passant de 715 millions de dollars à 1,35 milliards \$.

Comment expliquer ce phénomène ? C'est la réponse à cette question qui devrait jeter toute la lumière nécessaire à la compréhension de la situation, à l'élaboration des perspectives et de la voie à suivre.

Avant d'aborder la diversité des perceptions à cet égard, il est important de souligner que cette évolution faramineuse des coûts n'est pas propre au Québec. De l'avis de l'ensemble des observateurs, on observe une progression aussi marquée tant dans les autres provinces du Canada, qu'aux États-Unis et dans les autres pays industrialisés, quelle que soit la nature publique ou privée des régimes.

2.- **La croissance des coûts : les perceptions**

À l'examen de la littérature sur la question, plusieurs facteurs semblent contribuer à une telle croissance des coûts. Si certaines des raisons invoquées peuvent se vérifier dans les faits, d'autres demeurent cependant dans une sphère un peu plus nébuleuse.

Rappelons brièvement chacun des facteurs explicatifs les plus courants.

³ Rappelons qu'au moment de la mise sur pied du Régime, on prévoyait un taux de croissance annuel moyen de 7 % en dollars constants du coût moyen des médicaments par personne sur une période de 5 ans. (Rapport Montmarquette, p. 5)

a) La hausse des ordonnances

Selon le **Document de consultation**, la hausse de la consommation représenterait environ 70 % de l'augmentation du coût brut total des médicaments observée entre 1997 et 2000. Cette hausse serait elle-même tributaire de 3 facteurs : l'apparition sur le marché de nouveaux médicaments permettant de traiter des maladies pour lesquelles il n'existait auparavant aucun médicament ou remplaçant d'autres types d'interventions (comme la chirurgie par exemple); l'utilisation accrue de médicaments à titre préventif ou prescrits dans le cadre du virage ambulatoire; et l'accroissement du nombre de consommateurs, auquel le vieillissement de la population est étroitement rattaché.

b) La hausse du coût par ordonnance

Toujours selon le **Document**, la hausse du coût par ordonnance résulterait à la fois de l'augmentation du prix moyen des médicaments et de la tendance à favoriser la prescription de nouveaux médicaments, en général plus coûteux que ceux qu'ils remplacent. Cette hausse représenterait 30 % de l'augmentation totale des coûts. Pourtant, selon la Coalition des médecins pour la justice sociale, plus de 95 % des nouveaux médicaments seraient des modifications mineures d'anciennes versions.

c) Le «monopolisme» de l'industrie pharmaceutique

Pour certains chercheurs, comme ceux de la Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM⁴, c'est l'industrie pharmaceutique qui tient le gros bout du bâton. Dans une étude portant sur 9 des 15 plus grandes firmes de l'industrie pharmaceutique mondiale, ces chercheurs questionnent les taux exorbitants observés par l'industrie comparativement à d'autres secteurs, comme par exemple un taux de rendement de l'ordre de 45 % plutôt que de 11 à 17 % (télécommunications et banques, respectivement). Selon leur analyse, un taux de rendement de l'ordre de 15 % aurait permis une baisse des prix des médicaments de l'ordre de 16,8 %. Profit net, dividendes versés et investissements : tout dans cette étude montre combien cette industrie a le vent dans les voiles, ce qui lui permet entre autre d'avoir des dépenses trois fois plus élevées en marketing et en administration qu'en recherche et développement. Les différents reportages sur le lobbying effectué par l'industrie auprès des médecins sont allés dans le même sens.

Comme nous le verrons plus loin, le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux n'est pas resté insensible à une telle analyse.

d) L'absence d'analyse coûts/bénéfices en terme de système global des services de santé

Plusieurs font également ressortir que l'analyse des impacts économiques de la hausse de consommation des médicaments est faite en vase clos et qu'elle ne tient pas compte des économies directes et indirectes qu'une telle hausse peut impliquer au niveau des

⁴Lauzon, L.P. et Hasbani, M., *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période de 10 ans 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, avril 2002.

autres enveloppes budgétaires du système de santé, comme les hospitalisations, les chirurgies et autres frais médicaux, ainsi que dans les services sociaux. Plutôt que d'adopter une vision microéconomique des dépenses en médicaments, il s'agirait d'aborder la question du point de vue des dépenses globales de santé et de services sociaux.

3.- Notre compréhension et nos inquiétudes

À l'examen des principales perceptions véhiculées actuellement quant à l'état de la situation du Régime général d'assurance médicaments et au vu du Plan d'action proposé par le Ministre, nous en venons à une conclusion qui n'est pas pour nous nouvelle : *«le besoin de prendre notre temps pour bien évaluer l'impact des décisions qui seront prises dans ce dossier»*, comme nous l'écrivions en février 2000 dans notre Mémoire à la Commission des affaires sociales concernant l'évaluation du régime.

Tous conviennent de la hausse prodigieuse du coût global des médicaments. Mais tous ne conviennent pas des mêmes explications, cela va de soi. Forcés de recueillir des bribes d'informations ici et là, à travers des analyses orientées dans diverses directions (intérêts des industries pharmaceutiques et de l'assurance, protection des droits des citoyens et amélioration de la santé et des services de santé, contrôle financier du régime et des finances publiques, etc.), il n'est pas facile d'avoir une vision complète et bien documentée du dossier.

D'emblée, nous admettons donc qu'il est nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation du Régime et de corriger le tir, s'il y a lieu, mais loin de nous est l'idée de le chambouler de part en part. C'est ainsi, que d'entrée de jeu, nous nous prononçons en faveur du maintien du niveau actuel de la coassurance. Nous sommes conscients de l'enjeu que représente actuellement le financement du régime et nous prendrons grand soin d'examiner toutes les avenues possibles pour franchir les obstacles sans remettre en cause les principes d'équité et de solidarité qui ont été à l'origine du Régime en question.

Mais auparavant, nous nous permettons de reprendre et de débattre un à un les facteurs susceptibles d'expliquer la hausse du coût global des médicaments. Pour ce faire, commençons par brosser un tableau d'ensemble des dépenses de santé et des dépenses en médicaments.

Le tableau des dépenses

L'examen des dépenses de médicaments par habitant (en dollars constants) nous indique tout d'abord qu'en 1975, les dépenses publiques en santé au Québec étaient 3 % supérieures à celles des autres provinces alors qu'en 1999, elles étaient de 15 % inférieures (1 731 \$ au Québec, contre 2 036 \$ dans les autres provinces)⁵. Quant aux dépenses privées, elles sont restées relativement stables. En 1975, les Québécois

⁵ Les données proviennent de l'*Institut canadien d'information sur la santé* et de *Statistique Canada*. Elles ont été tirées d'une recherche collective effectuée en septembre 2001 pour *Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada* sur **La valeur des médicaments**.

dépensaient 17 % moins que dans le reste du Canada; en 1999, ce pourcentage atteignait 19 % en moins. Ce n'est donc pas l'introduction d'un régime universel qui aurait pu faire gonfler les coûts de santé.

Il en est de même des dépenses en médicaments. Dans l'ensemble du Canada, le Québec se situe en deçà de la moyenne et qui plus est, l'écart s'est creusé au cours des dernières années. En effet, alors que les Québécois dépensaient en 1975 1,9 % de moins qu'ailleurs au pays, c'est maintenant un pourcentage de 5,4 % de moins qu'on observe (409,60 \$ contre 433,20 \$ annuellement en 1999). Toutefois, l'arbre ne saurait cacher la forêt : les dépenses en médicaments et produits pharmaceutiques par habitant ont fait un bond important dans le temps : au Québec comme dans le reste du Canada, elles ont évolué au rythme annuel moyen de 2,4 % entre 1975 et 1990, contre 3,6 entre 1991 et 1999. Depuis 1996, année d'introduction du Régime d'assurance médicaments au Québec, le rythme de croissance observé est de 4,9 % en moyenne au Québec et de 6,9 % au Canada.

Il est intéressant de voir le poids occupé par les dépenses en médicaments dans l'ensemble des dépenses de santé : en 1975, au Québec comme dans le reste du Canada, les dépenses en médicaments représentaient 10,2 % des dépenses totales de santé par habitant. En 1999, ce pourcentage s'élevait à 16,7 % au Québec et à 14,8 % dans le reste du Canada. Les dépenses gouvernementales en médicaments sont passées de 1,8 % des dépenses de santé à 8,3 % au Québec et à 6,6 % ailleurs au pays. Il faut faire attention de conclure ici que les dépenses publiques du Québec sont démesurées en comparaison des autres provinces : on a vu que globalement, les Québécois en général consomment moins de services de santé et de médicaments qu'ailleurs au Canada, dépenses publiques et personnelles confondues.

a) La hausse des ordonnances

Une hausse des ordonnances faisant suite à un accroissement du nombre de consommateurs, que ce soit en raison du vieillissement de la population ou d'une couverture plus large du nombre d'assurés, ne pose pas en soi de problème ... puisque normalement, cela faisait partie des prévisions. En 1999, le nombre de nouveaux adhérents au Régime qui ont bénéficié des dispositions s'est élevé à plus de 969 000 personnes, soit 45 % de l'ensemble des bénéficiaires; près de 13 millions d'ordonnances leur ont été prescrites, soit environ 23 % du nombre total d'ordonnances. Une hausse de couverture entraîne nécessairement une hausse des ordonnances et constitue donc un facteur non négligeable.

L'apparition sur le marché de nouveaux médicaments permettant de traiter des maladies pour lesquelles il n'existait auparavant aucun médicament ou remplaçant d'autres types d'interventions peut être souhaitable et expliquer une partie de la hausse des ordonnances. Cependant, et la lecture de différentes analyses nous inquiète, il semble que l'inscription de ces nouveaux médicaments à la liste se fasse très rapidement, sans étude approfondie suffisante des effets thérapeutiques, économiques et sociaux de tels nouveaux médicaments. Un coup de barre à cet effet s'impose peut-être.

Pour nous, l'utilisation accrue de médicaments à titre préventif ou prescrits dans le cadre du virage ambulatoire résulte nécessairement dans l'accroissement du nombre d'ordonnances. Ce qu'il s'agit d'évaluer, c'est si cette hausse est accompagnée d'une diminution des dépenses de santé dans d'autres domaines et d'en évaluer l'effet net.

Enfin, il nous semble approprié d'ajouter au nombre des facteurs explicatifs de la hausse des ordonnances, la possibilité d'une surconsommation de médicaments ou de leur utilisation inappropriée, phénomène en lien direct avec la hausse des ordonnances. Il faut se préoccuper davantage de cette question, la documenter et mettre en place des mesures de prévention qui ne pourront qu'être heureuses sur le plan clinique et économique⁶.

b) La hausse du coût par ordonnance

La hausse du coût par ordonnance résulterait à la fois de l'augmentation du prix moyen des médicaments et de la tendance à favoriser la prescription de nouveaux médicaments, en général plus coûteux que ceux qu'ils remplacent.

Nous ne nierons pas que le remplacement de médicaments par de nouveaux produits plus efficaces, mais aussi plus coûteux, puisse non seulement être souhaitable, mais vital. L'exemple du SIDA suffira à nos propos. Mais il se peut également qu'un certain «laxisme» se soit installé et qu'on laisse trop rapidement de nouveaux médicaments très coûteux en remplacer d'autres tout aussi efficaces. Plusieurs exemples sont donnés dans la littérature. Le *Rapport Montmarquette* a fait ressortir que de 1997 à 2000, six catégories de catégories seulement de médicaments sont responsables de plus de 50 % de la facture du régime public d'assurance médicaments, dont la plupart sont d'apparition récente. Il faut s'assurer de leur efficacité relative.

Il n'est pas de notre intention de développer davantage sur cette question, mais force est de tirer la sonnette d'alarme et de suggérer fortement qu'une analyse approfondie soit effectuée sur le sujet.

c) Le «monopolisme» de l'industrie pharmaceutique

Lors d'un débat sur l'assurance médicaments à la Commission des affaires sociales, le 18 avril dernier, le ministre Legault a expliqué que la première démarche qu'il entendait faire était d'interpeller directement les compagnies pharmaceutiques :

«Je pense que les compagnies pharmaceutiques ont une responsabilité dans le dossier de l'augmentation du coût des médicaments. On est en train de les interpeller (...) je pense que les compagnies pharmaceutiques font trop de promotion pour certains médicaments, essaient effectivement... d'inscrire de nouveaux médicaments qui n'apportent pas vraiment de valeur significative, essaient aussi de convaincre les médecins

⁶ Il serait également intéressant d'examiner la question de la sous-consommation de médicaments et de ses conséquences sur le système et le budget global de santé.

de prescrire davantage.» [...] «On est en train actuellement de discuter avec les compagnies pharmaceutiques pour s'assurer ... qu'il n'y ait pas de médicaments qui soient prescrits inutilement. On veut s'assurer aussi, dans l'inscription des nouveaux médicaments, qu'il n'y ait pas exagération au niveau du prix. Donc, on veut effectivement ... raffiner les critères de sélection du Conseil de pharmacologie pour s'assurer qu'il y ait encore peut-être plus de présence de l'aspect coûts-bénéfices, ... que la contribution d'un nouveau médicament soit en proportion de son coût significatif.» (Transcription des débats de la CAS, 18 avril 2002).

Le ministre a fait clairement allusion à cet égard l'étude de la Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM mentionnée plus tôt. Nous verrons plus loin si le plan d'action proposé répond convenablement à cette préoccupation.

d) L'absence d'analyse coûts/bénéfices en terme de système global des services de santé

Il nous semble pertinent de vous citer ici un extrait du Rapport gouvernemental d'évaluation du Régime général d'assurance médicaments présenté au début de l'année 2000 :

«L'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans d'autres programmes de santé par une réduction, notamment, des services hospitaliers. Pour être complète, l'analyse de la croissance des coûts du programme de médicaments doit être effectuée dans ce contexte.»

Nous le répétons : c'est sous cet angle qu'il faut aborder la question du financement. Qu'il s'agisse de recours à de nouveaux médicaments, de croissance de consommation due au virage ambulatoire ou de plus grande couverture, il est impératif de pouvoir mesurer les gains (et les pertes) de la hausse des dépenses en médicaments dans les dépenses **globales** de santé et mesurer leur impact sur les indicateurs de santé.

Il serait donc intéressant de mesurer combien l'investissement social que représente le Régime d'assurance médicaments rapporte en terme d'indices de santé de la population. On peut même penser que l'intégration réelle du régime dans l'ensemble du système de santé permettrait de jeter davantage d'éclairage sur la conciliation à effectuer entre dépenses de médicaments plus élevées d'un côté, et comportement des dépenses globales de santé de l'autre. Nous y reviendrons dans le plan d'action.

À ces quatre facteurs, nous aimerions en ajouter un cinquième : celui du rôle de suivi et de contrôle de l'État.

e) L'absence de suivi et de contrôle gouvernemental

Tous ces facteurs, il va sans dire, doivent être aussi considérés sous l'angle du rôle de l'État. Ce dernier a -t-il pris suffisamment les moyens nécessaires pour encadrer efficacement l'inscription et les critères d'inscription des nouveaux médicaments sur la liste des médicaments remboursables, pour faire le suivi de l'administration, de

l'utilisation et de l'efficacité thérapeutique des médicaments et pour avoir une vision globale du système de santé plutôt que compartimentée ? Il faut insister ici sur le fait qu'il ne s'agit pas simplement de processus ou de contrôle administratifs. Le *Rapport Montmarquette* rapportait que les études réalisées jusqu'alors avaient fait ressortir plusieurs problèmes très concrets, «*au niveau de la prescription et de la délivrance du médicament, du manque de suivi de la thérapie et du comportement des patients par rapport à l'observance.*» (Rapport, p. 12) Au-delà du strict fonctionnement du régime, l'État se doit également d'en faciliter la compréhension et l'assimilation par l'ensemble des citoyens comme il en va, bien sûr, de la formation des professionnels de la santé et du personnel de soin.

Plusieurs facteurs semblent donc concourir à la hausse des dépenses en médicaments et à première vue, il nous apparaît fort plausible qu'en agissant efficacement sur chacun de ces facteurs, nous réussirions à contrôler et à améliorer la situation sans bouleverser le Régime et surtout, sans changer les principes d'équité et de solidarité qui ont prévalu à sa création.

C'est dans cet esprit que nous abordons le plan d'action proposé par le **Document de consultation**.

4.- Le plan d'action

Le plan d'action proposé par le ministre Legault repose d'abord et avant tout sur l'assertion que la croissance des coûts se poursuivra. La section 3 du **Document de consultation**, intitulée *L'enjeu du financement* postule qu'«*il est possible de prévoir l'évolution du coût brut total des médicaments au cours des prochains exercices financiers*», à partir de l'hypothèse «*qu'aucune modification n'est apportée au régime actuel*».

Selon cette hypothèse, le taux de croissance annuel moyen du coût brut total des médicaments devrait s'élever à 15,7 %. Si rien n'était fait, cela doublerait le financement de l'État entre 2001-2002 et 2005-2006. On conclut donc que cette hausse fragiliserait sérieusement la situation financière du régime public d'assurance médicament et que la participation financière gouvernementale exercerait une forte pression sur les finances publiques : de 2002-2002 à 2002-2003 seulement, si rien n'est fait, on estime les dépenses publiques supplémentaires à 420 millions \$, une somme équivalant à 32,5 % de la croissance globale fixée pour l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement, alors que le Régime ne représente que 3 % de l'ensemble de ces mêmes dépenses⁷.

En reconduisant les crédits supplémentaires accordés en fin d'année 2001-2002 (145 millions \$), les besoins financiers à combler en 2002-2003 seraient donc de 275 millions \$ (420 M\$ moins 145 M\$).

⁷ Il faut avoir en tête que les dépenses gouvernementales pour la mission «santé et services sociaux» représentent le tiers de l'ensemble des dépenses. Parmi cette mission, la RAMQ, dont dépend le Régime d'assurance médicaments, accapare 24,0 % des dépenses. Outre les dépenses de fonctionnement, il est normal de penser que les dépenses en soins médicaux et en médicaments accaparent une grande partie des dépenses de programmes.

Le plan d'action proposé par le ministre vise d'abord et avant tout à mettre à contribution les différents acteurs du régime pour financer ces 275 millions \$, tout en proposant des mesures structurantes de nature plus permanente.

Voici les mesures proposées :

a) Un préalable : assurer la perception des primes d'assurance médicaments (35 M\$)

Une analyse des déclarations du Revenu du Québec permettrait de croire qu'un montant de 35 M\$ en primes impayées pourrait être récupéré dès 2002-2003 auprès de personnes ayant déclaré être assurées par un régime privé alors qu'elles étaient inscrites au régime public.

La perception d'une telle somme nous apparaît tout à fait justifiée, particulièrement pour les raisons d'équité invoquées par le gouvernement. Cependant, nous ne serions pas surpris de constater qu'une partie importante des personnes en faute étaient de bonne foi, en raison de la complexité du régime. Le non-paiement des primes provient certainement dans plusieurs cas de la mauvaise compréhension des règles régissant le régime.

Aux dires mêmes des membres du comité Montmarquette, les règles régissant le fonctionnement et le financement Régime sont complexes : «*Ainsi, des questions aussi simples en apparence que le montant à payer lors d'un achat nécessite une explication qui fait intervenir des notions de franchise, de coassurance et de plafond mensuel de contribution.*» (Rapport, p. 37)

Il faudra donc voir à simplifier ces règles.

b) Une meilleure utilisation des médicaments et un partenariat avec l'industrie pharmaceutique (90 M \$)

À ce chapitre, le ministre vise à influencer sur les facteurs identifiés plus haut (partie 2 de notre mémoire *La croissance des coûts : les perceptions*). Les mesures proposées sont la création d'un **Conseil du médicament**, l'amélioration du suivi de l'utilisation des médicaments, la modification des critères de décision pour l'inscription des médicaments et un plan d'action visant un partenariat avec les compagnies de recherche de l'industrie pharmaceutique.

i. *Création du Conseil du médicament*

La proposition est à l'effet de regrouper et d'intégrer le **Conseil consultatif de pharmacologie**, le **Comité de revue de l'utilisation des médicaments** et le **Réseau de revue d'utilisation des médicaments**.

Le nouveau Conseil du médicament sera composé de 4 médecins, 2 pharmaciens, 2 experts des domaines de l'économie de la santé ou de l'épidémiologie, 4

membres sociétaux choisis pour leur expérience; s'ajouteront à eux, sans droit de vote, le directeur général du Conseil et un représentant du ministre.

De plus, une **table de consultation** sera constituée pour fins de suivi avec le milieu dans le cadre de la fonction de suivi et d'utilisation optimale des médicaments. Cette table sera formée de 2 représentants du Conseil du médicament, 1 de l'Ordre des pharmaciens du Québec, 1 du Collège des médecins du Québec, 1 de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1 de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, 1 de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, 1 de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, 1 des compagnies de recherche pharmaceutique représentant l'ensemble du secteur des entreprises innovatrices⁸ et 1 représentant des assureurs.

Nous réitérons notre appui à la création d'un tel Conseil et nous souhaitons qu'il ait aussi pour mandat de définir une politique du médicament pour tout le Québec, abordant l'ensemble des problèmes et inquiétudes soulevés à d'autres occasions. Certes, cela comprend le débat incontournable sur la question de la règle des prix le plus bas ou de référence, sur celle des brevets, des regroupements d'achats, etc.

Nous déplorons une fois de plus que ni la composition du Conseil du médicament ni celle de la table de consultation ne comprennent de représentants de la population. Plus encore, compte tenu du rôle actif direct joué par le personnel de soins habilité à administrer les médicaments et autres produits pharmaceutiques, nous nous étonnons de l'absence de représentant de ce dernier à la table de consultation. Nous souhaitons ardemment que le projet de loi sera amendé en conséquence.

ii. *Amélioration du suivi de l'utilisation des médicaments*

Le gouvernement annonce un renforcement des mécanismes qui sont déjà en place en mettant par ailleurs les médecins et les pharmaciens à contribution. Le **Conseil du médicament** aura donc les mandats :

- d'augmenter le nombre de revues d'utilisation des médicaments;
- d'élaborer et mettre en œuvre avec les organismes concernés des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation, visant les professionnels de la santé et la population;
- de s'assurer de la diffusion de lignes directrices ou de guides de pratique ainsi que de l'évaluation des problèmes d'observance aux traitements médicamenteux, en lien avec les organismes concernés;
- de créer un Fonds pour l'utilisation optimale des médicaments auquel contribuerait l'industrie pharmaceutique, afin de financer des études de revue d'utilisation de médicaments ainsi que la formation des professionnels de la santé;

⁸ Cette participation est conditionnelle au versement d'une contribution à un *Fonds pour l'utilisation optimale des médicaments*. On y reviendra plus loin.

- réaliser un projet pilote sur la mention de l'intention thérapeutique (soit l'indication pour laquelle le médicament est prescrit) sur l'ordonnance, après consentement explicite des usagers.

Nous sommes d'accord avec l'esprit de ces propositions, en autant qu'elles soient en lien avec l'élaboration d'une véritable politique du médicament. Nous favorisons fortement la mise sur pied de programmes d'information, de formation et d'intervention auprès des médecins, des pharmaciens, **des travailleurs et travailleuses de la santé et des usagers** afin de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Cette formation doit être indépendante, il va de soi, des guides et des programmes initiés par l'industrie pharmaceutique elle-même.

iii. *Modification des critères de décision pour l'inscription des médicaments*

Le projet de loi propose de permettre l'examen des demandes selon une perspective globale, «*tenant compte des dimensions thérapeutiques, sociales et économiques*». Ces nouveaux critères sont les suivants :

- la valeur thérapeutique de chaque médicament;
- la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité de chaque médicament;
- l'impact de l'inscription de chaque médicament à la liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé;
- l'opportunité de l'inscription d'un médicament à la liste en regard de l'objet du Régime général d'assurance médicaments qui est d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

Nous partageons les nouveaux critères mis de l'avant en soulignant que nous comprenons que le dernier critère n'empêchera pas une personne d'avoir accès à un médicament même coûteux s'il ne peut en être autrement et qu'inversement, il ne servira à rien d'inscrire un nouveau médicament coûteux sur la liste s'il en existe un autre aussi efficace et moins coûteux.

En même temps que nous souscrivons aux critères d'analyse coûts-bénéfices et de l'impact des médicaments sur la santé et les autres composantes du système de santé, nous réitérons notre intérêt face à une réflexion approfondie sur l'opportunité de mieux intégrer le Régime général d'assurance médicament dans le système global de santé et de services sociaux, en modifiant peut-être le cloisonnement des modes de financement, afin de mieux circonscrire la réduction nette de dépenses de santé résultant d'un accroissement d'une dépense en médicaments.

Nous ne croyons toujours pas, comme nous vous l'avions dit en 2000, que le régime d'assurance médicaments s'inscrive dans la logique d'assurances qui prévaut dans le secteur privé. L'analyse du régime public ne peut se faire sur des bases purement comptables, d'équilibre entre revenus et dépenses. Elle doit s'inscrire dans le cadre de l'offre globale des soins de santé.

iv. *Partenariat avec l'industrie pharmaceutique*

C'est à juste titre que le gouvernement affirme que «*les entreprises pharmaceutiques doivent aussi assumer leur part de responsabilité*». Le plan d'action proposé comprend trois volets :

- contribution de 5 millions \$ à un Fonds pour l'utilisation optimale des médicaments (le gouvernement versera 1 million \$);
- engagement de l'industrie pharmaceutique à investir 6 millions \$ dans la revue d'utilisation des médicaments demandée par le Conseil du médicament et dans les mesures d'amélioration à mettre en place;
- investissement immédiat de 2,4 millions \$ en vue d'une meilleure utilisation de certains médicaments spécifiques.

Nous appuyons ces mesures mais les trouvons très timides. Face aux sommes astronomiques que l'industrie pharmaceutique engloutit en publicité et en lobbying de toutes sortes, face aux résultats économiques exceptionnels dont on n'a plus à faire la preuve, nous croyons que cette contribution pourrait être augmentée afin de diminuer d'autant le solde à financer.

Nous pensons également à une autre avenue. Il nous apparaît important de soulever à nouveau la question de l'existence de prix différents pour les médicaments achetés sous couvert de régime public ou de régime privé. Les régimes privés ne pouvant négocier le prix des médicaments qu'ils achètent, ils ne profitent donc pas du prix négocié lors de l'inscription d'un médicament sur la liste gouvernementale. Lors de l'évaluation du régime général, en 2000, la prescription moyenne valait 28,35 \$ dans le secteur privé et 25,97 \$ dans le secteur public, pour un écart de 9,5 %. Nous croyons que le gouvernement peut utiliser son pouvoir de négocier avec l'industrie pour étendre à l'ensemble des régimes un prix unique pour les médicaments. Le Régime général d'assurance médicaments, quoique mixte, revêt un caractère universel. À ce titre, il ne peut exister une politique «d'un poids deux mesures», d'autant plus que, comme l'explique le **Document de consultation**, le régime public et les régimes privés recourent à une participation financière analogue de leurs assurés. Nous demandons donc, par souci d'équité, que les prix des médicaments inscrits sur la liste publique s'appliquent à l'ensemble des régimes.

c) Un solde à financer de 150 M\$

Le gouvernement propose le partage suivant de la facture : 76 millions \$ de plus pour les assurés et 74 millions \$ de plus pour le gouvernement.

En préalable, le **Document de consultation** stipule que «*le régime doit permettre à tous les citoyens et les citoyennes d'y avoir accès peu importe leur revenu, particulièrement les clientèles les plus vulnérables*». C'est d'ailleurs l'un des principes qui a prévalu à la création du Régime.

Pour cette raison, le gouvernement n'entend pas faire subir de hausse aux prestataires de l'assistance emploi et aux personnes âgées recevant la prestation maximale de supplément de revenu garanti. Fort bien, nous nous réjouissons d'une telle initiative, le Québec a besoin de telles mesures sociales. Qu'en est-il des autres assurés? La hausse de contribution pour les adhérents ne se qualifiant pas à ce gel sera bien réelle.

D'entrée de jeu, le gouvernement affirme que l'augmentation de la participation financière des assurés doit correspondre à la progression du coût brut des médicaments. Ce coût est estimé à 14,6 % entre 2001-2002 et 2002-2003. Cependant, en vertu des mesures prévues, ce coût peut être abaissé à 9,6 %.

La hausse proposée des paramètres de contribution est donc de 9,6 % pour les assurés concernés. Cela touche la franchise mensuelle (8,33 \$ à 9,13 \$), de même que les plafonds mensuels (au maximum, de 750 \$ à 822 \$) et la prime annuelle qui passe d'un maximum de 385 \$ à 422 \$ (il s'agit de la quatrième hausse depuis la création du Régime⁹). Le pourcentage de coassurance des assurés passe de 25 % à 27,4 %.

Nous nous posons plusieurs questions sur la hausse de la participation financière des assurés. Vous nous l'avez rappelé, le régime doit permettre à tous d'y avoir accès peu importe leur revenu. Une hausse de coût pourrait venir réduire cette accessibilité.

À juste titre d'ailleurs, le **Document** note que la hausse de la contribution sera plus importante pour les personnes âgées, car celles-ci consomment davantage de médicaments¹⁰.

Ce n'est pas parce qu'une personne âgée reçoit une fraction du supplément de revenu garanti qu'elle est en moyens d'absorber cette hausse. Par définition, parce qu'elle reçoit ce supplément, cette personne a un faible, voire un très faible revenu. Faut-il rappeler une fois de plus l'étude du Dr Tamblyn selon laquelle la hausse demandée par le passé à ces personnes a amené une diminution de la consommation de médicaments essentiels et une détérioration coûteuse de leur état de santé ?

La hausse proposée est d'autant plus ressentie qu'elle s'annonce largement supérieure à la hausse moyenne des revenus des adhérents et des retraités. L'accroissement de leur contribution l'est en quelque à double titre. Car en plus de se voir attribuer leur part de la hausse du coût de médicaments par une augmentation équivalente de leur franchise mensuelle, de leur limite de contribution mensuelle et de leur prime, ces personnes vont voir leur couverture réduite par l'élévation de la coassurance. Ces mesures de désengagement de l'état, même très partielles, nous apparaissent inacceptables.

⁹ Depuis le 1^{er} juillet 2000, seule la prime annuelle maximale était sujette à l'indexation. Elle est passée de 175 \$ au moment de la création du Régime à 350 \$ au 1^{er} juillet 2000, puis à 385 \$ le 1^{er} janvier 2001.

¹⁰ Le ministre Legault a estimé, lors de la Commission des affaires sociales du 18 avril dernier, qu'environ 90 % des personnes âgées étaient couvertes par le régime public et qu'elles constituaient une clientèle beaucoup plus à risque. (Transcription des débats de la CAS, 18 avril 2002).

Ce qui semble être une faible hausse de la coassurance, nous le percevons plutôt comme un dangereux précédent, notamment face à l'instauration du mécanisme annuel d'indexation des paramètres à compter du 1^{er} juillet 2003.

En supposant la projection d'un accroissement annuel moyen de 15,7 % au cours des prochaines années et en misant sur une diminution relative des coûts de l'ordre de 6 % à même les diverses mesures mises en place, nous nous retrouvons avec un accroissement net d'au moins 9 %. Nous avons fait l'exercice d'appliquer aux paramètres de contribution et à la prime prévue des hausses de 9% pour les cinq prochaines années, et les résultats parlent d'eux-mêmes : dans 5 ans, nous nous retrouverions avec un plafond mensuel de près de 1 300 \$ et une prime maximale de 650 \$ (contre 750 \$ et 385 \$ respectivement actuellement). C'est dire que la coassurance passerait de 25 % à plus de 42 %. C'est tout simplement inimaginable et inconcevable : pour reprendre les mots d'un journaliste bien connu, «*Ces chiffres donnent le vertige.*¹¹»

Avec une coassurance à plus de 40%, sommes-nous encore en présence d'un régime donnant un accès aux médicaments ? Non. C'est pourtant la piste qu'on nous suggère. Il nous apparaît évident que la piste de l'indexation des paramètres nous mène tout droit dans un cul de sac, pour l'instant du moins. Il est pertinent de citer ici le *Rapport Montmarquette* : «...il faut cependant rappeler que la littérature scientifique montre que certaines populations sont plus sensibles aux variations dans les conditions économiques d'accès aux médicaments et que la coassurance constitue un important déterminant dans la décision de consommer ou non un médicament essentiel.» (*Rapport*, p. 44)

La piste du contrôle de l'utilisation des médicaments nous apparaît la meilleure et nous croyons que nous devons donner aux mesures préconisées par le ministre que nous appuyons et à celles que nous avançons le temps de faire leur chemin et de donner des résultats.

Nous nous opposons donc à l'inclusion du mécanisme d'indexation dans le projet de loi, de même qu'à l'instauration d'un niveau permanent de coassurance de 27,4 %. En exigeant une contribution plus substantielle de la part de l'industrie pharmaceutique et en permettant un transfert de fonds à même les économies générées par l'utilisation des médicaments dans les autres sphères du système de santé ou les revenus de taxation en vigueur, et en indexant partiellement le montant des primes et des franchises au coût moyen de la vie, il est sans doute possible de maintenir la **coassurance** à 25 %.

d) Autres mesures

Nous aimerions soulever ici un autre problème qui nous inquiète depuis déjà trop longtemps et auxquels il est plus que temps de remédier.

¹¹ Claude Picher, *La Presse*, le samedi 30 mars 2002.

L'assurance médicaments est fournie pour une bonne partie de la population du Québec sous forme de régime collectif souvent obtenu et bonifié au terme de dures négociations collectives. Ces régimes contribuent à la santé générale des Québécois et des Québécoises¹². À ce titre, nous comprenons mal la raison pour laquelle est maintenue la **taxe de vente au détail** de 9 % qui s'applique aux primes versées au titre des régimes collectifs d'assurance maladie¹³.

En 1999, au Québec, plus de 3 milliards de dollars ont été déboursés en médicaments et produits pharmaceutiques. Les dépenses publiques ont représenté 35 % de ces montants, alors que les dépenses personnelles ont compté pour 65 %. Bien qu'à l'achat les médicaments sous ordonnance soient exonérés de taxe, il reste qu'au départ, la taxe imposée sur la prime des régimes d'assurances privés est refilée à des usagers dont on peut penser que la consommation personnelle est prépondérante.

Cette taxe exerce indubitablement des pressions à la hausse sur le coût des régimes privés et une ponction est ainsi faite sur la rémunération globale. Pour certaines personnes et certains ménages, le coût pour être couvert par un régime privé peut ainsi devenir simplement prohibitif. Nous demandons l'abolition de la taxe de vente au détail de 9 %.

5.- Conclusion et recommandations

La conclusion du **Document de consultation** commence par la phrase suivante : *«Le médicament est devenu un bien essentiel dans le système de santé.»* C'est cette conviction qui nous a accompagnés tout au long de l'étude des modifications que le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux entend apporter au Régime général d'assurance médicaments.

Constatant un large consensus à l'effet que ce régime constitue un acquis social *«à préserver»*, le Document soulève certaines inquiétudes *«quant à la capacité de la société québécoise à maintenir en place le régime actuel...»*.

Si le Ministre propose des avenues structurantes fort intéressantes, particulièrement la mise sur pied du Conseil du médicament et la table de consultation, avec des mandats élargis et ciblant les principales préoccupations de l'heure, il reste que les mesures financières envisagées soulèvent autant d'inquiétudes quant à la préservation du Régime dans toutes ses dimensions sociales.

Voici maintenant, pour l'essentiel, un résumé de nos recommandations :

¹² En 1999, les dépenses totales en médicament

¹³ L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. estimait en novembre dernier un total de 343 millions \$ versés en taxes applicables à l'assurance, dont 75,9 millions \$ à titre de taxe sur les primes et 267,1 millions \$ à titre de taxe de vente.

1. Dans la foulée des principes d'équité et de solidarité qui ont été à l'origine du Régime général d'assurance médicaments et que nous avons appuyés, nous nous prononçons en faveur du maintien actuel du niveau de la coassurance.
2. La perception des primes impayées estimées à 35 M \$ nous apparaît tout à fait justifiée. Cependant, le non-paiement des primes provient certainement dans plusieurs cas de la mauvaise compréhension des règles du régime. Nous proposons donc une simplification de ces règles.
3. Nous appuyons la création d'un **Conseil du médicament** et d'une table de consultation. Nous déplorons toutefois l'absence de représentants de la population au Conseil et à la table de consultation, ainsi que celle de représentants du personnel de soins à la table de consultation.
4. Nous réitérons la nécessité de l'élaboration d'une politique du médicament pour tout le Québec et nous proposons que mandat soit donné à cet effet au nouveau Conseil du médicament.
5. Nous voulons améliorer significativement le suivi de l'utilisation des médicaments et appuyons en ce sens les mandats dévolus en ce sens au Conseil du médicament, dans la mesure où ceux-ci s'inscrivent dans le mandat plus général de l'élaboration d'une politique du médicament.
6. Nous favorisons fortement la mise sur pied de programmes d'information, de formation et d'intervention auprès des médecins et des pharmaciens. Nous croyons de plus qu'il serait opportun d'étendre ces programmes au personnel de soins et aux usagers afin de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Cette formation se doit d'être indépendante des guides et programmes initiés par l'industrie pharmaceutique.
7. Le projet propose la modification des critères de décision pour l'inscription des médicaments. Nous sommes d'accord avec de tels critères qui tiennent compte des dimensions thérapeutiques, sociales et économiques. Quant à l'opportunité de l'inscription d'un médicament eu égard à la nécessité «*d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis...*», nous comprenons que ce critère n'aura pas pour conséquence d'empêcher une personne d'avoir accès à un médicament même coûteux s'il ne peut en être autrement, et qu'inversement, il ne servira à rien d'inscrire un nouveau médicament coûteux sur la liste s'il en existe un autre aussi efficace et moins coûteux.
8. Nous appuyons les trois volets d'implication sollicitée auprès de l'industrie pharmaceutique mais nous ne pouvons que les trouver fort timides. Nous croyons que cette contribution pourrait être augmentée afin de diminuer d'autant le solde à financer.
9. Nous croyons ici important de soulever la question de l'existence de prix différents pour les médicaments achetés sous couvert de régime public ou de régime privé.

Lors de l'évaluation du régime général, en 2000, un écart de 9,5 % jouait en faveur du prix moyen des prescriptions dans le régime public. Nous croyons que le gouvernement peut utiliser son pouvoir de négociation avec l'industrie pour étendre à l'ensemble des régimes les prix des médicaments inscrits sur la liste publique.

10. Nous ne pouvons souscrire à la hausse proposée des paramètres de 9,6 %. Nous saluons le fait que le projet épargne les prestataires de l'assistance emploi ainsi que les personnes âgées recevant la prestation maximale de supplément de revenu garanti. La hausse proposée heurtera de front une grande partie de la clientèle et au premier rang, les personnes âgées qui trop souvent, sans recevoir de supplément partiel de revenu, ont de faibles revenus. La hausse demandée par le passé a amené une diminution de la consommation de médicaments essentiels et une détérioration coûteuse de leur état de santé. Nous ne voulons pas voir se répéter un tel scénario.
11. Nous nous opposons également, nous l'avons déjà dit, à l'élévation du niveau de coassurance. Ce qui peut sembler négligeable aujourd'hui peut devenir monstrueux dans l'avenir. Ainsi, sur 5 ans seulement, en appliquant un paramètre d'accroissement de 9,0 % par année, on en arrive à une coassurance de plus de 40 %. C'est tout simplement inconcevable.
12. Nous favorisons la piste du contrôle de l'utilisation des médicaments. Nous avons appuyé plus tôt toute une série de mesures préconisées par le *Document de consultation* concernant l'amélioration du suivi de l'utilisation des médicaments et la modification des critères de décision pour l'inscription des médicaments. Nous aimerions insister ici sur le fait que l'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans d'autres programmes de santé et de services sociaux. Nous croyons qu'une analyse approfondie doit être effectuée dans ce contexte : nous devons cesser d'analyser le Régime d'assurance médicaments sur des bases strictement comptables, d'équilibre entre revenus et dépenses.
13. L'assurance médicaments est fournie pour une bonne partie de la population du Québec sous forme de régime collectif obtenu et bonifié au terme de processus de négociations parfois ardues et de tels régimes contribuent à la santé générale des Québécoises et des Québécois. À ce titre, nous comprenons mal la raison pour laquelle est maintenue la taxe de vente au détail sur les primes de 9 %. En plus de subir une hausse de leurs primes suite à une hausse du prix des médicaments, ces assurés se voient refiler tout ou partie de cette facture fiscale, tant et si bien que de plus en plus de personnes renonce tout simplement aux régimes d'assurances, tant le coût est prohibitif. Nous demandons l'abolition de cette taxe de 9 % sur les primes.

Tout au long de ce mémoire, il est apparu que plusieurs facteurs concourent à la hausse des dépenses en médicaments. Il nous apparaît qu'en agissant efficacement sur chacun de ces facteurs, nous réussirons à contrôler et à améliorer la situation sans bouleverser le Régime et surtout, sans changer les principes d'équité et de solidarité qui ont prévalu à sa création.

Montréal, le 27 mai 2002.