

**pour un
RÉGIME PUBLIC UNIVERSEL
D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS
au Québec**

union
des consommateurs

Juin 2009

Mémoire publié par :



6226 rue Saint-Hubert, 3^e étage
Montréal (Québec) H2S 2M2

Téléphone : 514-521-6820
Sans frais : 1 888 521-6820
Télécopieur : 514-521-0736

union@consommateur.qc.ca
www.consommateur.qc.ca/union

Membres de l'Union des consommateurs

ACEF Abitibi-Témiscamingue
ACEF Amiante – Beauce – Etchemins
ACEF de l'Est de Montréal
ACEF de l'Île-Jésus
ACEF de Lanaudière
ACEF Estrie
ACEF Grand-Portage
ACEF Montérégie-est
ACEF du Nord de Montréal
ACEF Rive-Sud de Québec
Association des consommateurs
pour la qualité dans la construction
Membres individuels

L'Union des consommateurs est membre de l'Organisation internationale des consommateurs (CI), une fédération regroupant 220 membres en provenance de 115 pays.

Rédaction du rapport :

- Élisabeth Gibeau

En collaboration avec :

- Mélanie Rioux
- Charles Tanguay
- France Latreille

Nota : Dans ce mémoire, le masculin a valeur d'épicène.

L'UNION DES CONSOMMATEURS, *la force d'un réseau*

L'Union des consommateurs est un organisme à but non lucratif qui regroupe plusieurs Associations coopératives d'économie familiale (ACEF), l'Association des consommateurs pour la qualité dans la construction (ACQC) ainsi que des membres individuels.

La mission de l'Union des consommateurs est de représenter et défendre les droits des consommateurs, en prenant en compte de façon particulière les intérêts des ménages à revenu modeste. Les interventions de l'Union des consommateurs s'articulent autour des valeurs chères à ses membres : la solidarité, l'équité et la justice sociale, ainsi que l'amélioration des conditions de vie des consommateurs aux plans économique, social, politique et environnemental.

La structure de l'Union des consommateurs lui permet de maintenir une vision large des enjeux de consommation tout en développant une expertise pointue dans certains secteurs d'intervention, notamment par ses travaux de recherche sur les nouvelles problématiques auxquelles les consommateurs doivent faire face; ses actions, de portée nationale, sont alimentées et légitimées par le travail terrain et l'enracinement des associations membres dans leur communauté.

L'Union des consommateurs agit principalement sur la scène nationale, en représentant les intérêts des consommateurs auprès de diverses instances politiques, réglementaires ou judiciaires et sur la place publique. Parmi ses dossiers privilégiés de recherche, d'action et de représentation, mentionnons le budget familial et l'endettement, l'énergie, les questions liées à la téléphonie, la radiodiffusion, la télédistribution et l'inforoute, la santé, l'alimentation et les biotechnologies, les produits et services financiers, les pratiques commerciales, ainsi que les politiques sociales et fiscales.

Finalement, dans le contexte de la globalisation des marchés, l'Union des consommateurs travaille en collaboration avec plusieurs groupes de consommateurs du Canada anglais et de l'étranger. Elle est membre de l'*Organisation internationale des consommateurs* (OI), organisme reconnu notamment par les Nations Unies.

TABLE DES MATIÈRES

L'Union des consommateurs, la force d'un réseau	3
Introduction	5
Présentation du régime hybride actuel	7
Comment le régime hybride actuel échoue à remplir son objectif	9
Contribution financière inéquitable	9
Mauvaise répartition du financement du RGAM	10
Conditions d'adhésion différentes : profit contre solidarité	11
Absence de continuité de la couverture	11
Régimes privés non assujettis à la méthode de fixation des prix du régime public	11
Iniquités au niveau de la franchise, de la coassurance et de la couverture	12
Failles dans la protection de la vie privée	12
Croissance incontrôlée des coûts	13
Conséquences de cette croissance incontrôlée des coûts	16
Lacunes de la Politique du médicament - une accessibilité équitable et raisonnable aux médicaments : un objectif partiellement atteint	16
Vers un RGAM public	19
Contribution financière équitable pour tous	19
Financement assumé par tous et réparti plus équitablement	20
Continuité de la couverture	21
Méthode uniforme de fixation des prix	21
Franchise, coassurance et couverture équivalentes pour tous	21
Protection de la vie privée assurée	21
Contrôle de la croissance des coûts	21
Contrôle des coûts et pérennité d'un RGAM public	22
Améliorer la Politique du médicament	22
Adopter une politique d'achat des médicaments	22
Intégrer la thérapie médicamenteuse au système de soins de santé	24
Encadrer les pratiques de promotion et marketing	24
Conclusion	26

INTRODUCTION

Le rapport Gagnon¹ recommandait, en 1995, l'instauration d'un régime universel d'assurance médicaments reposant sur le postulat que « la pharmacothérapie est aussi essentielle à la santé de la population que les autres traitements médicaux, qu'elle remplace ou modifie d'ailleurs souvent ». Le Régime général d'assurance-médicaments du Québec (RGAM) a été mis en vigueur le 1^{er} janvier 1997 avec pour objectif d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments.

La mise en place de ce régime a représenté un progrès incontestable pour les 1,5 millions de personnes qui ne bénéficiaient auparavant d'aucune protection d'assurance. Il a cependant fallu attendre en 2007 pour que toutes les personnes prestataires de l'assistance emploi ainsi que les aînés touchant de 94 % à 100 % du Supplément de revenu garanti bénéficient gratuitement du RGAM².

Pourtant, le RGAM n'a pas réglé tous les problèmes d'accès aux médicaments pour la population québécoise. Ainsi, en 2005, un sondage maison de l'Union des consommateurs, effectué dans le cadre de 209 consultations budgétaires effectuées dans ses ACEF membres, révélait que 74% des répondants (ou un membre de leur famille) avaient eu, dans les 12 derniers mois, à emprunter pour se procurer un médicament prescrit. Les trois-quarts! 68 % de ces répondants étaient âgés entre 25 et 54 ans, le revenu familial de 45% d'entre eux provenait d'un salaire d'emploi à temps complet et les deux tiers étaient inscrits au régime d'assurance médicaments de la RAMQ.

Par ailleurs, l'Institut de la statistique du Québec révèle, dans une étude de 2009, que c'est au Québec que les dépenses des ménages en soins de santé sont les plus élevées, parmi les provinces canadiennes. C'est le seul poste de dépenses dans cette situation, car pour le logement, l'alimentation et l'éducation, les dépenses des Québécois sont moindres que celles de leurs compatriotes canadiens. Ainsi, les soins de santé coûtent aux ménages québécois 18 % de plus qu'en Ontario et 2 % de plus que dans le reste du Canada. « En effet, les dépenses engagées par les ménages au titre des primes d'assurance maladie – comprenant les régimes d'assurance hospitalisation et frais de médicaments ainsi que les régimes privés d'assurance maladie – sont beaucoup plus élevés au Québec (715 \$) en moyenne en 2005 comparativement à l'Ontario (404 \$) »³.

Cette même étude révèle enfin que les dépenses des ménages en soins de santé n'ont cessé d'augmenter entre 1997 et 2005 : elles étaient de 1231 \$ par an en 1997 et de 1844 \$ par an en 2005⁴.

Dans une ère où les médicaments ne servent désormais plus seulement à guérir, mais bien aussi à prévenir les maladies et remplacer des chirurgies, les gens sont de plus en plus appelés

1 GAGNON, R. et al. *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec [analyse de faisabilité]*, ministère de la santé et des services sociaux, mai 1995.

² Avant 2008, seuls les prestataires d'assistance emploi avec contraintes sévères et les aînés recevant 100% du SRG profitaient du RGAM gratuit.

³ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Données sociales du Québec*, édition 2009, page 177.

⁴ Ibidem, page 179.

à en consommer. À la lumière de ces données, la question de l'accès aux médicaments demeure donc un enjeu, malgré l'instauration du régime d'assurance-médicaments en 1997.

Nous en explorerons les raisons dans les prochaines pages et exposerons la solution préconisée, soit l'abolition du régime hybride public-privé actuel pour le remplacer par un régime universel entièrement public.

PRÉSENTATION DU RÉGIME HYBRIDE ACTUEL

Le Régime général d'assurance-médicaments (RGAM) adopté en 1997 a la particularité d'être un régime hybride, c'est-à-dire que les personnes ayant accès à un régime privé d'assurance par le biais de leur employeur ou de leur ordre professionnel sont obligées d'y adhérer.

En 2007, 3,18 millions de personnes étaient assurées par la partie **publique** du régime et 4,3 millions par la partie **privée** (données de la RAMQ). Du nombre de personnes assurées à la partie publique du régime, 30,7 % étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, 15,9 % étaient des prestataires de l'assistance-emploi et 53,4 % étaient des adhérents non couverts par une assurance collective privée.

A) Contribution financière des assurés du RGAM

Les personnes prestataires de l'assistance-emploi, de même que les enfants mineurs, étudiants à temps plein (domiciliés chez leurs parents) et les personnes âgées de 65 ans et plus recevant 94 % et plus du Supplément de revenu garanti (SRG) peuvent se procurer leurs médicaments gratuitement. Au total, 31,5 % des assurés du régime public profitent de la gratuité des médicaments.

Quant aux autres 68,5 % (adultes de 18 à 64 ans non admissibles à un régime privé, personnes de 65 ans et plus sans SRG ou avec SRG de 1 % à 93 %), leur contribution financière se fait de trois façons⁵ :

- 1) par une franchise mensuelle de 14,30 \$ par mois ;
- 2) par une coassurance mensuelle de 31 %, qui s'applique sur la portion des dépenses mensuelles en médicaments qui excède le montant de la franchise. Précisons qu'au-delà d'un montant de 77,21 \$ par mois, les assurés ne défraient plus rien (le maximum est de 48,99 \$ pour les personnes de 65 ans et plus avec SRG au taux de 1 % à 93 %).
- 3) par le versement d'une prime, au moment de la déclaration des revenus et en fonction du revenu. Cette prime est comprise entre 0 \$ et 570 \$.

B) Contribution financière des assurés des régimes privés

Dans les régimes privés, aucune catégorie d'assurés ne bénéficie de la gratuité des médicaments, pas même les enfants mineurs. Les assurés doivent déboursier pour une franchise, une coassurance et une prime, comme les assurés du régime public. Cependant, ils doivent en plus assumer les frais de deux taxes et d'un avantage imposable consenti aux employeurs :

- 1) La franchise varie d'un assureur à l'autre, mais se chiffre en moyenne entre 50 \$ et 100 \$ par an.
- 2) Le pourcentage de coassurance ne doit pas dépasser les niveaux maximaux prévus dans la Loi sur l'assurance-médicaments, mais varie aussi d'un assureur à l'autre ;
- 3) Quant à la prime, elle peut être assumée par les assurés et/ou leur employeur. Cependant, le montant n'est pas fixé en fonction du revenu, mais plutôt en lien avec l'évaluation des risques que représente le groupe assuré ;
- 4) Fait à noter, une taxe de vente de 9 % est appliquée sur les primes d'assurance collective ;
- 5) Enfin, le Québec est la seule province à considérer comme un avantage imposable la contribution de l'employeur à une protection d'assurance-médicaments. En conséquence,

⁵ Tarifs du régime public en vigueur du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} juillet 2009.

les employés profitant d'un régime privé doivent payer des impôts sur la contribution de leur employeur à leur régime d'assurance collective.

Les acteurs en présence

En 2006, au Québec, les dépenses totales en médicaments étaient de 6,2 milliards de dollars, dont 86 % étaient pour des médicaments d'ordonnance. Il s'agit donc d'un poste de dépense important pour les consommateurs et le gouvernement, de même que d'un marché très lucratif pour l'industrie pharmaceutique et les assureurs privés. Dans ce contexte, la « coexistence de l'industrie pharmaceutique, des besoins des patients et des finances publiques »⁶ (mentionnés dans cet ordre par le ministre de la Santé Philippe Couillard devant la Commission permanente des affaires sociales en novembre 2007) crée des tensions pas toujours faciles à concilier.

⁶ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. *Commission permanente des affaires sociales, Journal des débats, Interpellation : Politique du médicament*, 9 novembre 2007. [En ligne] <http://www.assnat.qc.ca/fra/38Legislature1/DEBATS/journal/cas/071109.htm> (page consultée le 28 mai 2009).

COMMENT LE RÉGIME HYBRIDE ACTUEL ÉCHOUE À REMPLIR SON OBJECTIF

Rappelons l'objectif de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., c. A-29.01), inscrit à l'article 2 : « Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un **accès raisonnable et équitable** aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. A cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût de services thérapeutiques et de médicaments et exige des personnes ou des familles qui en bénéficient une participation financière **tenant compte notamment de leur situation économique** ».

Or, plusieurs éléments nous permettent d'affirmer que le choix d'un régime hybride public-privé empêche d'atteindre cet objectif. Nommément :

- Contribution financière inéquitable
- Mauvaise répartition du financement du RGAM
- Conditions d'adhésion différentes
- Absence de continuité de la couverture
- Régimes privés non assujettis à la méthode de fixation des prix du régime public
- Iniquités au niveau de la franchise, de la coassurance et de la couverture
- Failles dans la protection de la vie privée
- Croissance incontrôlée des coûts des médicaments

Nous détaillerons chacun de ces éléments dans les pages suivantes et terminerons en exposant les lacunes de la Politique du médicament adoptée en 2007.

Contribution financière inéquitable

A) Pour les assurés du RGAM

Le régime mis en place étonne par son caractère peu progressif. La contribution financière exigée des personnes à revenu modeste apparaît en effet trop importante. Ainsi, une personne seule n'aura aucune prime à payer si elle a un revenu de 13 760 \$ et moins. Pour un revenu de 13 761 \$ et plus, une prime sera calculée en fonction du revenu net : par exemple, une personne seule gagnant le salaire minimum (9\$/heure, 40 heures par semaine), soit 18 720 \$ par année (donc sous le seuil de pauvreté) devra tout de même verser une prime annuelle de 289 \$ et assumer les frais de franchise et de coassurance. Et à partir de 21 861 \$ de revenu net, c'est le paiement de la prime maximale qui sera exigé. En conséquence, une personne seule gagnant 22 000 \$ aura le même montant de prime à payer qu'une personne ayant un revenu de 100 000 \$: la prime maximale de 570 \$.

Taille du ménage	Aucune cotisation (si le revenu net est égal ou inférieur à)	Prime maximale (si le revenu net est plus grand ou égal à)
1 adulte	13 760 \$	21 861 \$
1 adulte, 1 enfant	22 310 \$	30 411 \$
1 adulte, 2 enfants	25 280 \$	33 381 \$
2 adultes	22 310 \$	36 776 \$
2 adultes, 1 enfant	25 280 \$	39 746 \$
2 adultes, 2 enfants	28 020 \$	42 486 \$

Source : RAMQ, 2008

Les personnes atteintes de maladies chroniques nécessitant la consommation de nombreux médicaments vivent aussi une situation inéquitable menaçant éventuellement leur accès aux médicaments. En effet, le 2 juin 2008, la 21^e édition de la Liste des médicaments comportait pour la première fois des médicaments soumis au prix maximum payable (PMP). Ces médicaments génèrent un coût à la charge du patient, qui n'est pas inclus dans le calcul de la franchise et de la coassurance. Il est donc possible qu'un individu devant prendre des médicaments soumis au PMP paie une cotisation annuelle plus élevée que sa contribution maximale. En juin 2008, 24 médicaments de la Liste ont été assortis d'un PMP : en octobre 2008, ils étaient 162. Pour les personnes atteintes de maladies chroniques nécessitant l'achat de nombreux médicaments chaque mois, la situation est très inquiétante. Des organismes leur venant en aide, tels COCQ-Sida, suivent la situation de près.

B) Pour les assurés d'un régime privé

Depuis son entrée en vigueur, la Loi 33 oblige toutes les personnes à contracter une assurance médicaments. Les travailleurs à qui l'employeur offre un contrat d'assurance collective sont dès lors obligés d'y adhérer et d'assurer aussi conjoint et enfants. De plus, la prime payée ne couvre habituellement pas uniquement les médicaments, mais peut couvrir plusieurs soins de santé (soins dentaires, lunettes, chiropractie,...).

Cela a des répercussions importantes pour les assurés à revenu modeste parce que, contrairement aux assurés du RGAM, le montant de leur prime n'est pas fixé en fonction de leur revenu. En conséquence, l'assuré d'un régime privé ayant un salaire de 12 000 \$ et celui gagnant 30 000 \$ paieront la même prime, alors qu'avec un revenu de 12 000 \$ par année, l'assuré du RGAM n'aurait aucune prime à payer.

Mauvaise répartition du financement du RGAM

Le déficit du RGAM dont on parle tous les ans est inhérent au choix de financement qu'on a fait : en effet, le mode de financement actuel prévoit que le Fonds de l'assurance-médicaments s'autofinance par le biais des contributions versées par les adhérents au régime général.

Ce sont en conséquence les bénéficiaires du RGAM ne profitant pas de la gratuité des médicaments qui se partagent le fardeau de son financement et subissent la hausse constante des cotisations : la prime maximale est ainsi passée de 175 \$ en 1996 à 570 \$ en 2008⁷. Une augmentation de 325 % !

Pourquoi serait-ce aux seuls assurés du régime public à assumer les coûts de celui-ci ? Par exemple, les employeurs n'offrant aucune assurance collective à leurs employés ne sont pas mis à contribution alors qu'ils bénéficient des retombées positives de ce programme au même titre qu'ils bénéficient des autres programmes de santé⁸.

On ne peut passer sous silence non plus les économies réalisées ailleurs dans le réseau, suite à l'instauration du RGAM, sur les frais d'hospitalisation entre autres. Avant de hausser les

⁷ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Les tarifs du régime public en vigueur au 1^{er} juillet 2008*, s.d. [En ligne] <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/tarifs.shtml> (page consultée le 28 mai 2009).

⁸ Le spécialiste en gestion des dépenses de l'État Nicolas Marceau affirmait dans *Le Devoir* du 13 septembre 2008 : «Les entreprises qui s'installent au Canada répètent sans cesse à quel point le réseau public est avantageux, car elles n'ont pas besoin de fournir des polices d'assurance coûteuses à leurs employés». CAMERON, Daphné. *Le privé dans la santé est-il vraiment une menace ?*, *Le Devoir*, cahier spécial, page H-3, 13 septembre 2008.

primes, il faudrait donc les prendre en compte dans l'analyse qu'on fait du coût du programme et envisager de réaffecter les sommes ainsi épargnées au financement du régime.

Conditions d'adhésion différentes : profit contre solidarité

Nous l'avons vu : la prime pour les assurés des régimes privés est déterminée en fonction du risque économique que représente le groupe de personnes assurées alors qu'au contraire, dans le secteur public, la prime est fixée en tenant compte du revenu familial. Cette logique de calcul désavantage clairement les assurés des régimes privés, qui ne peuvent cotiser en fonction de leur revenu. Nous y voyons une injustice flagrante.

Absence de continuité de la couverture

Les personnes qui changent souvent d'emplois durant l'année ou qui se promènent entre les programmes gouvernementaux et l'emploi perdent à chaque fois la couverture de leur assurance collective ou du RGAM, selon le cas. Il n'y a en effet aucune continuité de la couverture lors du passage d'un régime public au régime privé, ou vice versa, ou encore lorsqu'ils passent d'un régime privé à un autre. Des gens se retrouvent donc parfois obligés de payer plusieurs fois dans l'année le coût de la franchise ou de la coassurance.

Régimes privés non assujettis à la méthode de fixation des prix du régime public

Si les régimes privés sont tenus de couvrir de façon minimale les médicaments inscrits à la liste des médicaments remboursables, ils ne sont pas assujettis à la méthode de fixation des prix utilisée dans le régime public. Ils remboursent plutôt au prix courant. Les assureurs privés n'ont en effet aucun contrôle sur les prix des médicaments et les honoraires des pharmaciens et ne peuvent choisir, par exemple, de rembourser un médicament au coût de son équivalent générique. Cette situation rend le contrôle des coûts très difficile dans les régimes privés et fait en sorte que les sommes que doivent déboursier les assurés des régimes privés varient beaucoup d'une pharmacie à l'autre, alors qu'ils sont fixes pour les assurés du RGAM.

Ainsi, en 2008, La Presse Affaires a constaté des écarts de 14 % à 107 % en comparant les prix de sept médicaments, dans différentes pharmacies de la région de Montréal. « Par exemple, une pharmacie facture 55\$ pour 30 comprimés de Norvasc à un patient souffrant d'hypertension qui est couvert par un programme d'assurance privée. C'est 18 % de plus que le prix facturé à un assuré du côté public », écrit la journaliste⁹.

À un assuré du RGAM, les pharmaciens ne peuvent exiger davantage que le prix coûtant du médicament (fixé par la RAMQ), plus la marge bénéficiaire du grossiste (6 % plafonné à 24 \$), plus leurs propres honoraires (8,12 \$ par prescription). Pour un assuré des régimes privés, la seule règle qui prévaut est celle de facturer tous les clients de la même façon. Les honoraires des pharmaciens peuvent donc varier entre 8 \$ et 30 \$, par exemple. Le prix d'un même médicament, lui, peut être jusqu'à 50 % plus cher pour un assuré d'un régime privé¹⁰.

En conséquence : « Une pharmacie qui a une clientèle composée presque seulement d'assurés de la RAMQ, dégage une marge bénéficiaire brute de 23 %. C'est très peu dans le commerce de détail. Une pharmacie qui aurait une clientèle essentiellement d'assurés privés, aurait une marge de 30 à 33 %. Plus en ligne avec les coûts d'exploitation réels », estime M. Cadieux, directeur général de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires¹¹.

⁹ GRAMMOND, Stéphanie. *Des écarts de prix surprenants : magasinez vos médicaments !*, La Presse Affaires, 19 février 2008.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Op.cit. note 9.

Iniquités au niveau de la franchise, de la coassurance et de la couverture

Dans les régimes privés, le montant de la franchise est inégal d'un assureur à l'autre : certains n'en exigent aucune alors que d'autres la fixent à 50 \$ ou 100 \$. Dans le régime public, la franchise est établie à 171,60 \$ annuellement (14,30 \$ par mois). Certaines clientèles en sont exemptées.

Pour la coassurance, le pourcentage varie aussi d'un assureur à l'autre, alors que dans le régime public, il a été fixé à 31 % en juillet 2008. Aussi, dans la plupart des régimes privés, les assurés doivent déboursier 100 % des coûts de leurs médicaments au moment de l'achat et sont remboursés suite à l'envoi de leur facture. Ce n'est pas le cas dans le régime public : les gens ne déboursent que le montant de la coassurance au moment de l'achat du médicament.

En ce qui concerne la couverture, il n'y a pas non plus d'équité entre les deux régimes. Dans les régimes privés, les assurés ont habituellement à déboursier pour leurs enfants. Ils peuvent cependant bénéficier d'une couverture supérieure et être assurés pour des médicaments qui ne sont pas sur la liste gouvernementale. Dans le régime public, les médicaments sont entièrement gratuits pour les enfants et les jeunes de 18-25 ans qui sont aux études à temps plein. Par contre, les assurés doivent payer en totalité les coûts des médicaments qui ne sont pas sur la liste.

Enfin, répétons que les assurés d'un régime privé doivent déboursier une taxe de vente de 9% sur leurs primes¹², une autre taxe de 2,35 % sur la prime d'assurance collective et des impôts sur l'avantage imposable consenti aux employeurs pour leur contribution à une assurance collective.

Failles dans la protection de la vie privée

Le régime hybride actuel cause aussi des problèmes aux personnes ayant des problèmes médicaux nécessitant la prise de nombreux médicaments et qui sont obligées de contracter une assurance collective avec leur employeur, lorsqu'elle est offerte. Des organismes tels que COCQ-Sida, nous révèlent l'existence de nombreux cas de personnes séropositives ayant préféré payer les médicaments de leur poche, vogueur de contrat en contrat ou encore demeurer illégalement couvert par la RAMQ plutôt que de souscrire à l'assurance-médicaments du régime collectif de leur employeur, sachant 1) que les primes de tous les collègues grimperont subitement à cause de leur entrée dans le régime et 2) que le lien sera rapidement fait entre la hausse des primes et leur arrivée dans l'équipe. L'idée de devoir subir le regard interrogateur des collègues sur la nature de la maladie les affectant est suffisante pour que nombre d'entre eux préfèrent l'anonymat garanti par le RGAM. La mutualisation des risques sur un petit nombre de personnes, pour les assurés des régimes privés, est la cause de cette discrimination.

¹² CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX. *La CSN craint une hausse des primes des régimes collectifs d'assurance*, 1^{er} février 2007. [En ligne] <http://209.171.32.100/en/releases/archive/February2007/01/c3834.html?view=print> (page consultée le 29 mai 2009).

Croissance incontrôlée des coûts

La croissance des dépenses consacrées au RGAM est de l'ordre de 8,1 % par an depuis 1998¹³. La croissance est encore plus forte dans les régimes privés, avec une hausse annuelle moyenne des dépenses de 10 % à 15 %¹⁴. Le taux de croissance annuel des dépenses en médicaments est, d'année en année, systématiquement plus élevé que l'Indice des prix à la consommation¹⁵.

Lorsque l'on se compare, on ne se console pas, au contraire : en effet, les dépenses totales en médicaments par habitant représentent au Québec 19,7 % des dépenses totales de santé alors que la moyenne canadienne est de 16,8 % (voir le tableau ci-après¹⁶). Similairement, le Canada dépense 735 \$ par habitant en médicaments, soit le montant le plus élevé après les États-Unis (988 \$). À noter que la Nouvelle-Zélande et l'Australie, qui ont adopté des politiques d'achat de médicaments génériques, ne dépensent respectivement que 363 \$ et 517 \$ par habitant en médicaments¹⁷.

Sommaire des dépenses en médicaments selon la province et le territoire et au Canada, 2007

(source : Institut canadien d'information sur la santé)

	Dépenses totales en médicaments par habitant			Dépenses en médicaments prescrits par habitant			Dépenses publiques en médicaments prescrits par habitant		
	Montant	Change-ment en % par rapport à 2006	% des dépenses totales de santé par habitant	Montant	Change-ment en % par rapport à 2006	% des dépenses totales en médicaments par habitant	Montant	Change-ment en % par rapport à 2006	% des dépenses en médicaments prescrits par habitant
T.-N.-L.	852,06 \$	11,7	17,0	747,81 \$	12,8	87,8	305,77 \$	25,5	40,9
Î.-P.-É.	788,49 \$	6,7	16,8	644,55 \$	7,1	81,7	228,62 \$	12,9	35,5
N.-É.	847,13 \$	6,1	17,5	698,57 \$	6,4	82,5	277,12 \$	10,4	39,7
N.-B.	909,80 \$	8,3	17,9	777,65 \$	9,0	85,5	251,63 \$	9,3	32,4
Qc	862,27 \$	5,6	19,7	746,04 \$	5,4	86,5	389,42 \$	7,8	52,2
Ont.	877,66 \$	6,5	17,6	731,68 \$	7,0	83,4	341,11 \$	8,3	46,6
Man.	709,87 \$	5,4	13,5	587,41 \$	5,7	82,7	309,50 \$	6,8	52,7
Sask.	766,12 \$	9,3	14,8	644,12 \$	10,2	84,1	331,84 \$	18,3	51,5
Alb.	719,36 \$	6,1	13,3	571,66 \$	6,4	79,5	286,97 \$	8,0	50,2
C.-B.	659,54 \$	5,4	14,0	529,91 \$	5,7	80,3	241,45 \$	6,1	45,6
Yn	722,44 \$	3,5	10,3	569,71 \$	3,3	78,9	391,67 \$	3,6	68,7
T.N.-O.	475,77 \$	3,0	6,0	394,04 \$	3,6	82,8	218,18 \$	3,0	55,4
Nun.	600,14 \$	4,8	5,5	522,58 \$	5,4	87,1	369,00 \$	5,5	70,6
Canada	817,53 \$	6,3	16,8	683,09 \$	6,6	83,6	327,20 \$	8,4	47,9

Légende : P = Prévisions

¹³ BÉLAND, François et al. *Le privé dans la santé : les discours et les faits*, Presses de l'Université de Montréal, 2008, à la page 33.

¹⁴ Donnée de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.

¹⁵ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Taux de croissance annuel du total des dépenses en médicaments et du total des dépenses en santé, Canada, de 1985 à 2007*, s.d. [En ligne] http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_15may2008_fig1_f.html (page consultée le 29 mai 2009).

¹⁶ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Sommaire des dépenses en médicaments selon la province et le territoire et au Canada, 2007*, 2008. [En ligne] http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_15may2008_table4_f.html (page consultée le 29 mai 2009).

¹⁷ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Dépenses publiques en produits pharmaceutiques par habitant par rapport aux dépenses de santé du secteur public, pays de comparaison de l'OCDE, 2005, 2008*. [En ligne] http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_15may2008_table5_f.html (page consultée le 29 mai 2009).

Dans le cadre d'un Symposium sur l'utilisation optimale du médicament tenu en mai 2004, la RAMQ dévoilait des chiffres démontrant que les augmentations de coût des médicaments en 2003 étaient dues, en ordre d'importance : 1) à la hausse du nombre moyen d'ordonnances par participant; 2) à la hausse du nombre moyen de participants et : 3) à la hausse du coût par ordonnance¹⁸.

La hausse du nombre d'ordonnances par participant peut s'expliquer par le fait qu'il est maintenant possible de traiter à domicile, avec des médicaments, des maux qui nécessitaient auparavant une hospitalisation. Cela a pour effet d'entraîner une dépense accrue en achat de médicaments, mais pour corollaire de diminuer les coûts de soins de santé et d'hospitalisation. Aussi, quand on constate, dans le même document de la RAMQ, que 61 % des ordonnances sont émises pour les personnes âgées de 65 ans et plus et que 57 % du coût brut du RGAM est imputable à cette catégorie de clientèle, on ne peut que conclure qu'il y a un lien entre la hausse du nombre moyen de participants et le vieillissement de la population.

A) Les profits démesurés des entreprises pharmaceutiques

En ce qui concerne la hausse du coût par ordonnance, il faut cependant chercher ailleurs les causes. En premier lieu, il faut regarder du côté des profits exorbitants engrangés par les entreprises pharmaceutiques : celles-ci ont en effet des taux de rendement 2,7 fois plus importants que ceux de la moyenne des entreprises américaines. Comme les chercheurs Hasbani et Lauzon l'affirment¹⁹:

Si ces entreprises pharmaceutiques se contentaient d'un taux de rendement après impôt sur le capital investi de 15 % (soit la moyenne réalisée en l'an 2000 par l'ensemble des compagnies américaines), on assisterait alors à une baisse de 17 % du prix des médicaments ce qui aurait un impact immédiat à la baisse sur les coûts de l'assurance-médicaments et du système de santé publique en général.

Il y a là matière à réflexion. D'autant plus que l'argument maintes fois entendu à l'effet que les pharmaceutiques doivent hausser leurs prix afin de disposer des fonds nécessaires à la recherche et développement (R&D) ne tient pas lorsqu'on y regarde de plus près. En effet, il appert que les neuf compagnies pharmaceutiques étudiées dans la recherche de Lauzon et Hasbani auraient versé, entre 1991 et 2000, 77% de leurs profits aux actionnaires. De plus, ces mêmes compagnies auraient, dans les mêmes années, dépensé « 316 milliards \$ U.S en frais de marketing et d'administration contre 113 milliards \$ en frais de recherche et de développement, soit 2,8 fois plus »²⁰. Force est de constater que les hausses du prix des médicaments vont davantage au financement des campagnes de marketing et de vente (ou dans les poches des actionnaires) qu'à la recherche de nouveaux médicaments...

B) L'introduction de nouveaux médicaments

En deuxième lieu, il faut considérer le fait que cette hausse des dépenses en médicaments peut aussi s'expliquer par l'introduction de nouveaux médicaments plus dispendieux et pas

¹⁸ RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC. *Bilan de l'évolution du coût des médicaments*, dans le cadre du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament, 20-21 mai 2004. [En ligne] [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/274b12c2555bd8ba85256dce00553858/578aa693c158b57c85256e99004ed175/\\$FILE/portelance.pps](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/274b12c2555bd8ba85256dce00553858/578aa693c158b57c85256e99004ed175/$FILE/portelance.pps) (page consultée le 29 mai 2009).

¹⁹ LAUZON, Léo-Paul et Marc Hasbani. *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, 2002. [En ligne] <http://www.uqam.ca/nouvelles/2002/02-033.htm> (page consultée le 29 mai 2009).

²⁰ Ibidem.

nécessairement de qualité supérieure à ceux déjà sur le marché. Ainsi, un document publié dans le cadre de la *Campagne pour un régime national d'assurance-médicaments* (Canada) révèle qu'en France, entre 1996 et 2006, seulement 2 médicaments sur 983 présentaient une « innovation majeure sur le plan thérapeutique dans un domaine où il n'y avait aucun traitement auparavant »²¹ : cela correspond à 0,2 % des nouveaux médicaments mis sur le marché durant ces dix années par les entreprises pharmaceutiques. Cependant, c'est 100 % de ces « nouveaux » médicaments qui se vendent beaucoup plus cher que leurs versions équivalentes plus anciennes. Ils étaient, par exemple, quatre fois plus dispendieux en Colombie-Britannique que les médicaments équivalents plus anciens et représentaient 80 % de l'augmentation des dépenses en médicaments entre 1996 et 2002²² pour cette province.

²¹ COALITION CANADIENNE DE LA SANTÉ. *En obtenir plus à meilleur compte : Assurance-médicaments, pour un régime national d'assurance-médicaments*, s.d. [En ligne] <http://www.healthcoalition.ca/fr-PPT-Pharma.pdf>, à la page 23 (page consultée le 29 mai 2009).

²² Ibidem, à la page 9.

Conséquences de cette croissance incontrôlée des coûts

A) Pour les assurés du RGAM

Nous l'avons vu, les montants de coassurance et franchise montent d'année en année. Au début du régime, en 1997, la prime maximale était de 175 \$ par année : elle est maintenant de 570 \$.

B) Pour les assurés des régimes privés

Certains groupes déplorent que leurs primes d'assurance maladie augmentent de 38 % par an²³ alors qu'autour de 80 % de cette hausse est liée à la prime d'assurance médicaments²⁴... Il en résulte, par exemple, que « s'assurer est devenu carrément trop onéreux (...) Pour un revenu de 30 000 \$, un auteur inscrit au volet familial devait consacrer, en 2007, 3 110 \$ à ses assurances collectives. De ce montant, 2328 \$ (près de 8 % de son revenu brut) pour sa seule prime d'assurance-maladie (médicaments), soit plus du double qu'au régime public»²⁵.

Lacunes de la Politique du médicament - une accessibilité équitable et raisonnable aux médicaments : un objectif partiellement atteint

L'élaboration d'une politique en matière de médicaments avait été promise lors de l'instauration du RGAM en 1997. Elle a finalement été dévoilée dix ans plus tard, en février 2007, et se déclinait en quatre axes, soient : 1) l'accessibilité aux médicaments ; 2) l'établissement d'un prix juste et raisonnable des médicaments ; 3) l'usage optimal des médicaments ; 4) le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec.

Le principal bénéfice apporté par la Politique du médicament est sans contredit le rétablissement de la gratuité complète des médicaments accordée à tous les prestataires d'assistance-emploi ainsi que la gratuité accordée aux personnes âgées de 65 ans et plus recevant 94 % ou plus du supplément de revenu garanti. Il s'agit d'un gain important, mais qui touche seulement une partie des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté. Comme nous l'avons vu plus tôt, aucun assuré des régimes privés ne bénéficie de la gratuité des médicaments, pas même les travailleurs à faible revenu.

D'autres aspects de la Politique démontrent qu'elle ne permet pas d'assurer un accès équitable et raisonnable aux médicaments :

1. la levée de la politique de non-augmentation de prix des médicaments;
2. le maintien de la règle des 15 ans.

²³ SOCIÉTÉ DES AUTEURS DE RADIO, TÉLÉVISION ET CINÉMA. *L'assurance médicaments menace les petits régimes d'assurance collective*, 15 avril 2008. [En ligne]

http://www.sartec.qc.ca/commu/comm15_04_08.pdf (page consultée le 29 mai 2009).

²⁴ SYNDICAT DES EMPLOYÉS DE MAGASINS ET DE BUREAUX DE LA SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC. *Hausse des primes d'assurances pour 2005*, 9 février 2005. [En ligne] <http://www.semb-saq.com/comites/assurance/hausse05.html> (page consultée le 29 mai 2009).

²⁵ Op.cit. note 23.

1) La levée de la politique de non-augmentation de prix des médicaments;

Le dégel du prix des médicaments fut décidé en raison de l'évolution des prix observée dans le reste du Canada et de la ferme volonté des compagnies pharmaceutiques innovatrices d'éviter que se creusent davantage les écarts de prix entre les provinces. Prétendant le contexte économique mondial, le maintien de l'accès aux médicaments et l'importance d'un climat d'affaires favorable à la réalisation d'investissements au Québec, le gouvernement a opté pour la levée de la politique de non-augmentation du prix, malgré l'effet direct sur le coût du RGAM et donc sur l'accessibilité aux médicaments.

Afin d'atténuer les effets de cette hausse, l'industrie pharmaceutique a versé 34,3 millions de dollars sur 3 ans au gouvernement québécois²⁶. Or, le ministre confirmait en 2004 que le dégel se traduirait par des coûts additionnels de 12 millions de dollars par année pour le gouvernement. C'est donc dire qu'une fois la compensation de l'industrie écoluée, ce sont les assurés du RGAM qui vont assumer l'entièreté des frais occasionnés par le dégel²⁷.

Cela, c'est sans parler des assurés des régimes privés qui ont, eux, subi les augmentations de coûts dès le début, sans profiter d'aucune compensation de l'industrie. Le ministre se targuait en novembre 2007 que 85% des médicaments remboursés par le régime public avaient encaissé une hausse de prix inférieure à 2,03 %. Qu'en est-il du prix des médicaments remboursés par les assureurs privés ? Ont-ils subi des hausses plus importantes?

2) Le maintien de la règle des 15 ans

La règle des 15 ans permet d'accorder au fabricant d'un médicament innovateur une part de marché considérable même si un médicament générique est disponible à meilleur prix. En vertu de cette règle, le gouvernement du Québec retarde donc l'inscription de médicaments génériques à la liste officielle de médicaments remboursés par le RGAM, accordant de fait une protection additionnelle aux multinationales pharmaceutiques de produits d'origine.

En même temps, le régime public québécois applique le principe du prix le plus bas pour établir le remboursement des médicaments génériques. Mais, dans ce contexte, cette règle ne s'applique pas intégralement puisqu'avant que le prix le plus bas ne s'applique, une période de 15 ans doit s'être écoulée à partir de l'inscription à la Liste de médicaments. Le maintien de la règle des 15 ans représenterait donc, selon le Vérificateur général, une dépense supplémentaire annuelle de 25 millions de dollars pour le Trésor québécois²⁸.

Les personnes assurées par un régime privé sont elles aussi pénalisées par la règle des 15 ans, car les assureurs privés ne forcent pas le choix du médicament générique lorsqu'il existe comme le fait la Régie de l'assurance-maladie en remboursant le pharmacien au prix du générique.

Notons que le Québec est la seule province à offrir aux compagnies pharmaceutiques une protection de 15 ans pour leurs médicaments d'origine inscrits sur la Liste des médicaments, avant que ne s'applique la politique du prix le plus bas. Ces médicaments « protégés » coûtent généralement plus du double de leur équivalent générique, ce qui occasionne des coûts supplémentaires aux patients et a éventuellement un impact sur la prime payée qui risque, elle

²⁶ Op.cit. note 12.

²⁷ UNION DES CONSOMMATEURS. *Mémoire sur le Projet de Politique du médicament*, 7 février 2005, à la page 19. [En ligne] http://www.consommateur.qc.ca/union-des-consommateurs/docu/sante/memoire_politique_medicament.pdf (page consultée le 29 mai 2009).

²⁸ Ibidem.

aussi, de subir une augmentation. Cette règle n'a pas sa raison d'être alors que dans presque tous les pays, incluant ceux où l'industrie pharmaceutique dite innovatrice est importante, la tendance est d'encourager au maximum la substitution par d'autres produits moins coûteux, génériques.

En somme, la levée de la politique de non-augmentation de prix des médicaments et le maintien de la règle des 15 ans démontrent les failles de la Politique du médicament, l'empêchant d'assurer pleinement à tous les Québécois un accès équitable et raisonnable aux médicaments.

VERS UN RGAM PUBLIC

Nous croyons toujours que seul un régime d'assurance-médicaments géré, financé et intégré au système public de santé, et encadré par une politique du médicament efficace, permettrait d'assurer pleinement l'accès aux médicaments pour l'ensemble de la population québécoise, et ce, au meilleur prix grâce à un contrôle des prix efficient.

Comment un RGAM public réduirait-il les iniquités mentionnées en partie 1? Reprenons une à une les problématiques actuelles d'accès aux médicaments, en expliquant comment un RGAM public permettrait de les résoudre:

Une contribution financière équitable pour tous

Avec un RGAM public, les primes exigées de tous les utilisateurs seraient établies en fonction du revenu et de la taille du ménage (annulant du coup l'injustice subie par les assurés de régimes privés). Évidemment, les montants de prime devront être calculés de façon à éviter qu'une personne seule gagnant 22 000 \$ ait à verser le même montant qu'une autre ayant un revenu de 100 000 \$, comme c'est le cas actuellement.

Nous proposons de plus que le seuil de faible revenu de Statistiques Canada soit retenu comme seuil d'exception, au-dessous duquel tous les ménages seraient exemptés entièrement du paiement de la prime.

Aussi, un RGAM public permettrait aux employeurs et aux assurés des régimes privés d'économiser l'argent actuellement consacré :

Par les employeurs :

- à des primes dont le coût est fixé en fonction du risque représenté par l'état de santé des employés ;
- aux frais d'administration des régimes collectifs. En effet, il appert que les assurances de santé privées consacrent de 15 % à 30 % de leurs dépenses aux frais d'administration alors que l'administration du système de santé public coûte de 3 à 6 % du total des dépenses en santé de la province²⁹.

Par les assurés des régimes privés :

- au paiement d'une prime qui n'est pas établie en fonction de leur revenu ;
- aux surcoûts des médicaments imposés par les pharmaciens aux assureurs privés ;
- à la taxe de vente de 9% sur les primes d'assurance-collective ;
- à la couverture de leurs enfants (gratuite dans le régime public ;
- à l'avantage imposable que constitue la cotisation de l'employeur à l'assurance-médicaments.

Une économie non négligeable pour tous.

²⁹ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC. *Le chemin du privé en santé*, mars 2008. [En ligne]
http://www.figsante.qc.ca/documents_publications/documents/argumentaire_privatisation_0803_f.pdf
(page consultée le 29 mai 2009).

Financement assumé par tous et réparti plus équitablement

A) Premier aspect : un financement assumé par tous

En 1995, le rapport Gagnon examinait les possibilités d'instaurer un régime universel d'assurance-médicaments, pour conclure à sa faisabilité et en étudier les modalités de financement. Les options de contribution avaient alors été évaluées en fonction de l'accessibilité, de la capacité de payer de l'État et des individus ou groupes concernés, la simplicité des mesures et la facilité d'application (administration). Ainsi, le rapport identifiait trois sources pour le financement d'un régime universel : les utilisateurs, les employeurs et le gouvernement (par le biais du fonds consolidé).

Il est important de noter et souligner que le rapport démontrait, grâce à une étude de faisabilité, que la totalité des sommes injectées par ces trois entités ne dépasserait pas les sommes qu'elles investissent déjà pour les médicaments. Nous reprenons ici les principales pistes de financement examinées par ce comité :

Les utilisateurs

La contribution financière des utilisateurs doit impérativement tenir compte de leur capacité financière et de leur consommation (afin de ne pas pénaliser les individus devant consommer une grande quantité de médicaments).

Le gouvernement:

La contribution actuelle du gouvernement serait maintenue.

Les employeurs

La contribution au régime d'assurance-médicaments deviendrait obligatoire et répartie sur l'ensemble des employeurs. En effet, actuellement, des entreprises contribuent à des régimes privés d'assurance collective alors que d'autres ne font aucune contribution. Avec le RGAM public, le montant actuellement versé par les entreprises pour une assurance médicaments intégrée à une assurance collective privée serait versé au gouvernement pour le financement du RGAM public. Le même argent sortirait donc de leur poche, mais n'irait pas au même destinataire. En somme, tous les employeurs du Québec contribueraient, et ce, en fonction de la masse salariale, comme ils le font déjà pour le Fonds des services de santé (FSS).

B) Deuxième aspect : un financement réparti équitablement

Cette forme de financement permettrait le partage des coûts par l'ensemble de la population québécoise et mettrait le gouvernement en bien meilleure position pour négocier le prix des médicaments. L'équité ainsi assurée, couplée au fait de calculer la prime en fonction du revenu, entraînerait des économies substantielles pour les Québécois actuellement assurés par un régime privé.

Sans compter le fait que les adhérents du RGAM n'auraient plus à assumer seuls les hausses de coûts entraînés par des clientèles consommant davantage de médicaments, les personnes âgées par exemple (représentant 30,7 % des utilisateurs actuels du RGAM).

Continuité de la couverture

Il va de soi qu'un RGAM public couvrant l'ensemble des Québécois et Québécoises garantira par le fait même la continuité de couverture pour les gens changeant d'emplois ou autre.

Méthode uniforme de fixation des prix

Encore une fois, un RGAM public annulera les effets pervers subis actuellement par les assurés d'un régime privé qui, tel que nous l'avons vu, paient des prix différents pour un même médicament, d'un pharmacien à l'autre.

Franchise, coassurance et couverture équivalentes pour tous

La franchise et la coassurance seraient la même pour tous. Quant à la couverture, les utilisateurs bénéficieraient dorénavant tous de la gratuité de couverture pour les enfants de 0 à 18 ans et les étudiants à plein temps de 18 ans à 25 ans sans conjoint. Les personnes à revenu modeste paieraient dorénavant toutes une prime en fonction de leurs revenus.

Protection de la vie privée assurée

Le fait de retrouver l'ensemble de la population québécoise sous le même régime public d'assurance médicaments garantirait la confidentialité des conditions de santé des personnes au sein de leur milieu de travail. Les employeurs et les collègues n'auraient plus à supporter une hausse de leurs primes en raison de l'état de santé d'un des leurs. Des organismes n'auraient plus à sacrifier leur couverture collective par manque de moyens, délaissant du coup plus que l'assurance-médicaments (mais aussi l'assurance-invalidité, ...).

Contrôle de la croissance des coûts

Steve Morgan écrit, dans le livre *Le privé dans la santé : les discours et les faits* :

Il est ironique de constater que la composante du système de soins dans laquelle la part du financement privé (les médicaments) est la plus importante est aussi celle dont les coûts grimpent le plus rapidement – sans que les avantages augmentent au même rythme (p.118).

Le contrôle des coûts devrait dorénavant être assuré par deux politiques, suite à l'adoption d'un RGAM public : une politique du médicament revue et améliorée, de même que l'instauration d'une politique d'achat de médicaments inspirée de celle de la Nouvelle-Zélande. Nous détaillons ces deux éléments dans la partie suivante.

CONTRÔLE DES COÛTS ET PÉRENNITÉ D'UN RGAM PUBLIC

Notre revendication à l'égard de l'instauration d'un Régime général d'assurance-médicaments public et universel s'accompagnerait de tout un train de mesures permettant de s'assurer du contrôle des coûts et de sa pérennité. Ainsi, nous proposons, pour paver la voie d'un RGAM public et universel :

- que la Politique du médicament soit améliorée afin, entre autres, de prévoir des mesures de contrôle du coût des médicaments;
- qu'une politique d'achat de médicaments soit adoptée ;
- que le gouvernement reconnaisse que la thérapie médicamenteuse fait partie intégrante du système de santé;
- qu'un encadrement serré des pratiques de promotion et de marketing de l'industrie pharmaceutique soit effectué.

Améliorer la Politique du médicament

A) Abolir la règle des 15 ans

L'instauration d'un RGAM public devrait être immédiatement accompagnée de l'abolition de la règle des 15 ans. Selon le rapport Gagnon, la Suède, le Royaume-Uni et l'Allemagne sont des exemples démontrant qu'il est possible de soutenir la recherche et le développement et les entreprises innovatrices tout en favorisant la consommation de produits génériques. En abolissant la règle des 15 ans, Québec encouragerait la fabrication de médicaments génériques sur son territoire et créerait ainsi des emplois. Plusieurs des compagnies pharmaceutiques innovatrices ont d'ailleurs déjà fondé leur propre compagnie de médicaments génériques.

L'abolition de la règle des 15 ans permettrait aussi que la politique du prix le plus bas s'étende à tous les produits inscrits sur la liste de médicaments assurés, permettant des économies de coûts substantielles ainsi qu'un accès plus raisonnable et équitable aux médicaments pour les assurés.

B) Adopter des mesures de contrôle des coûts

L'actuelle Politique du médicament n'explore aucune des méthodes de contrôle des coûts adoptées ailleurs dans le monde, souvent avec succès, comme en Australie et en Nouvelle-Zélande. Il s'agirait pourtant d'un pré requis à l'adoption d'un RGAM public. Nous en traitons dans la partie qui suit :

Adopter une politique d'achat des médicaments

Le Québec aurait avantage à adopter une politique d'achat de médicaments, comme l'a fait la Nouvelle-Zélande en 1993, en créant PHARMAC, une société d'État chargée « de s'assurer, pour les gens ayant besoin de médicaments, de la meilleure amélioration possible de leur état de santé, dans les limites des fonds disponibles »³⁰. Pour ce faire, PHARMAC est responsable de la gestion des budgets en médicaments et décide de ceux qui seront inclus dans la liste des médicaments remboursés par l'État. L'inclusion dans la liste est accompagnée de toute une

³⁰ PHARMACEUTICAL MANAGEMENT AGENCY. *About PHARMAC, Who we are and what we do*, Nouvelle-Zélande, s.d. [En ligne] <http://www.pharmac.govt.nz/patients/AboutPHARMAC> (page consultée le 28 mai 2009).

série de mesures destinées à réduire les coûts : appels d'offres, ventes groupées, prix de référence, contrats.

Par exemple, le premier appel d'offres qu'a fait la Nouvelle-Zélande en 1996, pour du paracétamol (médicament contre la fièvre), a permis de réduire le prix de 44 %³¹. La politique connaît un tel succès que, malgré la croissance de la consommation en médicaments (observée partout dans le monde), la Nouvelle-Zélande a néanmoins réussi à contrôler ses dépenses en médicaments, en maintenant l'augmentation à un rythme annuel de 0,5% de 1996 à 2004³². Nous sommes loin des 8% par an observés ici.

En 2007, une étude de Morgan, Hanley, McMahon et Barer démontre que le Canada aurait tout avantage à imiter la Nouvelle-Zélande³³. En prenant pour exemple quatre sortes de médicaments, les chercheurs ont montré que les prix néo-zélandais étaient en moyenne 45% moins élevés que ceux prévalant en Colombie-Britannique pour les mêmes médicaments. Pour les versions génériques de ces médicaments, les prix étaient 58 % moins élevés.

De telles politiques d'achat ont l'avantage de réduire les coûts, mais aussi de limiter la prolifération de ce que Morgan appelle les « me-too drugs », ces médicaments ne présentant aucune réelle innovation mais se détaillant néanmoins beaucoup plus cher que la version précédente. Ces imitations de médicaments pullulent sur le marché, nous l'avons constaté dans la première section, et coûtent très cher aux gouvernements. L'Office of Fair-Trade, au Royaume-Uni, a démontré que ces politiques d'achat encouragent l'innovation en réorientant les fonds vers la recherche innovatrice plutôt qu'« imitatrice ».

Morgan et al. évoquent les différents obstacles à la mise en place d'une telle politique : manque de volonté politique, lobby d'une industrie pharmaceutique bien implantée au pays et le faible rapport de force des acheteurs publics de médicaments. Ils notent qu'aucun plan provincial d'assurance-médicaments au Canada ne couvre plus de 44 % des dépenses en médicaments effectuées sous sa juridiction. Cela signifie que tout désir de contrôler les dépenses en médicaments sera entravé par le faible pouvoir de négociation des instances publiques, diminué par la part significative d'achats en médicaments faite par des instances privées. Un RGAM public appuyé par des politiques d'achat de médicaments permettrait au gouvernement d'acquiescer ce rapport de force avec les compagnies pharmaceutiques.

³¹ PHARMACEUTICAL MANAGEMENT AGENCY. *About PHARMAC, Important events in PHARMAC's history*, Nouvelle-Zélande, s.d. [En ligne] <http://www.pharmac.govt.nz/patients/AboutPHARMAC/history> (page consultée le 28 mai 2009).

³² MORGAN, Steve et al. *Influencing Drug Prices through Formulary-based Policies: Lessons from New Zealand*, Canada, HealthCare Policy, vol.3 No.1, 2007. [En ligne] <http://www.longwoods.com/product.php?productid=19098&cat=499&page=1> (page consultée le 28 mai 2009).

³³ Ibidem.

Intégrer la thérapie médicamenteuse au système de soins de santé

Avec l'évolution de la recherche et la production de nouvelles molécules, l'utilisation des médicaments constitue une avenue privilégiée par rapport aux autres possibilités de traitement. Des chirurgies peuvent être évitées, des hospitalisations être moins fréquentes et plus courtes grâce à l'utilisation judicieuse des médicaments. Ainsi, la pharmacothérapie est économique comparativement aux autres services médicaux. C'est pourquoi il est primordial de reconnaître que l'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé.

En conséquence, comme c'est le cas dans les pays européens, le financement des médicaments devrait être intégré au financement des autres programmes de santé. Ce qui signifie que le gouvernement complète le régime d'assurance-maladie en y intégrant le RGAM.

Encadrer les pratiques de promotion et marketing

Il faut remettre en question les privilèges accordés par Québec à l'industrie pharmaceutique et encadrer rigoureusement les pratiques commerciales de cette industrie, en termes de lobbying, de publicité et de marketing. Il faut non seulement abolir la règle des 15 ans qui protège les produits brevetés, mais aussi revoir à la baisse les avantages fiscaux parmi les plus généreux au monde dont bénéficie cette industrie, ici.

Nous avons vu en première partie les profits mirobolants engrangés par les entreprises pharmaceutiques ; leurs dépenses deux fois plus importantes en marketing qu'en recherche et développement ; les avantages fiscaux importants consentis par le gouvernement québécois.

Ce tableau peu reluisant montre l'urgence d'abolir les privilèges accordés à cette industrie et d'encadrer ses pratiques commerciales, de réduire en particulier l'importance de ses activités de mise en marché qui ont une incidence significative sur le prix des médicaments. Plusieurs pays confrontés à ce problème et préoccupés par la croissance rapide des dépenses en médicaments sont intervenus en ce sens. Le rapport Gagnon mentionne par exemple qu'aux États-Unis, des normes d'éthique très rigoureuses ont été mises en application par des organismes publics. Au Royaume-Uni, les dépenses allouées au marketing et à la publicité ont été plafonnées. Il y a ainsi plusieurs moyens à explorer pour encadrer cette industrie. Comme c'est le gouvernement fédéral qui a juridiction en cette matière, il faudra forcément que des pourparlers entre les deux paliers de gouvernement puissent avoir lieu.

La publicité sur les médicaments d'ordonnance ciblant le grand public doit aussi continuer à être strictement interdite et Santé Canada doit cesser sa politique de tolérance à l'égard de certaines publicités illégales. Il importe de suivre le déroulement du procès qu'a intenté CanWest Mediaworks contre le gouvernement fédéral, en décembre 2005. Ce conglomérat qui détient des intérêts dans la télédiffusion, les journaux et l'Internet, allègue que l'interdiction de la publicité sur les médicaments d'ordonnance constitue une violation injustifiée de la liberté d'expression telle que garantie par l'article 2(b) de la Charte des droits et libertés du Canada. La décision des juges est attendue à l'été 2009. L'enjeu est de taille, car l'autorisation de diffuser de la publicité sur les médicaments s'adressant directement aux consommateurs ferait augmenter les dépenses en médicaments de 10 milliards de dollars par année³⁴. Comment ? La publicité sur les médicaments d'ordonnance contribue doublement à l'augmentation des coûts des soins de santé: 1) les compagnies pharmaceutiques refilent leurs énormes dépenses en

³⁴ COALITION CANADIENNE DE LA SANTÉ. *Publicité directe des médicaments : quel sera l'impact sur les régimes d'assurance-médicaments ?*, s.d. [En ligne] <http://www.healthcoalition.ca/fr-FS4-2007.pdf> (page consultée le 28 mai 2009).

frais de publicité dans le prix des médicaments tout en profitant de la plus grande consommation ainsi générée et 2) ce sont par la suite les régimes d'assurance-médicaments qui doivent rembourser aux consommateurs le coût gonflé de ces médicaments.

CONCLUSION

L'idée d'instaurer un régime universel d'assurance-médicaments n'est pas nouvelle. Sa pertinence et sa faisabilité ont été maintes fois démontrées. La Coalition canadienne de la santé travaille actuellement à obtenir du fédéral un régime national d'assurance-médicaments intégré à l'assurance-maladie. À l'échelle internationale, des pays l'ont adoptée, avec succès : France, Nouvelle-Zélande, Brésil. L'Union des consommateurs presse donc le Québec d'emboîter le pas et de privilégier la santé de sa population plutôt que celle de l'industrie pharmaceutique et de l'assurance.

Un régime universel d'assurance-médicaments permettrait d'accorder à tous un accès raisonnable et équitable aux médicaments, peu importe la condition financière, l'âge ou l'état de santé. Il serait bénéfique pour : le gouvernement (qui y trouverait les moyens de réduire l'augmentation de ses dépenses en médicaments), les assurés des actuels régimes publics et privés (qui profiteraient d'une réduction de leur contribution financière au régime) et les employeurs (qui n'auraient plus à gérer les hausses continues des primes de leur assurance collective et à subir les conséquences de la condition physique de leurs employés). Les seuls qui y perdraient sont les compagnies pharmaceutiques qui devraient vendre leurs médicaments à meilleur coût, les compagnies d'assurance qui perdraient la partie médicaments du marché de l'assurance collective et les employeurs n'offrant actuellement pas de régime d'assurance collective à leurs employés et qui seraient dorénavant forcés de contribuer au régime public. Leurs objections à la mise en place d'un RGAM public sont donc prévisibles et attendues.

La forme de financement proposée permettrait un partage des coûts par l'ensemble de la population et donnerait au gouvernement québécois, qui deviendrait le seul acheteur de médicaments de la province, un meilleur rapport de force pour le contrôle des dépenses en médicaments.

La mise en place d'un régime universel d'assurance-médicament doit impérativement s'accompagner de mesures assurant sa pérennité : parmi celles-ci, notons l'abolition de la règle des 15 ans et l'adoption urgente de politiques d'achat de médicaments, à l'instar de ce qu'a fait la Nouvelle-Zélande.

L'Union des consommateurs appelle à la mise en commun des voix en faveur d'un RGAM public. L'actuelle crise économique n'est pas un frein mais devrait plutôt être un incitatif à l'action : sans nécessiter l'investissement de millions de dollars en fonds publics, tel que démontré par le rapport Gagnon, le RGAM public permettra en outre d'en économiser pour d'autres usages, grâce notamment aux réductions de dépenses en médicaments.