

Journée
**Priorité assurance médicaments
entièrement publique :**
Adopter les meilleures pratiques
pour l'équité et les finances publiques



RÉSUMÉ DES FAITS SAILLANTS
de la journée d'études
tenue le 6 novembre 2014 à Montréal

Journée organisée par

union
des consommateurs



Merci à la **Béati**
pour son soutien financier

Janvier 2015

Résumé préparé par :



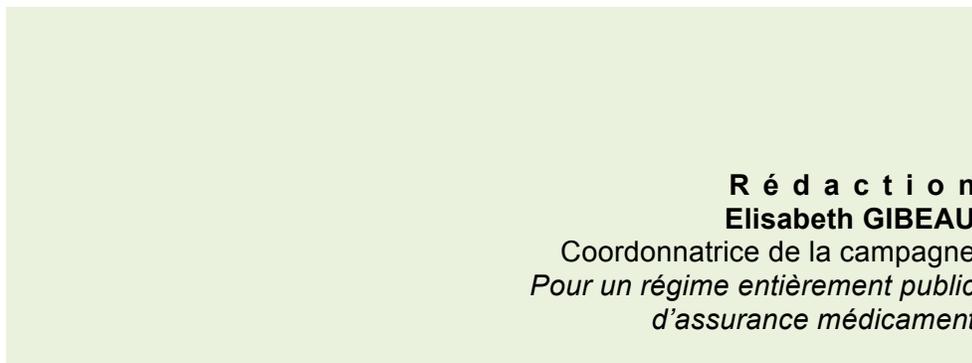
6226, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec) H2S 2M2

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

info@uniondesconsommateurs.ca
www.uniondesconsommateurs.ca

Membres d'Union des consommateurs

ACEF Appalaches-Beauce-Etchemins
ACEF de l'Île Jésus
ACEF de l'Est de Montréal
ACEF du Grand-Portage
ACEF du Nord de Montréal
ACEF Estrie
ACEF Lanaudière
ACEF Montérégie-est
ACEF Rive-Sud de Québec
ACQC
Membres individuels



Rédaction
Elisabeth GIBEAU
Coordonnatrice de la campagne
*Pour un régime entièrement public
d'assurance médicament*



Union des consommateurs est membre de l'Organisation internationale des consommateurs (OI), une fédération regroupant 240 membres en provenance de 120 pays.

L'usage du masculin, dans ce rapport, a valeur d'épicène.

© Union des consommateurs — 2014

Table des matières

Union des consommateurs, la force d'un réseau	4
Introduction	5
L'assurance médicaments : de la Commission Castonguay-Nepveu à l'adoption du régime hybride en 1997 avec Andrée Lajoie et Jean Rochon.....	6
Problèmes d'équité du régime actuel avec Mélanie Rioux et Isabelle Chicoine, conseillères budgétaires, membres du comité santé d'Union des consommateurs et Me Claude Longpré-Poirier, COCQ-Sida	8
Économies d'un régime entièrement public avec Marc-André Gagnon.....	10
Impacts économiques et fiscaux de l'élargissement de la couverture du régime public d'assurance médicaments, avec Yves Richelle	12
Mot de la fin avec Jean Rochon	13
Conclusions	15

Union des consommateurs, la force d'un réseau

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'organisme est de représenter et défendre les droits des consommateurs, en prenant en compte de façon particulière les intérêts des ménages à revenu modeste. Ses interventions 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 d'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.

Nous agissons 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 nos 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, 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.

Introduction

Union des consommateurs était très fière d'accueillir, le 6 novembre dernier, plusieurs intervenants et intervenantes de renom au cours de cette journée traitant de l'avenir de l'assurance médicaments au Québec, rencontre parrainée par M. Jean Rochon, docteur en santé publique et ancien ministre de la Santé et animée par M. Alain Vadeboncoeur, urgentologue, auteur et chroniqueur médical. Des économistes, des politiciens, des compagnies d'assurances et pharmaceutiques, des groupes syndicaux et des groupes communautaires, notamment, étaient présents pour assister aux présentations. Nous les remercions tous de leur contribution au succès de l'événement, ainsi que la Fondation Béati pour son soutien financier.

«Il n'est plus temps de se demander si un régime entièrement public d'assurance médicaments est pertinent, mais bien quand il doit être implanté», y a entre autres affirmé M. Rochon.

«Nous voulons envoyer un message à la classe politique. Il est temps d'agir pour mieux contrôler le coût des médicaments au Québec. Les preuves sont là : des centaines de millions\$ pourraient retourner dans les coffres du gouvernement», a réitéré Mme Élisabeth Gibeau, analyste à Union des consommateurs et organisatrice de l'événement.

Cette journée a permis de nourrir notre argumentaire pour mieux défendre la pertinence de l'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments au Québec.

Rappel de quelques données sur cet enjeu important :

- Le Canada est le deuxième pays le plus cher au monde, après la Suisse, pour le prix de ses médicaments – les Canadiens les paient en effet 30 % de plus qu'ailleurs dans les pays de l'OCDE;
- Parmi les pays développés ayant un système de santé public, les provinces canadiennes, dont le Québec évidemment, sont les seules à ne pas avoir de régime 100 % public d'assurance médicaments;
- Facture annuelle en médicaments, par personne (prescrits et non prescrits) : Québec = 1063 \$; Colombie-Britannique = 736 \$; Canada = 947 \$; Nouvelle-Zélande = 340 \$;
- Au Québec, 43 % de la population est assurée avec le gouvernement pour ses achats de médicaments. Le reste (57 %) l'est par des régimes privés d'assurances collectives. Conséquence : pouvoir de négociation réduit pour le gouvernement, avec les pharmaceutiques;
- En Nouvelle-Zélande, où le régime d'assurance médicaments est entièrement public: un médicament populaire contre le cholestérol coûte 0,187 \$ la pilule... et 0,625 \$ au Québec (trois fois plus).

L'assurance médicaments : de la Commission Castonguay-Nepveu à l'adoption du régime hybride en 1997



Andrée LAJOIE

Diplômée en droit et en sciences politiques des universités de Montréal et d'Oxford, Mme Lajoie est, depuis 1968, professeure à la Faculté de droit de l'Université de Montréal. Membre du Barreau du Québec, de l'Association droit et société —dont elle a été présidente en 91-92— de l'Association française d'anthropologie du droit et de la Société royale du Canada depuis 1993, elle a été Lansdowne Fellow à l'University of Victoria et professeur invitée aux universités de Paris I, de Padoue, d'Athènes, de Toronto et, en 2003, de Montpellier. Ses travaux lui ont mérité le prix Walter Owen (Barreau canadien), le prix André Laurendeau (ACFAS) et celui de l'Association des professeurs de droit du Canada et de la Commission de réforme du droit du Canada «pour une contribution exceptionnelle à la recherche juridique et à la réforme

du droit». Membre du Conseil consultatif de la Commission de réforme du droit, elle a collaboré aux travaux de plusieurs commissions d'enquête, notamment la Commission royale sur les peuples autochtones (1993), la Commission (ROCHON) d'enquête sur la santé et les services sociaux (1985-1987); la Commission (MACDONALD) sur l'union économique et les perspectives de développement au Canada (1983-1985), la Commission (ARTHURS) d'étude sur le droit et le savoir au Canada du CRSHS (1981-1983), la Commission (ANGERS) d'études sur les universités (1978-1980) et la Commission (CASTONGUAY) sur les services de santé et les services sociaux (1968-1970). Mme Lajoie est actuellement retraitée et professeure émérite.



Jean ROCHON

M. Rochon a œuvré dans le domaine de la formation, de la recherche et de la pratique de la santé publique. Il a rempli des fonctions de directeur du département de médecine sociale et préventive et de doyen de la faculté de médecine à l'Université Laval. Après avoir présidé une commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, il a œuvré avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il a été membre du gouvernement du Québec, de 1994 à 2003, à différents postes de ministre, dont celui de ministre de la Santé et des services sociaux. Il était en poste à ce ministère au moment de l'implantation du présent régime d'assurance médicaments, en 1997. Depuis 2005, il est professeur émérite à l'Université Laval. Il œuvre comme expert-

conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et avec l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC). Depuis juin 2013, il appuie officiellement la campagne d'Union des consommateurs pour une réforme du régime d'assurance médicaments et agit à titre de parrain d'honneur pour la journée «Priorité assurance médicaments entièrement publique».

L'intégration des médicaments au système d'assurance maladie a été discutée dès 1966, lors de la Commission Castonguay-Nepveu, dont Me Lajoie faisait partie à titre de conseillère, comme M. Rochon. Elle nous raconte qu'il est faux de croire que M. Castonguay est le père des services de santé au Québec car au sein de la commission qu'il présidait en 1966, il désirait que les Québécois paient un «ticket modérateur» à chaque visite chez le médecin. Me Lajoie nous raconte qu'elle et M. Rochon ont milité pour la gratuité totale des services et que, devant le risque de devoir produire un rapport minoritaire au sein de sa propre commission, M. Castonguay a cédé, tout en négociant la non gratuité des médicaments, qui ont donc été exclus de l'assurance maladie dès sa création. Me Lajoie affirme : «On s'est fait avoir car on n'a pas saisi toute l'importance que ça avait et comme on voulait beaucoup la gratuité des services médicaux, on a accepté le retrait des médicaments». Me Lajoie de conclure : «C'est le point de départ, la raison pour laquelle il n'y avait pas d'assurance médicaments à l'époque et j'accepte la responsabilité de ne pas avoir saisi de quoi il s'agissait en temps et j'espère qu'aujourd'hui, on pourra tracer les choses autrement».

M. Rochon a ensuite raconté le chemin qui a mené à l'adoption du régime mixte (public-privé) d'assurance médicaments, en 1997. L'essentiel de son message tourne autour du fait que le régime hybride était un pas important, mais qu'il est maintenant temps d'en faire un autre, vers un régime universel public. Il rappelle que l'intégration des médicaments dans l'assurance-maladie était évoquée dès 1964, lors de la Commission Hall, bien que ce soit resté lettres mortes parce que les médicaments n'avaient pas l'importance qu'ils ont aujourd'hui. En effet, les médicaments qui jouaient un grand rôle dans le système de santé étaient alors peu nombreux et se prenaient en général dans le cadre d'une hospitalisation. Sinon, on s'arrangeait pour que les gens sortent de l'hôpital avec leurs médicaments dans le cadre de ce que M. Rochon a qualifié d'«extension de l'assurance hospitalisation».

Par la suite, quand les médicaments ont commencé à prendre plus d'importance dans le traitement des maladies, les gens se retrouvaient de plus en plus obligés d'acheter leurs médicaments en dehors de l'hôpital, ou alors ils étaient gardés en hospitalisation un peu plus longtemps. M. Rochon raconte que la stratégie gouvernementale a alors été, pendant plusieurs années, d'adopter une approche catégorielle : assurer les médicaments pour les gens à l'aide sociale, les personnes âgées, les enfants, ...

Puis, à partir de 1994, c'est l'approche globale qui a été désirée, avec le rapport Demers, entre autres. Trois scénarios ont été étudiés : un régime entièrement public, mixte ou entièrement privé. Dans le contexte du «déficit zéro» du gouvernement Bouchard, c'est le scénario mixte qui l'a emporté, entre autres parce que les assureurs québécois représentaient 50% du marché de l'assurance collective. C'est ainsi qu'en 1997, le régime d'assurance médicaments public-privé tel qu'on le connaît encore aujourd'hui, a été adopté, encadré par une loi, permettant à 1,5 millions de personnes d'avoir accès à une assurance pour couvrir leurs achats de médicaments. Une politique du médicament devrait encadrer ce régime, pour contrôler les coûts : elle n'a cependant pas été adoptée avant 2007.

M. Rochon conclut en affirmant que l'enjeu n'est plus de choisir entre un régime hybride ou un régime universel : nous sommes en route vers un régime universel public, de façon certaine. Les iniquités dans l'accès aux médicaments, le mauvais contrôle des coûts et la surconsommation de médicaments nous poussent en ce sens. Il s'agit maintenant de discuter comment on peut y aller de façon fine, en respectant tous ceux qui sont impliqués dans le monde du médicament.

Problèmes d'équité du régime actuel

Mélanie RIOUX et Isabelle CHICOINE

Mesdames Mélanie Rioux et Isabelle Chicoine sont conseillères budgétaires et membres du comité santé d'Union des consommateurs. Elles sont venues témoigner des réalités rencontrées tous les jours dans leur travail autant à Lévis qu'en Montérégie. Leur travail consiste à rencontrer des personnes qui désirent établir un budget ou le revoir afin de mieux boucler les fins de mois. Elles donnent aussi plusieurs ateliers liés à l'éducation financière et l'éducation à la consommation.



Elles ont d'abord fait part des problèmes d'équité qui persistent toujours, quant à l'accès aux médicaments, au Québec : par exemple, taxe de 9 % sur les primes d'assurances collectives (et pas dans le régime public); enfants qui ne bénéficient pas de la gratuité des médicaments dans les régimes privés; interruption de couverture et franchise à repayer en cas de changement d'emploi fréquent; les honoraires non fixes des pharmaciens dans les régimes privés, qui font augmenter substantiellement la facture pour ces assurés; prime fixée en fonction du revenu dans le régime public mais pas dans les régimes privés; etc. Toutes ces disparités entre le régime public et les régimes privés d'assurance médicaments font en sorte que les Québécois ne profitent pas tous des mêmes conditions pour remplir leurs prescriptions au Québec. C'est d'ailleurs ce qui a motivé le début de la campagne d'appui d'Union des consommateurs, en 2009.

Pour documenter ces problèmes d'accès qui persistent malgré l'instauration d'un régime d'assurance médicaments qui a certes grandement amélioré les choses, 5 Associations coopératives d'économie familiale (ACEF) membres d'Union des consommateurs ont analysé 1954 dossiers de personnes venues les rencontrer pendant l'année financière 2013-2014. De ce nombre, 75 dossiers (4 % du total) ont été considérés problématiques par les conseillères budgétaires car les personnes concernées devaient consacrer entre 5 et 30 % de leurs revenus à l'achat de médicaments. Dans la ventilation d'un budget équilibré, les conseillères budgétaires suggèrent habituellement de consacrer entre 5 et 10 % des revenus aux dépenses de santé, c'est-à-dire médicaments, mais aussi soins de dentisterie, d'optométrie, massothérapie, ...

Mme Rioux et Mme Chicoine ont donc démontré que les cas problématiques relevés, avec leurs revenus familiaux nets moyens de 18 000 \$ par année, atteignaient tous la limite suggérée de dépenses de santé seulement avec leurs besoins en médicaments. Dès qu'un autre besoin survient, pour un membre de la famille (achats en pharmacie, dentiste ou optométriste), l'accès aux médicaments devient compromis. Ce sont principalement les petits salariés qui sont touchés par ces problèmes d'accès aux médicaments. L'exemple de la Société des auteurs de radio, télévision et cinéma (SARTEC) est éloquent à cet égard, expliquent les conférencières. Lors d'une sortie publique de 2008, leur président déclarait en effet : « s'assurer est devenu carrément trop onéreux (...) Pour un revenu de 30 000 \$, un auteur inscrit au volet familial devait consacrer, en 2007, 3110 \$ 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».

Le 4 % de cas problématiques dégagés par le recensement des ACEF est cohérent avec la littérature existante, surtout si l'on considère que cette donnée serait certainement majorée si les ACEF participantes avaient pu détailler les dettes sur cartes de crédit. Ainsi, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a démontré que 7 % des adultes québécois déclarent ne pas suivre leurs prescriptions pour une raison de coût. Aussi, les Données sociales du Québec, édition 2009, révèlent que c'est au Québec que les dépenses des ménages en soins de santé sont les plus élevées, parmi les provinces canadiennes : 18 % plus élevées qu'en Ontario, par exemple. Enfin, Mme Rioux relate que Jeunesse au soleil, à Montréal, aurait en moyenne 1 demande par jour pour une aide d'urgence afin de payer la franchise d'assurance médicaments. Le problème d'accès aux médicaments est donc réel et documenté.

En conclusion, Mme Chicoine donne quelques exemples de conséquences concrètes liées à ce problème d'accès, tel que constaté dans les ACEF : des gens qui doivent couper dans les dépenses courantes (ex. épicerie) pour se procurer leurs médicaments, qui cessent de les prendre ou qui coupent leurs pilules en deux pour que ça dure plus longtemps; d'autres encore qui empruntent et s'endettent auprès de proches ou même, de leur pharmacien. Mme Rioux a aussi été témoin de cas de collègues qui décident d'abandonner leurs assurances collectives en raison des coûts trop élevés.

Me Claude LONGPRÉ-POIRIER

Me Longpré-Poirier est coordonnatrice du service VIH Info-Droits à la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCCQ-Sida) : VIH Info est un service d'informations juridiques pour les personnes séropositives ou sidéennes. Parmi les sujets les plus fréquemment traités, 57 % d'entre eux peuvent avoir un lien avec l'assurance médicaments (discrimination et emploi – 20 %; assurances – 19 % et confidentialité – 18 %).



Ainsi, les exemples concrets expliqués par Mme Longpré-Poirier sont tous reliés au caractère hybride du régime d'assurance médicaments du Québec. Par exemple, le cas d'une dame qui s'est fait réclamer 38 606 \$ de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) parce que son nouveau conjoint avait accès à une assurance médicaments privée et qu'elle n'y a pas souscrit. Le dossier s'est retrouvé devant le Tribunal administratif du Québec, qui a tranché en disant que ce n'était pas à la RAMQ d'éponger la facture. L'assureur privé a finalement accepté de payer, suite à une poursuite judiciaire. Autre exemple : celui d'un monsieur séropositif qui, lorsqu'il s'inscrit au régime privé d'assurances collectives offert par son employeur, fait grimper la facture pour tous ses collègues. Le climat de travail se dégrade alors pour lui, qui voit sa vie privée étalée au grand jour, jusqu'à ce qu'il soit congédié et porte plainte à la Commission des droits de la personne.

Mme Longpré-Poirier a éloquentement illustré les problèmes de confidentialité et de discrimination qui sont liés au caractère hybride du régime d'assurance médicaments : le nœud du problème résidant dans la relation triangulaire entre l'employé, l'employeur et la compagnie d'assurance. Avec un régime entièrement public d'assurance médicaments, l'employé n'aurait pas à intégrer son patron dans sa relation avec un assureur. Ses achats en médicaments seraient en effet couverts par un assureur unique gouvernemental, sans lien avec l'emploi qu'il occupe.

Économies d'un régime entièrement public

Marc-André GAGNON

M. Gagnon est professeur adjoint à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton, Ottawa. Il se spécialise sur les politiques pharmaceutiques, les politiques sociales, ainsi que sur les politiques scientifiques. Il détient un doctorat de science politique de l'Université York, un Diplôme d'Études Approfondies en sciences économiques de l'École Normale Supérieure de Fontenay/St-Cloud et de l'Université Paris-I Sorbonne, et il a réalisé ses études post-doctorales en droit au Centre des Politiques en Propriété Intellectuelle à l'Université McGill, ainsi qu'au Edmond J. Safra Center for Ethics à l'Université Harvard. Ses travaux actuels portent sur la corruption institutionnelle dans la recherche médicale, la capture réglementaire des institutions publiques par des lobbys privés, les politiques d'innovation dans l'économie du savoir et les structures des régimes d'assurance-médicaments.



M. Gagnon a exposé les résultats de sa dernière recherche sur le sujet de l'assurance médicaments¹. Pour mettre la table, il a démontré, tableaux à l'appui que le Québec paie beaucoup plus cher qu'ailleurs ses médicaments. En 2014, les statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) montrent en effet que le Québec occupe le deuxième rang mondial, derrière les États-Unis, pour les dépenses en médicaments per capita. Ses tableaux montrent aussi que le Canada est le seul à ne pas avoir intégré les médicaments à son système public de santé. Le résultat sur la croissance des coûts est assez catastrophique : de 2000 à 2012, le Canada et le Québec ont une courbe de croissance des coûts beaucoup plus élevés que les autres pays. M. Gagnon a souligné que si le Québec avait fait aussi bien que le Danemark, par exemple, pour contrôler l'évolution du coût des médicaments, il aurait pu sauver près de 3 milliards\$, entre 2000 et 2012.

En ce qui concerne le prix des médicaments génériques, M. Gagnon a aussi démontré que la baisse des prix édictée par les gouvernements entre 2010 et 2012 n'avait eu aucun effet à la baisse sur la facture des consommateurs.

Enfin, le Canada offre des prix généreux pour attirer les investissements en recherche et développement pharmaceutiques, depuis 1988 : en effet, la réglementation actuelle du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés gonfle artificiellement les prix de 3 milliards \$ afin de générer des investissements nets de seulement 380 millions \$ en R&D...

M. Gagnon conclue donc en affirmant qu'un régime entièrement public d'assurance médicaments permettrait un meilleur accès aux médicaments tout en générant des économies variant entre 11 % et 45 %, selon les politiques institutionnelles adoptées pour encadrer l'évolution des coûts. Le revenu disponible des Québécois s'en trouverait accru, les entreprises verraient le coût de leur main d'œuvre réduit et le gouvernement trouverait ainsi de l'argent frais à investir ailleurs dans le système de santé.

¹ Disponible aux liens suivants : <https://nursesunions.ca/sites/default/files/pharmacare-report/index.html> et https://fcsii.ca/sites/default/files/pharmacare_report_french.pdf

Les tableaux suivants présentés par M. Gagnon détaillent les économies reliées à l'adoption d'un régime public universel d'assurance médicaments, selon deux scénarios :

QUÉBEC (Scénario 1)

Estimations sur les coûts et économies induits par la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments avec continuité des politiques industrielles en matière de coûts à partir des chiffres de 2012-2013

1. Dépenses en médicaments prescrits en 2012	7 459 M\$
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
2. Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses actuelles
3. Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses actuelles
4. Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	-3.1% des dépenses actuelles
5. Élimination des franchises mensuelles au Québec	- 364 M\$
6. Appel d'offre pour les génériques	-173 M\$
Total des économies en médicaments prescrits	-141 M\$
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	-7 318 M\$
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
7. Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-363 M\$
8. Élimination des subventions à caractère fiscal	-324 M\$
Total des impacts supplémentaires	-687 M\$
Bilan total des économies réalisées	828 M\$ (11%)

Source : Calculs de l'auteur; Gagnon et Hébert 2010

QUÉBEC (Scénario 2)

Estimations sur les coûts et économies induits par la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments avec abrogation des politiques industrielles en matière de coûts à partir des chiffres de 2012-2013

1. Dépenses en médicaments prescrits en 2012	7 459 M\$
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Économies par achats compétitifs	-2 668 M\$
2. Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses
3. Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses
5. Élimination des franchises mensuelles au Québec	-364 M\$
Total des économies en médicaments prescrits	-2 658 M\$
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	4 801 M\$
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
7. Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-363 M\$
8. Élimination des subventions à caractère fiscal	-324 M\$
Total des impacts supplémentaires	-687 M\$
Bilan total des économies réalisées	3 345 M\$ (45%)

Source : Calculs de l'auteur; Gagnon et Hébert 2010

Impacts économiques et fiscaux de l'élargissement de la couverture du régime public d'assurance médicaments



Yves RICHELLE

M. Richelle détient un doctorat en sciences économiques aux Facultés Universitaires de Notre-Dame de la Paix de Namur en Belgique. Il a enseigné dans différentes universités belges, françaises et québécoises et publié plusieurs articles dans des revues académiques reconnues. Il a agi à titre d'expert pour plusieurs sociétés. Il a conduit des projets de grande envergure dont la construction d'un modèle de prévision macroéconomique pour le ministère des Finances du Québec (2003-2008). Directeur général de Daméco, il partage son expérience et ses connaissances dans la modélisation d'outils d'analyse économique et participe activement aux différentes études et analyses réalisées par Daméco.

M. Richelle présente les résultats inédits d'une recherche financée par le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et dévoilée le jour même². Les chercheurs de Daméco ont identifié les acteurs économiques concernés par la réforme éventuelle du régime d'assurance médicaments et évalué les impacts qu'une telle réforme aurait sur eux. Leur conclusion est à l'effet que l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments au Québec conduirait à des gains d'efficacité. Ces gains tirent leur origine de trois sources différentes, à savoir : l'amélioration de l'efficacité du système de santé, l'amélioration de l'efficacité du marché du travail et, enfin, la réduction de transferts de la part d'agents économiques québécois en faveur d'agents économiques ne résidant pas au Québec.

Les acteurs concernés : consommateurs, assureurs, employeurs, pharmaciens, gouvernement du Québec, gouvernement du Canada.

L'analyse a ainsi permis d'identifier que l'instauration d'un régime public universel conduirait à (i) une augmentation du revenu des consommateurs québécois d'un montant évalué à 337,9 M \$, (ii) une diminution du revenu du gouvernement du Québec évaluée à 225,4 M \$ (qui provient essentiellement de la diminution des revenus provenant, d'une part, de la taxe sur les primes d'assurances du Québec de 9 % et, d'autre part, de la taxe sur les primes de 2,55 %) et (iii) une augmentation du revenu du gouvernement fédéral s'élevant à 8 M \$.

Les consommateurs obtiendraient donc une augmentation de leurs revenus plus importante que la perte subie par le gouvernement du Québec. Ceci implique qu'il serait possible de construire un régime public universel qui soit à coût nul pour le gouvernement du Québec et toujours profitable pour les consommateurs. En effet, les calculs de Daméco indiquent que la prime annuelle s'élèverait à 442,50 \$ alors que la prime maximale payée dans le régime public était de 593 \$ en 2010 (l'année de référence des chercheurs). Il suffirait donc de moduler les primes annuelles payables au gouvernement du Québec pour combler la perte de revenu liée à la taxe de 9 % actuellement prélevée sur les primes d'assurance.

² La recherche est disponible sur le site internet d'Union des consommateurs, au lien suivant : <http://uniondesconsommateurs.ca/nos-comites/sante/rapports-et-memoires/pour-un-regime-dassurance-medicaments-entierement-public/>

Mot de la fin de Jean Rochon³

« (...) Ce matin, on a très bien mis la table quant aux iniquités qui perdurent dans le système actuel. Il y a un consensus qui devrait s'établir sur le fait que c'est une situation qu'il faut changer. Les exemples étaient assez frappants. Cet après-midi, les deux présentations ont vraiment été des beaux exemples de ce qu'on peut attendre des académiques : fournir des outils d'aide à la décision. Avec des éléments comme ça, les décideurs politiques vont être de plus en plus équipés et il leur sera de plus en plus difficile d'éviter de prendre une décision, j'espère, parce que tous les moyens sont là et la table est bien mise.

Comme perspectives d'avenir, je verrais trois points :

1. D'abord, il semble, sans mettre de lunettes roses, que tout le travail qui a été fait, peut être spécialement depuis cinq ans, depuis la première journée d'étude que vous avez organisée, et d'autres qui se sont faites à travers le Québec, qu'il y a un consensus qui est en train de s'établir et que les problèmes d'équité et d'efficacité semblent faire consensus (je dis bien consensus et non pas unanimité : dans une société comme la nôtre, on ne l'aura jamais, le consensus). Clairement, une entente est en train de se bâtir, les données et des analyses économiques factuelles semblent de plus en plus convergentes. Il semble y avoir un corpus de connaissances sérieux, autant sur les coûts que sur leur contrôle, l'amélioration de la consommation du médicament, les enveloppes disponibles et les encadrements nécessaires. Donc, la première impression que je voulais partager avec vous, c'est qu'on a franchi une étape et qu'on peut passer à une autre étape.
2. On peut maintenant considérer de passer à l'action. Pour mettre la table comme agenda, il y a trois éléments qui me semblent ressortir de nos discussions : d'abord, bâtir des scénarios. Des scénarios qui tiennent compte qu'il y aura des gagnants et des perdants, pour que le décideur politique ait devant lui un portrait clair. En ce sens, j'ai bien aimé ce qui ressort de vos présentations : quand on parle de mutualisation, on parle aussi de redistribution de la richesse et ça évidemment, dans une société démocratique, c'est un gouvernement qui pourra le rendre possible. Deuxièmement, il est beaucoup ressorti des présentations et des documents qui accompagnaient la journée, qu'il est important d'entourer le régime public d'une politique du médicament qui permette l'utilisation adéquate et appropriée du médicament. Cela vise aussi ceux qui prescrivent, et les habitudes des consommateurs. (...)

Vous avez parlé aussi beaucoup de l'évaluation pharmaco-économique qui est importante à faire. On a déjà fait une tentative là-dessus au Québec mais c'est peut être un dossier à reprendre : fixation des prix, formulaires de médicaments, ... tous les éléments sont là et ils vont vraiment venir appuyer un régime universel public s'ils sont organisés, synchronisés et harmonisés dans le cadre d'une nouvelle politique du médicament.

³ Retranscription à partir de l'enregistrement audio – 6 novembre 2014

Et finalement, le troisième point qui est ressorti progressivement dans nos discussions d'aujourd'hui, c'est qu'il ne faut pas oublier que l'assurance médicaments va être d'autant plus efficace si elle est associée à l'assurance maladie, et encore davantage si elle est intégrée au système de santé. Car les impacts seront importants sur l'économie mais aussi sur les comportements et les pratiques qu'on veut influencer, qu'on veut changer ou qu'on veut faire évoluer dans le système, autant pour les praticiens, les cliniciens, les gestionnaires que pour la population. On a donc là un trépied, avec des scénarios d'assurance, des mécanismes, des instruments qui peuvent circuler, une politique qui va encadrer l'assurance et l'intégration de tout ça dans le système de santé et de services sociaux. On verra ce que ce système de santé va devenir dans quelques semaines mais il faudra l'intégrer de toute façon.

3. Pour préparer l'agenda, une fois qu'on aura les scénarios et qu'on aura tout synchronisé, il faut que cette question arrive à l'agenda politique. Je vois que notre collègue Amir Khadir est là, vous contribuez à ça et il faudrait peut être rappeler, sans faire de digression en science politique, que pour amener une question à l'agenda politique, il y a un certain modèle qui nous suggère qu'il faut faire concourir trois éléments, trois leviers, pour y arriver. Il faut d'abord que le problème ou la situation qu'on veut changer soit clair, et qu'il y ait un consensus, et je pense que c'est en train de s'établir. Ensuite, les solutions doivent passer le test de la faisabilité et de l'acceptabilité, que l'on puisse voir clairement qu'elles peuvent changer la situation dans le sens que l'on veut. Enfin, il faut un contexte politique favorable. Que le gouvernement, ceux qui prennent les décisions, voient que c'est aussi dans leur intérêt de s'occuper de cette question-là à un moment donné parce que le consensus est assez établi, le problème est bien clair et les solutions sont là. Aussi, vous y avez fait référence aujourd'hui : le contexte international, ce qui se passe ailleurs au Canada, les différentes provinces qui ont commencé à bouger dans le même sens, ça influence nécessairement un gouvernement. Il y a d'autres facteurs, je n'entrerai pas dans les détails, mais c'est un diagnostic qui se fait et il arrive à un moment donné la fenêtre d'opportunité. Les trois facteurs, les trois astres s'alignent et là, ça ouvre.

Il est donc important de continuer de façon active à travailler sur le consensus et les scénarios, parce que la fenêtre d'opportunité, bien qu'il soit peu probable qu'on l'ait dans la prochaine année, ça peut venir très vite. Dans l'action politique, on dit que six mois, c'est une éternité, alors ça peut venir très vite dès que les astres s'alignent un peu et là, il faut être prêt. On dit qu'une fenêtre d'opportunité, c'est plus ou moins six mois : il faut donc être prêt quand ça passe. Ça peut être un peu plus long, mais pas beaucoup car on a des sociétés qui bougent beaucoup et si on ne la saisit pas, si on ne la met pas à l'agenda comme une priorité, il va arriver autre chose, une crise ou autre, qui va prendre la place.

C'est ce que je voulais vous laisser comme réflexion. Il y a des étapes définitives de franchises, on ne peut pas continuer à prêcher juste entre convertis. Aujourd'hui, c'est intéressant de voir qu'on avait déjà une salle mixte, de différents partenaires, une bonne partie de ceux qui risquent de perdre ou de gagner quelque chose étaient là, alors si on intensifie cette mise en commun, je pense qu'on va y arriver.»

Conclusions

Cette journée était l'occasion pour Union des consommateurs de souligner les 5 ans de sa campagne d'appui en faveur d'un régime entièrement public d'assurance médicaments. Démarrée en 2009, la campagne recueille maintenant l'appui de plus de 370 groupes et experts, autant de multiplicateurs d'une revendication qui trouve de plus en plus résonance sur la place publique.

La liste des appuis, les présentations, l'ordre du jour et la liste des participants sont disponibles sur le site internet d'Union des consommateurs⁴. De même, les mémoires, articles et recherches appuyant notre campagne sont aussi en ligne⁵.



⁴ Bilan de la journée Priorité assurance médicaments entièrement publique : <http://uniondesconsommateurs.ca/bilan-de-la-journee-priorite-assurance-medicaments-entierement-publique/>

⁵ Pour un régime entièrement public d'assurance médicaments, appel à tous <http://uniondesconsommateurs.ca/nos-comites/sante/rapports-et-memoires/pour-un-regime-dassurance-medicaments-entierement-public/>