

MÉMOIRE

Projet de « *Politique du médicament* »

de



1000 rue Amherst, bureau 300
Montréal (Québec) H2L 3K5
T : (514) 521-6820
Sans frais : 1-888 521-6820
F : (514) 521-0736
C : union@consommateur.qc.ca
W : www.consommateur.qc.ca/union

Déposé à la Commission des affaires sociales dans le cadre de la consultation générale sur le document intitulé « *Politique du médicament* »

L'Union des consommateurs est membre de
l'Organisation internationale des consommateurs – OIC

7 février 2005

Mémoire de l'Union des consommateurs

1000 rue Amherst, bureau 300

Montréal (Québec) H2L 3K5

Téléphone : (514) 521-6820

Sans frais : 1-888 521-6820

Télécopieur : (514) 521-0736

union@consommateur.qc.ca

www.consommateur.qc.ca/union

Rédaction du Mémoire

Danièle Tessier

Collaboration

Comité santé de l'Union des consommateurs, soit :

Thérèse Richer

Judith Fugère

Direction de rédaction

Marcel Boucher

Membres

ACEF Abitibi-Témiscamingue

ACEF de Granby

ACEF de l'Est de Montréal

ACEF de l'Estrie

ACEF de l'Île-Jésus

ACEF de Lanaudière

ACEF du Grand-Portage

ACEF du Nord de Montréal

ACEF Rive-Sud de Québec

Regroupement des
consommateurs d'assurance

Membres individuels

L'Union des consommateurs est membre de l'Internationale des consommateurs (IC), une fédération regroupant 250 membres en provenance de 115 pays.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| Table des matières | 3 |
| L'Union des consommateurs : <i>la force d'un réseau</i> | 4 |
| Introduction..... | 5 |
| 1. L'accessibilité..... | 7 |
| Un régime public universel : une avenue malheureusement inexplorée..... | 7 |
| Quelle sera la facture à payer par la population ?..... | 10 |
| Recommandations..... | 11 |
| 2. L'utilisation optimale des médicaments | 12 |
| Traitement préventif..... | 13 |
| Publicité et santé | 14 |
| Activités de formation | 15 |
| Recommandations..... | 15 |
| La circulation d'information clinique et ses limites | 16 |
| recommandation | 16 |
| 3. L'industrie pharmaceutique..... | 18 |
| Le coût des médicaments : au profit de qui ?..... | 18 |
| recommandations | 20 |
| Les pratiques de l'industrie pharmaceutique - Des impacts sur la santé | 20 |
| recommandation | 22 |
| Conclusion | 23 |



L'Union des consommateurs : la force d'un réseau

L'Union des consommateurs¹ est un organisme sans but lucratif qui regroupe neuf (9) ACEF, le Regroupement des consommateurs d'assurances ainsi que des membres individuels.

La mission de l'Union des consommateurs est de représenter et défendre les 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 soit, 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 sur le 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 ou réglementaires, sur la place publique ou encore, par des recours collectifs. 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 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'Internationale des consommateurs (IC) organisme reconnu notamment par les Nations-Unies.



¹ L'Union des consommateurs est issue de la fusion de la Fédération des associations coopératives d'économie familiale (FACEF) et d'Action Réseau Consommateur, regroupements qui existaient respectivement depuis 1970 et 1978.

INTRODUCTION

Déjà, dans les années 1960, les ACEF identifiaient le coût des soins de santé comme une des principales causes de l'endettement des ménages et réclamaient l'instauration d'un régime d'assurance maladie universel. Par la suite, le mouvement a suivi de près l'évolution du système de soins de santé et s'est impliqué ces dernières années dans le processus de réforme du système de santé, en réagissant contre la tendance au désengagement de l'État par la privatisation et la dés-assurance de certains services de santé.

En 2000, nous présentions devant la Commission des Affaires sociales un mémoire sur le régime général de l'assurance médicaments dans le cadre de la révision de la Loi 33; « Une réforme en profondeur s'impose »².

Nous faisons notamment valoir l'importance du développement d'une politique globale du médicament qui permettrait d'assurer une accessibilité raisonnable et équitable aux médicaments, d'intervenir sur les problèmes de la croissance des coûts par le développement de stratégies de gestion efficace, de favoriser l'usage optimal de la thérapie médicamenteuse par une meilleure utilisation du médicament et une information adéquate des usagers et des professionnels de la santé et enfin de développer la recherche évaluative dans le domaine du médicament.

Rappelons de plus que, dans le cadre d'analyse que s'est donné l'OMS, les objectifs fondamentaux d'un système de santé sont :

- 1) d'améliorer la santé,
- 2) de répondre aux attentes de la population et
- 3) de répartir équitablement le fardeau du financement.

L'équité et la qualité des services de santé, principes sous-jacents à ces objectifs, sont les valeurs qui font consensus³:

Le projet de politique du médicament était attendu et souhaité. En cela, nous sommes donc heureux que le gouvernement soumette enfin un document sur lequel travailler.

À la lecture du projet visant l'élaboration d'une politique du médicament, nous ne pouvons que déplorer l'absence de réponse à certains objectifs et préoccupations sur lesquels nous insistons depuis longtemps.

² Fédération des associations coopératives d'économie familiale (FACEF) du Québec, mémoire sur le régime général de l'assurance médicaments, « Une réforme en profondeur s'impose », février 2000.

³ Tirée du mémoire présenté à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux par l'Institut national de santé publique du Québec, septembre 2000 page 6.

Le projet du gouvernement pose au contraire comme prémisses ou propose en argumentation certains éléments avec lesquels nous sommes en total désaccord. Nous déplorons particulièrement :

- que l'un des quatre chapitres sous lesquels se présente le projet de politique du médicament soit consacré au développement de l'industrie pharmaceutique. Nous sommes d'avis qu'une telle préoccupation, celle du développement économique d'une industrie particulière, devrait être exclue de la politique du médicament, ou, du moins, que cette politique ne devrait en aucune manière en être tributaire ;
- que le développement de l'industrie pharmaceutique soit présentée comme un atout à la santé financière de notre régime de santé et ce, malgré les coûts plus élevés qu'engendre le maintien de la règle de 15 ans et le dégel des prix des médicaments ;
- que la promesse de gratuité aux personnes les plus démunies ne soit pas respectée, alors qu'on connaît l'adéquation entre pauvreté et maladie;
- que certaines avenues prometteuses en matière du contrôle des coûts des médicaments n'aient pas été évaluées : on peut d'ores et déjà penser au prix de référence, à l'accès aux médicaments génériques, aux mesures fiscales, etc. ;
- que la politique ne se penche pas sur les questions de recherche évaluative et de mesures favorisant le suivi post-commercialisation dans le domaine du médicament.

Enfin, dans son document de consultation, le ministre pose un défi à la politique du médicament, à savoir "concilier les positions souvent divergentes des acteurs"⁴. On peut certainement se demander jusqu'à quel point il faut être conciliant lorsqu'il est question de la santé des Québécois et s'inquiéter sur les compromis que le ministre pourrait être prêt à faire pour des considérations qui devraient relever d'un autre ministère et être totalement extérieures à ses préoccupations immédiates. Le fait que le développement économique d'une industrie particulière soit au centre de ses préoccupations, représentant un de quatre éléments essentiels sur lesquels il entend baser sa politique, ne manque pas d'inquiéter.



⁴ Projet de « *Politique du médicament* », page 6.

L'ACCESSIBILITÉ

Un régime public universel : une avenue malheureusement inexplorée

La raison d'être d'un régime universel d'assurance médicaments est de protéger l'ensemble de la population contre les conséquences financières de la maladie et d'entraîner une amélioration de son état de santé.

Dans le cadre de la politique sous étude, le gouvernement stipule que le régime actuel est universel, fondé sur une double mission d'assurance et d'assistance, avec la participation financière des assurés.

Plusieurs intervenants, dont nous sommes, se sont positionnés sur l'iniquité que représente la contribution financière exigée des personnes à faible revenu, laquelle ne tient pas suffisamment compte de leur capacité à payer, voire de leur incapacité à le faire. Les impacts sont désastreux et portent un préjudice sérieux à la santé des citoyens à faible revenu.

Le revenu est un des facteurs les plus déterminants sur la santé selon Santé Canada (1994). 4.2 millions de personnes assurées dans le secteur privé ont, globalement, des revenus plus élevés et sont généralement en meilleure santé.

Les régimes d'assurance privée ne sont pas assujettis à la méthode de fixation des prix utilisée par le régime public et doivent donc rembourser les médicaments au prix du marché. Le régime privé n'a par conséquent aucun contrôle sur les prix, ce qui explique en partie la grande variation que l'on retrouve dans les primes, franchises et co-assurances des personnes assurées par le régime privé. Le revenu de l'assuré n'a aucune incidence sur ces différentes variations ou leur ampleur.

Les assurances privées n'offrent pas uniquement la protection pour les médicaments, mais une assurance santé complémentaire souvent coûteuse à laquelle, si elle est offerte, les personnes sont forcées d'adhérer, en plus de payer des taxes cumulatives sur leurs primes. Les adhérents sont également tenus d'assurer leurs conjoints et enfants à charge. Même si ces assurances privées offrent l'avantage d'une couverture plus large que celle du régime public, couvrant des médicaments qui ne sont pas sur la Liste, ces assurances exigent souvent des primes et franchises trop coûteuses pour les petits salariés.

Pour les adhérents au régime d'assurance public, les médicaments sont entièrement gratuits pour les enfants et les jeunes de 18 à 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 des médicaments couverts par cette assurance. De plus, les contributions maximales sont calculées selon la source de revenu et non pas selon le montant de ce revenu. Cette situation crée, au sein même du régime public, des écarts dans les montants de contribution : une personne dont le revenu provient d'un travail ou de l'assurance-emploi

peut avoir le même revenu qu'une personne âgée recevant le SRG partiel et payer plus cher la prime de base⁵.

Les adhérents au régime d'assurance public sont ceux qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurance ; statistiquement, ils représentent dans l'ensemble une clientèle plus pauvre que la moyenne de la population et présentent, par ce fait même, plus de problèmes de santé. En somme, le régime hybride permet aux assureurs privés d'écrémer le marché en laissant au régime public la clientèle plus malade.

Par ailleurs, certains employeurs n'offrent aucune assurance collective à leurs employés. Contrairement à ceux qui offrent une telle assurance, et bien qu'ils bénéficient des retombées positives du régime public, ces employeurs ne sont pas mis à contribution.

Le rapport Tamblyn (1999) a démontré qu'en raison de la contribution qui leur est imposée, certaines personnes assistées sociales et certaines personnes âgées à faible revenu ont adopté, faute de moyens, des pratiques de sous-consommation de médicaments. Le nombre de consultations dans les cabinets privés et les urgences hospitalières a augmenté considérablement en réponse à ces pratiques : le rapport identifiait 13 000 visites évitables à l'urgence, 16 000 visites médicales de plus et 4000 événements indésirables reliés à une baisse de consommation des médicaments⁶.

Comme le soulignait l'Ordre de pharmaciens du Québec, « Les gains à court terme obtenus par une réduction de la médication doivent être placés en perspective avec la morbidité ou la mortalité pouvant résulter d'une sous-utilisation de médicaments nécessaires à la santé. »⁷

Pourtant, et mis à part le Comité Montmarquette dont les conclusions sont les seules à avoir été retenues par le projet de politique du médicament, bien des efforts ont été mis en œuvre pour analyser différentes approches visant l'instauration d'un régime public et universel en matière de santé⁸. L'instauration d'un régime public et universel a aussi été appuyée par de

⁵ Coalition Solidarité Santé, document de travail sur la politique du médicament, décembre 2004, page 6.

⁶ Tiré du rapport Tamblyn, Confédération des Organismes de Personnes Handicapées du Québec (COPHAN) www.cophan.org/info103sante.htm, (page consultée le 2 février 2005).

⁷ L'Ordre des pharmaciens du Québec, *Le régime d'assurance médicaments du Québec: l'urgence d'atteindre un juste dosage*, juin 1999, disponible à 64.233.167.104/search?q=cache:Zpu6QucK4GIJ:www.opq.org/fr/prise_position/memoires/PDF/memo.pdf+rapport+tamblyn&hl=fr (page consultée le 5 février 2005)

⁸ Rappelons que « le comité dirigé par l'économiste Claude Montmarquette avoue que, dès sa première réunion, il a choisi lui-même de réviser son mandat, considérant « qu'il ne pouvait ni ne devait limiter ses réflexions à la seule pertinence et à la faisabilité d'un régime universel ». Le mandat a ainsi été tellement modifié qu'on ne retrouve dans le rapport aucune hypothèse ou illustration, même défavorable, à un éventuel régime public et universel. » cf. Centrale des syndicats du Québec, *Rapport Montmarquette sur l'assurance médicaments : Le professeur a mal fait ses devoirs*, 2001, disponible à : www.csq.qc.net/section23/nouvelles/nouvelle1007.html (page consultée le 5 février 2005).

Voir aussi : Coalition Solidarité Santé : *Le gouvernement doit changer son orientation en matière de médicaments*, 2002 : « Bien que le comité reconnaisse que la création d'un régime universel et public est possible, l'hypothèse d'un seul régime universel est vite passée à la trappe. Dès la première réunion, la sous-ministre à la planification de la santé, Mireille Fillion avait indiqué que cette avenue n'intéressait pas Québec». Ce n'était certainement pas le président du comité qui allait contester l'orientation gouvernementale, lui qui avait déclaré publiquement être «en

nombreuses organisations et secteurs de la population lors des Commissions parlementaires sur l'assurance médicament tenues en 2000 et 2002, mais le gouvernement refuse toujours d'en analyser les avantages et les modes d'implantation.

Pour exemple, le rapport Gagnon⁹ (1995) recommandait l'instauration d'un régime universel d'assurance-médicament 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 ». L'objectif premier de ce régime serait de garantir à l'ensemble des citoyens un accès équitable aux médicaments requis par leur état de santé.

Quant au financement, il proviendrait 1) du fonds consolidé du gouvernement, 2) d'une contribution des employeurs et 3) d'une contribution des participants¹⁰. Cette forme de mutualisation des risques permettrait un accès égal aux médicaments pour des problèmes de santé semblables et accorderait une protection pour tous et toutes, peu importe leurs conditions financière et sociale, leur état de santé ou leur âge. En outre, cette forme de financement permettrait le partage des coûts par l'ensemble de la population et donnerait au gouvernement, qui serait le seul acheteur de médicaments du régime, une meilleure position de négociation pour obtenir de meilleurs prix.

Le régime universel d'assurance-médicament représente une avenue viable¹¹, favorisée depuis longtemps par une large partie de la société et répondrait aux valeurs sociales que s'est donnée la société québécoise en matière de santé.

Le projet de politique du médicament n'envisage pourtant pas de revoir notre régime général d'assurance-médicament hybride, en raison des inconvénients que l'instauration d'un régime universel pourrait engendrer pour les assureurs. Selon les termes du projet de politique :

« Mentionnons en outre que la mise en place d'un régime universel public n'est pas la voie souhaitée par les assureurs puisqu'ils perdraient presque entièrement le marché, conservant que le marché de l'assurance complémentaire ». ¹²

Ainsi, le gouvernement se prive du meilleur régime parce qu'il ne veut pas priver le secteur privé d'un lucratif marché.

Le projet de politique du médicament n'envisage pas non plus de revoir le système de la fiscalité, alléguant que le fardeau fiscal des québécois était, en 2001, le plus élevé de toutes les provinces canadiennes¹³. Dans son Manifeste contre la pauvreté (2003), l'Union des consommateurs a analysé plusieurs mesures qui pourraient être mises de l'avant en matière de fiscalité afin de favoriser une plus grande équité. À cet effet notre manifeste proposait :

- que la contribution au financement de l'État et de ses programmes soit calculée

général contre les interventions gouvernementales». Disponible à : 64.233.167.104/search?q=cache:pt7Hlc5hRvEJ:www.solidaritesante.qc.ca/articles/documents/memoire%2520medicaments2002.doc+rappor+tambyln+Montmarquette&hl=fr (page consulté le 5 février 2005).

⁹ 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.

¹⁰ Coalition Solidarité santé, *Le gouvernement doit changer son orientation en matière de médicaments*, op. cit. page 8.

¹¹ Rapport Demers, 1994, Rapport Gagnon, 1995, Forum national de la santé, 1997.

¹² Projet de « *Politique du médicament* », page 6.

¹³ Projet de « *Politique du médicament* », page 21.

- proportionnellement au revenu d'un ménage ;
- que soient réduits les avantages fiscaux qui favorisent particulièrement les personnes à revenu élevé ;
- que soient éliminées les possibilités d'évasion fiscale qui favorisent les particuliers à haut revenu ;
- que soit favorisé un élargissement de l'assiette fiscale pour couvrir les profits de toutes les entreprises¹⁴.

Le maintien des assureurs privés dans le régime de santé de même que le statut quo dans le domaine de la fiscalité sont présentés comme étant incontournables. Nous sommes d'avis qu'il s'agit en fait de choix politiques qui devraient être remis en cause par la croissance des coûts en matière de santé, que reconnaît le projet de politique :

« Peu importe la façon dont on mesure la capacité de l'État québécois à absorber la croissance rapide du coût de l'assurance médicaments, il ressort que la marge de manœuvre demeure mince. En effet, le secteur de la santé et des services sociaux dans son ensemble représente déjà, en 2004-2005, 43 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec. De plus, les changements démographiques, le progrès technologique de même que l'évolution des pratiques médicales contribueront à accroître, au fil des ans, la part des dépenses publiques allouée à la santé et aux services sociaux. Les sommes disponibles pour financer l'augmentation du coût du système de santé et de services sociaux, dont fait partie l'assurance médicaments, devraient donc être limitées. »¹⁵

Or, sachant que l'augmentation du coût des médicaments représente l'élément le plus inflationniste dans les soins de santé alors qu'au Québec seulement, les dépenses du gouvernement en médicaments ont augmenté de 205% entre 1997 et 2002¹⁶, nous dénonçons le parti-pris de la Politique du médicament en faveur des assureurs et des compagnies pharmaceutiques et le transfert de la facture à la population.

Quelle sera la facture à payer par la population ?

Dans un tel contexte, comment le projet de politique du médicament, qui envisage des mesures plus coûteuses en soutien à l'industrie pharmaceutique, va-t-il contribuer à l'amélioration d'un système de santé déjà lourdement hypothéqué financièrement ? Et surtout, qui payera la facture ?

La Politique du médicament permettrait dorénavant aux personnes âgées bénéficiant de la prestation maximale du SRG de se prévaloir de la gratuité pour l'accès aux médicaments¹⁷. Par ailleurs le Projet de politique assure, et le ministre Philippe Couillard le confirme¹⁸, que les gains d'efficacités qui seront engendrés par les ententes avec l'industrie pharmaceutique au Québec permettront une redistribution aux citoyens, notamment aux

¹⁴ Union des consommateurs, *Manifeste, pour lutter contre la pauvreté*, octobre 2003, page 45.

¹⁵ Projet de « *Politique du médicament* », page 21.

¹⁶ Coalition solidarité santé, Communiqué : *Pour assurer l'avenir du système de santé, le fédéral doit assumer ses responsabilités*, mars 2002.

¹⁷ Projet de « *Politique du médicament* », proposition n° 11, page 23.

¹⁸ BRETON, Pascale, « Une ordonnance plutôt bien accueillie », La Presse, vendredi 17 décembre 2004, page A2.

prestataires d'aide sociale et aux aînés qui reçoivent le SRG minimum à qui le gouvernement libéral avait promis la gratuité des médicaments.

Pour ces derniers, le projet de politique convient qu'il faudrait «...moduler le plafond de contribution en fonction du revenu des assurés¹⁹». Ainsi, « au rythme des gains d'efficience réalisés grâce aux mesures d'utilisation optimale et aux ententes de partenariat, [il sera permis d'] étendre la gratuité ou alléger les contributions, selon le cas, aux clientèles à faible revenu »²⁰.

Sommes-nous en voie de soumettre les personnes les plus démunies, qui ont besoin d'une thérapie médicamenteuse, aux aléas du marché ? Quels sont exactement les gains d'efficience que le gouvernement compte réaliser tout en favorisant l'industrie pharmaceutique, et dont il ferait profiter les plus démunis, compte tenu que l'industrie pharmaceutique désire, avant toute chose, s'accaparer une part du marché canadien de plus en plus grande et générer des profits de plus en plus élevés?

Les dépenses en médicaments créent des pressions énormes sur l'ensemble de notre système de santé et de services sociaux et mettent en jeu notre droit d'accès aux services de santé et services sociaux universels et publics.

RECOMMANDATIONS

- L'Union des consommateurs recommande à nouveau au gouvernement du Québec d'offrir la gratuité des médicaments pour toutes les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté ;
- L'Union des consommateurs recommande que le gouvernement du Québec veille au maintien d'un système de santé et de services sociaux universel, géré et financé de façon indépendante par l'État ;
- L'Union des consommateurs recommande que le gouvernement du Québec entreprenne une étude sérieuse sur la faisabilité et la pertinence de créer un régime public universel d'assurance médicament et ouvre un débat sur la question ;
- L'Union des consommateurs encourage le ministre des finances du Québec à poursuivre son travail auprès du gouvernement fédéral pour contrer le déséquilibre fiscal et favoriser le transfert de sommes pouvant être réinvesties en santé au Québec.



¹⁹ Projet de « *Politique du médicament* », page 22.

²⁰ Projet de « *Politique du médicament* », page 23.

2. L'UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS

L'utilisation optimale des médicaments représente à maints égards l'avenue souhaitée dans une politique du médicament. Nous saluons la présence et le rôle du Conseil du médicament, composé d'experts en pharmacologie et en économie de la santé qui interprètent les données scientifiques et économiques et dont l'expertise « permet d'intégrer dans ces réflexions des dimensions éthiques et sociétales »²¹.

Tel que définie par le Conseil du médicament, l'utilisation optimale des médicaments vise un :

«...usage qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales»²².

Nous soulignons également l'importance (proposition 5) « d'assurer une plus grande transparence du processus et des décisions relativement à l'inscription d'un médicament à la Liste et d'évaluer la possibilité de rendre public l'état des travaux d'évaluation du Conseil du médicament »²³.

L'Union des consommateurs est également favorable aux propositions 17 et 18, relatives au mandat du Conseil et au maintien de la Table de concertation qui en relève. Conscients des limites à la conciliation de positions diverses, voire opposées, et alors même que le ministre reconnaît l'importance d'une action concertée pour favoriser l'utilisation optimale, nous considérons que la Table pourrait être un lieu privilégié où soutenir ces interventions. Nous sommes toutefois d'avis que la Table ne pourra remplir son rôle sans la présence d'organismes autonomes voués à la défense des droits des usagers-consommateurs en matière de santé, d'autant plus que le ministre favorise la *convergence des discours et des actions* de même que la prise en compte des *valeurs de la société* dans une recherche d'optimisation de l'utilisation du médicament. En outre, plusieurs acteurs²⁴, outre le trio patient, médecin et pharmacien, sont conviés à *promouvoir, encourager, favoriser et soutenir l'utilisation optimale*. Ces organismes devraient démontrer leur indépendance totale à l'endroit des compagnies pharmaceutiques.

L'Union des consommateurs est favorable à l'énoncé du projet de politique qui envisage la thérapie médicamenteuse dans une perspective globale qui introduit plusieurs déterminants en matière de santé.

« ...il faut être en mesure d'en prévoir les effets sur l'évolution de la santé des patients (morbidité et mortalité), sur leur consommation de médicaments et de services de santé (en tenant compte de la qualité des soins reçus), sur leur capacité à demeurer présent sur le marché du travail, sur leur utilisation d'autres services

²¹ Projet de « *Politique du médicament* », page 10.

²² Projet de « *Politique du médicament* », page 37.

²³ Projet de « *Politique du médicament* », page 14.

²⁴ Le milieu universitaire, les corporations et associations professionnelles, les fabricants de médicaments, les assureurs, les organismes publics, le réseau de la santé et des services sociaux et les médias.

gouvernementaux (sécurité du revenu, prestations d'invalidité, etc.), sur l'aide requise des proches, etc. »²⁵

Nous soutenons également avec le projet de politique que « l'adoption de saines habitudes de vie permet d'éviter ou de réduire le recours aux médicaments pour de nombreuses pathologies »²⁶. Nous adhérons à cet énoncé, conscients qu'il est indispensable de mettre en place au préalable les conditions économiques et les autres mesures nécessaires pour y parvenir.

Rappelons à ce sujet les constats faits par L'Union des consommateurs dans son Manifeste contre la pauvreté :

« Les personnes qui vivent dans des conditions sociales et économiques précaires se trouvent dans un état d'alerte constant, ne sachant jamais quand quelque chose d'autre menacera leur situation déjà fragile. Ce stress prolongé endommage le système biologique. L'état de santé se détériore et la durée de vie diminue. Les coûts du système de santé augmentent. Selon le Conseil national du bien-être social, les dépenses qui sont axées sur les soins de santé ont un effet relativement minime sur la santé de la population, comparativement aux effets de facteurs tels le chômage ou le revenu et le statut social. Ainsi, un revenu décent, un emploi de qualité, et un statut social plus élevé auraient un effet positif supérieur aux efforts considérables qui sont principalement canalisés dans le régime des soins de santé. Il demeure que l'accès aux soins de santé est primordial. Il est essentiel de maintenir les caractéristiques fondamentales et originales de notre système de santé et des services sociaux que sont l'universalité et l'accessibilité. De plus, investir dans la prévention doit devenir une priorité. »²⁷

Traitement préventif

Nous avons de sérieuses réserves sur la promotion du traitement préventif par l'usage de médication ; le document de consultation expose, en effet, que :

« ... une meilleure utilisation des médicaments dans le traitement de problèmes de santé mentale peut avoir pour conséquence d'accroître la consommation de certains médicaments, plus coûteux dans la mesure où la qualité de la vie du patient et son intégration sociale sont améliorées. Par ailleurs, un traitement préventif de l'ostéoporose permet, à moyen terme, une diminution de la morbidité, et peut faire en sorte que des personnes puissent demeurer actives plus longtemps. De même, un meilleur dépistage et un traitement plus précoce du diabète peuvent augmenter, à court terme, certains coûts pour le système de santé et de services sociaux, mais il permet des économies substantielles à moyen ou à long terme. »²⁸

Cette approche de «prévention chimique», susceptible d'entraîner de nombreux risques mal balisés, risque de ne pas tenir compte adéquatement d'un ensemble de moyens qui viseraient à cerner les causes de la maladie et sa prévention par la promotion d'habitudes de vie saines. Il faut souligner que les efforts de l'industrie pharmaceutique pour promouvoir

²⁵ Projet de « *Politique du médicament* », page 36.

²⁶ Projet de « *Politique du médicament* », page 40.

²⁷ Union des consommateurs, *Manifeste, pour lutter contre la pauvreté*, octobre 2003, page 13.

²⁸ Projet de « *Politique du médicament* », page 36.

leurs produits sont on ne peut plus efficaces, tant auprès des professionnels de la santé que de la population en général et du gouvernement.

Publicité et santé

La publicité sert à vendre un produit ou un service et constitue un bien piètre véhicule d'information. En particulier, en matière de santé, de puissants intérêts commerciaux tentent de faire croire que la publicité constitue une réponse au manque d'information des patients. S'il est vrai que la population devrait être mieux informée, nous croyons au contraire que la publicité est un mauvais véhicule d'information et induit des effets négatifs en santé.

Le Canada, comme la quasi-totalité des pays du monde, interdit la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance. Une interprétation laxiste du règlement par Santé Canada a néanmoins permis l'envahissement croissant de cette publicité au pays.

Par ailleurs, une disposition de la Loi sur les aliments et les drogues interdit, pour la vente de tout produit, les allégations relatives à la prévention ou à la guérison de certaines maladies²⁹.

Le gouvernement fédéral a l'intention de réviser prochainement la législation relative à la protection de la santé, incluant les restrictions à la publicité de produits liés à la santé. Santé Canada subit actuellement d'intenses pressions pour un assouplissement de l'encadrement réglementaire, souvent sous des arguments fallacieux, comme le fait que le public canadien est déjà exposé à la publicité américaine.

Dans ce contexte, nous encourageons le ministre de la santé à prendre fermement position contre tout assouplissement des règles encadrant la publicité de produits ou de service liés à la santé, à faire pression auprès des ses homologues provinciaux et fédéraux pour que soient maintenues les interdictions actuelles. A cet effet, nous souhaitons que Santé Canada applique strictement la Loi et que toute éventuelle réforme législative conserve intacte la protection actuelle contre les effets désastreux, sur le plan de la santé publique, de la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance ou des allégations de prévention ou de guérison de certaines maladies graves.

Le Conseil des médicaments a émis des réserves quant à une éventuelle autorisation de la publicité directe des médicaments auprès des consommateurs, faisant valoir « que l'objectif véritable est moins de fournir une information objective et vérifiable que d'augmenter les ventes de l'industrie pharmaceutique ».³⁰ Le Conseil du médicament note que l'introduction de la publicité directe aux consommateurs a des impacts sur l'intensification de la prescription et de la demande de médicaments nouveaux (plus coûteux) et qu'elle

²⁹ L'Annexe A évoquée dans la section 3 de la Loi sur les aliments et les drogues, lois.justice.gc.ca/fr/F-27 (page consultée le 5 février 2005).

³⁰ Conseil du médicament, *Position du conseil du médicament du Québec sur la réforme fédérale de la publicité sur les médicaments d'ordonnance pour permettre la publicité directe auprès des consommateurs*, 29 mars 2004.

représente une source de frais additionnels pour les compagnies pharmaceutiques, lesquels seront « transférés d'une manière ou d'une autre à la population »³¹.

À l'inverse, nous demandons aux gouvernements du Canada et du Québec de favoriser la diffusion d'une information juste et impartiale sur la santé, en particulier sur les médicaments.

Activités de formation

Dans l'atteinte de l'objectif d'utilisation optimale des médicaments, le projet de politique du médicament reconnaît l'importance de la formation destinée aux professionnels de la santé et la favorise. Le projet de politique reconnaît par contre que la majorité des activités de formation sont financées par l'industrie pharmaceutique et que cela soulève des questions d'objectivité³².

Nous saluons l'initiative du gouvernement qui, dans le cadre de son projet de politique (proposition 24) soutien la création d'un fonds de formation. Nous insistons sur l'importance de l'indépendance et de l'impartialité de ce fonds.

Par ailleurs, nous sommes très préoccupés de constater que le ministre de la Santé et des services sociaux, à la proposition 32, entrevoit la possibilité de conclure des ententes avec les associations de fabricants de médicaments, ententes qui, affirme-t-on, ne seront jamais conditionnelles à l'inscription d'un produit pharmaceutique, afin de réaliser des études, de la formation de professionnels ainsi que des activités de sensibilisation auprès de la population et ce, dans une optique d'utilisation optimale du médicament.

RECOMMANDATIONS

- L'Union des consommateurs recommande au gouvernement du Québec de prendre fermement position en faveur de l'interdiction de la publicité directe des médicaments d'ordonnance, et du maintien des principes ayant conduit à l'ensemble des restrictions législatives fédérales encadrant la publicité en matière de santé;
- L'Union des consommateurs recommande au gouvernement du Québec de favoriser les moyens de prévention liés à des modes de vie sains, en tenant compte de déterminants de la santé tel le revenu, l'accès à un emploi convenable et l'atteinte d'un statut social plus élevé ;
- L'Union des consommateurs recommande que le gouvernement du Québec favorise la représentation citoyenne d'organismes autonomes à la Table de concertation dans l'optique d'une plus grande transparence et de la convergence des discours en matière d'utilisation optimale de médicaments, et s'assure que ces organismes disposent des ressources nécessaires pour intervenir adéquatement, de même qu'ils soient indépendants de toute influence de l'industrie pharmaceutique ;

³¹ Conseil du médicament, *Position du conseil du médicament du Québec sur la réforme fédérale de la publicité sur les médicaments d'ordonnance pour permettre la publicité directe auprès des consommateurs*, 29 mars 2004.

³² Projet de « *Politique du médicament* », page 45.

- L'Union des consommateurs recommande que le gouvernement s'assure que la formation offerte à tous les intervenants en santé soit impartiale et objective et que la population puisse également bénéficier d'une source indépendante et objective d'information sur la santé et sur les médicaments.

La circulation d'information clinique et ses limites

D'entrée de jeu, nous aimerions souligner que nous avons déjà exprimé, dans le cadre du projet de Loi 83, notre avis sur cet aspect du projet de politique. Nous y avons dénoncé l'empressement du ministre quant aux délais de dépôt des mémoires et de consultation publique. Nous y avons inclus une recommandation qui vise la tenue d'un débat large sur la question de la circulation des renseignements personnels et l'informatisation des dossiers. Cette recommandation trouve application dans le présent exercice. Nous maintenons que ce n'est pas un sujet qu'il faut traiter à la hâte sans une évaluation préalable approfondie des impacts.

Bien qu'il soit de mise qu'une meilleure circulation de l'information entre certains professionnels de la santé soit envisagée, la transmission d'information ne devrait généralement se faire qu'avec le consentement de l'utilisateur. À l'intérieur de ces limites, la transmission de l'intention thérapeutique du médecin au pharmacien nous apparaît comme une approche favorable compte tenu du rôle de proximité que les membres de ces deux professions jouent auprès de l'utilisateur.

Une fois ce consentement accordé, la révision de la médication offerte à l'utilisateur qui vit dans la communauté, qui mettrait à profit une relation plus étroite entre le médecin et le pharmacien, est également souhaitable, tout comme le serait par ailleurs la disponibilité d'information sur les médicaments offerte dans le cadre d'un service info-médicament.

Nous sommes par contre opposés à une circulation large d'informations telle qu'envisagée par le ministre dans le projet de Politique du médicament :

« ... le Ministère souhaite mettre de l'avant un plan d'informatisation au sein des réseaux locaux de services et à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux »³³

À la lumière des mesures envisagées dans le projet de loi 83 modifiant la Loi québécoise sur la santé et les services sociaux, nous sommes fortement opposés aux modifications liées à la libre circulation au sein d'institutions et organismes publics et privés d'informations contenues dans les dossiers des utilisateurs et ce, sans leur consentement.

RECOMMANDATION

- Considérant l'élargissement majeur prôné dans le projet de loi 83 relativement à la transmission de renseignements personnels sans autorisation préalable de la part de l'utilisateur, l'Union des consommateurs recommande que les services de conservation de certains renseignements et leur accessibilité soient limités au strict minimum, dans la seule mesure où ils permettraient la mise en application de la politique d'utilisation

³³ Projet de « *Politique du médicament* », page 39.

optimale des médicaments ou dans la mesure où ils permettraient d'offrir de meilleurs soins.



3. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Le coût des médicaments : au profit de qui ?

L'augmentation croissante du coût des médicaments constitue un enjeu majeur. Face à cette situation, le gouvernement convient qu'il doit intervenir pour assurer à l'ensemble de la population québécoise un accès équitable et raisonnable aux médicaments. Le maintien et le soutien à l'industrie pharmaceutique représentent une des avenues privilégiées par le gouvernement et ce malgré les coûts additionnels que cela peut engendrer.

« Bien que ce soutien [à l'industrie pharmaceutique innovatrice] occasionne parfois des coûts pour le système de santé et de services sociaux, le Québec profite des retombées économiques directes et indirectes de la présence de cette industrie »³⁴.

Le projet de politique du médicament fait valoir une approche où la présence et le soutien de partenaires privés et l'attention portée à leurs intérêts économiques sont confirmés, voire incontournables.

Alors que, pour le gouvernement du Québec, le développement d'une industrie pharmaceutique dynamique demeure une priorité, la politique du médicament est l'occasion de confirmer le maintien du soutien accordé jusqu'à maintenant à cette industrie³⁵.

Les avantages sont nombreux pour cette industrie de s'établir au Québec et le projet de politique assure son intention de leur apporter son soutien, notamment par le biais d'avantages fiscaux, le maintien de la règle de 15 ans et le dégel des prix des médicaments.

La règle de 15 ans, « permet au fabricant du médicament innovateur de conserver une part de marché considérable même si un médicament générique est disponible à meilleur prix »³⁶. Selon l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP), « le coût des médicaments génériques serait en moyenne de 40% à 50% inférieur à celui de leur équivalent d'origine »³⁷.

En vertu de cette règle, le gouvernement du Québec retarde l'inscription de médicaments génériques à sa Liste officielle de médicaments, accordant en fait une protection additionnelle aux multinationales pharmaceutiques de produits d'origine³⁸. Le Québec choisit, dans le meilleur intérêt de l'industrie pharmaceutique, de maintenir cette règle.

³⁴ Projet de « *Politique du médicament* », page 2.

³⁵ Projet de « *Politique du médicament* », page 53.

³⁶ Projet de « *Politique du médicament* », page 26.

³⁷ Gouvernement du Canada, *Rapport de discussion sur la Stratégie d'innovation du Canada*, 2003 ; disponible à : www.innovation.gc.ca/gol/innovation/site.nsf/fr/in02270.html (page consultée le 5 février 2005).

³⁸ HAROUN, Thierry, *Médicaments - L'industrie du médicament générique se porte bien*, Le Devoir, 2-3 octobre 2004 ; disponible à : www.ledevoir.com/2004/10/02/65121.html?268 (page consultée le 5 février 2005).

Ce maintien de la règle de 15 ans représenterait, selon la dernière évaluation du Vérificateur général, une dépense supplémentaire annuelle de 25 millions de dollars pour le Trésor québécois.³⁹ . Notons que présentement, le Québec est la seule province à appliquer une telle politique, malgré une préoccupation affirmée en vue de freiner la flambée des coûts dans les soins de santé.

Le ministre confirme également, lors d'une entrevue, que le dégel des prix des médicaments se traduira par des coûts additionnels de 12 millions de dollars par année à l'État. Cette somme, souligne-t-il par ailleurs, pourrait être réduite grâce à la négociation de ristournes de la part des fabricants⁴⁰.

Dans le projet de politique, la proposition se lit ainsi:

« Permettre la conclusion d'ententes prévoyant la mise en place de mesures compensatoires, afin de minimiser, voire d'annuler l'impact sur le régime public de la hausse de prix permise. »⁴¹.

La fin du gel des prix permettra évidemment aux compagnies pharmaceutiques d'augmenter leurs prix et par le fait même leurs revenus. Selon la croissance [lire profit] des ventes d'un produit, les compagnies seront invitées, sur la base d'ententes à être conclues, à verser une compensation financière annuelle au gouvernement, soit une participation aux profits.

Devons-nous comprendre qu'une contribution à l'État par l'industrie pharmaceutique découlera des profits que celle-ci sera en mesure de réaliser ? Est-ce que les profits de l'industrie pharmaceutique détermineront, dès lors, la viabilité de notre régime général d'assurance médicament voire même l'accès gratuit aux médicaments de personnes plus vulnérables financièrement ?

Ce qui n'est pas mentionné dans le document de consultation, c'est qu'en procédant de la sorte, on encourage à coup sûr une hausse des coûts pour l'État et les assureurs, ce qui se traduira, assurément, par une hausse des primes, franchises et co-assurance, soit une augmentation de la facture, y compris pour les personnes à faible revenu.

Le projet de politique préfère maintenir une stratégie de développement industriel plutôt que d'opter, comme d'autres l'ont fait, pour une politique du « prix de référence » malgré qu'il reconnaisse qu'une telle politique permettrait aux régimes d'assurance médicaments de réaliser des économies⁴².

À titre d'exemple : certaines mesures adoptées par l'Australie en matière de gestion des coûts des médicaments ont entraîné des impacts réels tout en permettant à L'agence du médicament australienne de maintenir ses distances à l'endroit de l'industrie pharmaceutique⁴³. En mai 1997, un système de prix de référence a été instauré : les *Therapeutic group Premiums* comparent les prix des médicaments de même indication pour

³⁹ DURTISAC, Robert, *Médicaments : Québec abolira le gel des prix*, le Devoir, 17 décembre 2004, page A 10.

⁴⁰ DURTISAC, Robert, *Médicaments : Québec abolira le gel des prix*, le Devoir, 17 décembre 2004, page A1.

⁴¹ Projet de « *Politique du médicament* », page 31.

⁴² Projet de « *Politique du médicament* », page 54.

⁴³ BARON, Florence, Les « guidelines » en pharmacoéconomie : *Comparaison institutionnelles, situations actuelles et perspectives*, mai 2000 (information tirée du site internet : www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_070600f.htm).

définir une valeur de référence par classe thérapeutique. Cette politique entraîne des contraintes de bas prix pour l'industrie pharmaceutique.

L'exploration de telles avenues est totalement absente dans le projet de politique du médicament. Plutôt que de payer moins cher, le gouvernement choisit d'accepter des hausses de prix avec l'espoir de profiter, dans la mesure d'ententes qui restent à conclure, des profits générés par les compagnies pharmaceutiques.

RECOMMANDATIONS

- L'Union des consommateurs recommande que le gouvernement du Québec revioie sa politique et examine d'autres avenues en vue d'un contrôle des coûts des médicaments qui vise leur réduction, notamment en maintenant le gel des prix des médicaments et en modifiant la règle de 15 ans afin de privilégier l'accès à plus court terme aux médicaments génériques, moins coûteux.

Les pratiques de l'industrie pharmaceutique - Des impacts sur la santé

Avec la proposition 2, le projet de politique favorise le choix des médicaments à inscrire à la Liste à partir de données probantes qui démontrent leur valeur thérapeutique selon les critères suivants :

1. l'existence de données probantes qui prouvent que ce produit a démontré son efficacité ;
2. l'existence de données probantes qui prouvent que ce produit a démontré sa valeur incrémentielle (ou valeur d'ajout) par rapport :
 - aux médicaments existants ;
 - à sa capacité d'influer sur les conséquences de la maladie notamment sur la mortalité et la morbidité.

Or, des données indiquent, que l'industrie pharmaceutique n'est pas très innovatrice et que la valeur «incrémentielle» des nouveaux médicaments n'est le plus souvent qu'une légère modification des produits existants, très peu d'entre eux présentant des *avancées thérapeutiques substantielles*.

« Au Canada, seulement deux des 81 médicaments brevetés en 1995 étaient considérés comme des découvertes importantes... Les autres étaient de nouvelles versions de médicaments existants ou des médicaments qui amélioraient peu les thérapies existantes »⁴⁴.

Ces pseudo nouveautés permettent aux compagnies pharmaceutiques de faire des profits gigantesques, favorisent le maintien de l'industrie dans l'arène des produits brevetés et prolongent sa mainmise sur le marché.

Plusieurs, avec l'appui de l'opinion publique, ont décrié les profits énormes inhérents à ce genre de pratique. Des groupes du Québec ont, à cet égard, réclamé une enquête publique.

⁴⁴ ST-ONGE, Jean-Claude, L'envers de la pilule, les dessous de l'industrie pharmaceutique, édition Éco-société, Montréal, 2004, page 55.

Ces groupes ont mis en lumière, pour exemple, que l'industrie pharmaceutique aurait investi l'équivalent de 20 000 \$ par année par médecin au Québec pour faire la promotion et le marketing de ses produits et offert pour un demi milliard de dollars en cadeaux de toutes sorte aux pharmaciens. »⁴⁵.

Dans le cadre des pratiques de l'industrie pharmaceutique, on peut également questionner les méthodes qui conduisent à l'homologation de nouveaux médicaments. Des événements récents nous amènent à nous interroger sur l'efficacité d'un système qui permet l'entrée et le maintien sur le marché de « nouveaux » produits extrêmement dangereux pour la santé. L'anti-inflammatoire Vioxx a été récemment mis en cause en raison des dangers sérieux qu'il représentait : des recherches ont démontré que l'utilisation du produit pouvait entraîner de graves problèmes cardio-vasculaires allant jusqu'à provoquer la mort. Le produit Vioxx a été retiré du marché en 2004 ; les indications des dangers de ce produit étaient pourtant déjà présentes en 2002⁴⁶. Une étude parrainée par le National Institute Cancer (NIC) menée pendant plus de 5 ans sur quelque 3 600 patients indique que l'anti-inflammatoire Celebrex présente lui aussi les même dangers.

L'approbation d'un médicament est d'une importance capitale puisque la mise sur le marché d'un produit peut parfois être une question de vie ou de mort ; le développement d'effets secondaires désastreux, dommages irréversibles à moyen ou long terme, etc. Pourtant, en 1997, au Canada, l'essentiel des budgets de financement pour l'approbation des médicaments provient directement de l'industrie pharmaceutique, soit 24,8 des 26,2 millions de la direction générale de la protection de la santé du ministère de la santé (DGPS) consacrés à la sécurité des médicaments⁴⁷. Le financement de l'organe d'approbation par ceux même qui recherchent cette approbation serait de nature à soulever des doutes sur la réelle indépendance du processus.

Entre 1984 et 1994, le Canada a enregistré 1400 décès causés par une réaction médicamenteuse indésirable à des produits homologués⁴⁸. A cela s'ajoutent tous les effets indésirables liés à l'utilisation de médicaments qui, comme c'est le plus souvent le cas, ne sont pas rapportés.

On se doit de constater que la population n'est pas informée de façon précise ou fiable, dès leur mise en marché, des risques et bénéfices réels associés aux médicaments. Le système de suivi de l'évolution de ces médicaments et de leurs effets au cours de leur utilisation manque cruellement d'efficacité et de transparence.

Bien que le projet de politique reconnaît certaines pratiques douteuses des compagnies pharmaceutique et établit que des règles claires entourant leurs pratiques commerciales doivent être formulées tel que l'entend la proposition 26, on ne peut s'empêcher d'être méfiants devant la très grande place qu'occupe cette industrie et l'ouverture, pour ne pas dire le régime de protection, qui lui est faite par les gouvernements.

⁴⁵ Coalition Solidarité Santé, *Demande d'enquête publique sur les pratiques commerciale douteuses de l'industrie pharmaceutique au Québec*, mai 2003, page 4.

⁴⁶ Agence française de presse (AFP Washington), *La révélation sur les dangers du Celebrex accroît la pression sur la FDA*, Journal de Montréal, 19 décembre 2004, page 43.

⁴⁷ VANDELAC, Louise, *Quand l'État confie la protection de la santé aux entreprises*, Éthique publique, vol. 1, Liber et INRS-Chaire Fernand Dumont, printemps 1999.

⁴⁸ ST-ONGE, Jean-Claude, *L'envers de la pilule, les dessous de l'industrie pharmaceutique*, édition Éco-société, Montréal, 2004, page 65.

Cette méfiance est à son comble lorsque le projet de politique déclare qu'actuellement au Québec il n'existe « aucune tribune permanente permettant à l'industrie pharmaceutique innovatrice de faire valoir aux différentes instances gouvernementales, et ce, dans un même lieu, ses besoins et ses attentes »⁴⁹. La nouvelle politique mettrait donc en place « un forum d'échange pour le maintien de l'équilibre entre les politiques de santé et de développement économique »⁵⁰. Ce forum aurait pour but, en favorisant l'industrie pharmaceutique, d'augmenter ou favoriser le maintien au Québec de la proportion des investissements en recherche et développement de cette industrie.

Or, ce rôle revient au ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, dont la mise en place en avril 2003 visait des interventions plus simples, plus cohérentes et plus efficaces auprès des entreprises et des intervenants régionaux. En avril 2004, le nom du Ministère s'enrichissait du vocable « Recherche ». Le gouvernement soulignait ainsi la contribution indispensable de la recherche, de la science et de l'innovation à la prospérité économique du Québec⁵¹.

Dès lors, on comprend mal cette place faite à l'industrie pharmaceutique dans le cadre d'une politique du médicament en santé.

RECOMMANDATION

- L'Union des consommateurs recommande au gouvernement du Québec de n'ajouter à sa Liste que les médicaments qui représentent une innovation significative et dont la valeur incrémentielle représente des avancées thérapeutiques substantielles.
- L'Union des consommateurs recommande au gouvernement du Québec, en lien avec le fédéral, de mettre en place une structure indépendante permettant de recueillir et documenter les effets secondaires liés à la consommation de médicaments et la diffusion de ces informations. L'analyse des informations recueillies pourraient donner lieu à l'émission d'avis et, le cas échéant, d'ordonnances de retrait d'un médicament.
- L'Union des consommateurs recommande au gouvernement du Québec de développer la recherche évaluative dans le domaine du médicament afin d'assurer un suivi qui permette de minimiser les risques liés à la mise en marché de médicaments non-conformes, qui risquent d'être dommageables pour la santé de la population.



⁴⁹ Projet de « *Politique du médicament* », page 56.

⁵⁰ Projet de « *Politique du médicament* », page 65.

⁵¹ Rappelons que ce nouveau ministère fût constitué à partir de quatre ministères et organismes ; Industrie et commerce, régions – recherche, science et technologie, tourisme Québec.

CONCLUSION

Le projet de politique du médicament que nous soumet le ministre Couillard favorise et développe bon nombre de moyens pour atteindre l'utilisation optimale du médicament mais ces efforts semblent voués à l'échec du fait de la place laissée à l'industrie pharmaceutique.

La présence d'un régime général d'assurance médicament public-privé a des incidences marquées sur le coût élevé des médicaments et contribue à maintenir, voire augmenter l'iniquité pour les personnes à plus faible revenu. Nombre d'employeurs, qui bénéficient pourtant des retombées positives du programme public, ne sont pas mis à contribution. L'État assumant la population à plus faible revenu, qui ont statistiquement de plus grands besoins en matière de santé, la répartition des risques est inégale et le régime actuel d'assurance médicament contrevient au principe de l'universalité des soins de santé.

Tout en reconnaissant les coûts additionnels que suppose le support à l'entreprise pharmaceutique, le projet de politique du médicament n'examine aucune nouvelle avenue qui permettrait de garantir à la population un accès équitable et aussi économique que possible aux médicaments.

Une politique du médicament devrait d'abord viser la protection de la population contre les conséquences financières de la maladie et l'amélioration de l'état de santé collectif et individuel. La présence des préoccupations liées au développement de cette industrie dans une politique du médicament est inconciliable avec le concept du droit à la santé qui correspond aux valeurs de la société québécoise.

Enfin, nous sommes d'avis que seul un Conseil du médicament autonome peut être garant d'un certain contrôle qui permette de garder ses distances face à l'industrie pharmaceutique. Dans cette même optique, la participation citoyenne autonome au sein de la Table de concertation nous semble indispensable.

