



Pour l'accessibilité
Pour l'équité
Pour combattre la pauvreté
Pour l'amélioration de la santé
Pour la maîtrise des coûts

***Pour une politique du médicament qui fait
passer la santé de la population avant
l'intérêt des compagnies pharmaceutiques***

Avril 2005

Table des matières

| | |
|--|----|
| Un document ministériel qui doit être revu | 3 |
| Assurer maintenant l'accessibilité aux personnes à faible revenu | 5 |
| Une désassurance de plus avec ça ? | 6 |
| Une politique attendue depuis 1996 | 7 |
| L'accessibilité demeure un sérieux problème | 8 |
| Les problèmes du régime hybride | 10 |
| L'urgence de contrôler l'explosion des coûts | 11 |
| Pour un régime public universel | 12 |
| Le rapport Demers favorable à un régime public | 12 |
| Le rapport Gagnon démontre la faisabilité d'un régime public | 13 |
| Le Comité Montmarquette passe totalement à côté de son mandat | 16 |
| L'hypothèse d'un régime public est plus que jamais d'actualité | 17 |
| Il faut encadrer les pratiques des compagnies pharmaceutiques | 18 |
| L'Ontario mène le bal | 19 |
| Conclusion | 20 |
| Annexe | 22 |

La Coalition Solidarité Santé

La Coalition Solidarité Santé regroupe 52 organisations syndicales, communautaires, religieuses et des comités de citoyennes et citoyens. Depuis sa fondation en 1991, les actions de la Coalition ont toujours été motivées par la défense du droit à la santé pour l'ensemble de la population québécoise et ce, sans égard au statut ou au revenu des citoyennes et des citoyens.

La Coalition Solidarité Santé défend le caractère public, la gratuité, l'accessibilité, l'universalité et de l'intégralité des services de santé et des services sociaux. La Coalition adhère aux principes de la Loi canadienne de la santé, ainsi qu'au Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, signé par le Québec, en 1976, dont l'article 12 porte sur le droit à la santé.

La Coalition a adopté un *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*, que l'on peut trouver sur le site internet <http://www.solidaritesante.qc.ca>

Un document ministériel qui doit être revu

Le document ministériel, intitulé *Politique du médicament*, a déçu la Coalition Solidarité Santé. Nous souhaitons qu'à la suite des travaux de la Commission parlementaire des affaires sociales, le gouvernement revoit son approche et adopte les mesures législatives et administratives destinées à mettre en place une Politique québécoise du médicament répondant véritablement aux besoins de la population.

Nous voulons d'abord déplorer que, malgré les engagements électoraux en vue d'assurer la gratuité des médicaments aux 712 000 personnes qui sont prestataires de la sécurité du revenu et aux aîné-es qui reçoivent le supplément de revenu, le projet ministériel n'accorde la gratuité qu'aux 46 000 aîné-es qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu garanti, ce qui ne s'avère qu'un trop mince premier pas.

Les aîné-es à faible revenu, les personnes assistées sociales, mais aussi les travailleuses et travailleurs à faible salaire et les prestataires de l'assurance emploi ne devraient pas avoir à payer pour l'achat d'un bien aussi indispensable que les médicaments. On les place présentement devant des choix impossibles : choisir entre les médicaments, la nourriture, le loyer et autres dépenses essentielles et s'exposer à des impacts néfastes sur leur santé et à une utilisation accrue des services de santé.

Près de 470 millions à économiser

Un récent rapport de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé démontre que le Québec fait triste figure en étant au premier rang des provinces les plus dépensières avec des coûts de 625 \$ par personne en médicaments prescrits, loin devant la moyenne canadienne de 562 \$. Si nos coûts étaient égaux à la moyenne canadienne, c'est un montant de près de plus de 470 millions que le Québec économiserait.

La coalition déplore que le document évite d'aborder la perspective de la mise en place d'un régime public et universel d'assurance médicaments, lequel serait une meilleure façon d'assurer l'accessibilité aux médicaments et de maîtriser la croissance des coûts.

Le projet ministériel contient diverses propositions visant à augmenter la rentabilité de l'industrie pharmaceutique. Nous estimons qu'elles n'ont pas leur place dans un document qui ne doit avoir d'autres préoccupations que celles de contribuer à l'amélioration de la santé de la population et faciliter l'accès à une ressource essentielle que sont les médicaments

Il est trop évident que les représentants de l'industrie pharmaceutique ont fortement influencé la préparation du document ministériel. Un important chapitre du document est même consacré à diverses mesures de soutien au développement de l'industrie des médicaments brevetés qui lui permettront de devenir encore plus profitable. Il doit être retiré.

Répondant aux vœux de l'industrie pharmaceutique, le document ministériel envisage notamment de mettre fin à la politique de non augmentation du prix des médicaments et il favorise le maintien de la règle des 15 ans de protection accordée aux médicaments brevetés.

La Coalition ne peut être en accord avec ces propositions puisque ce sont des mesures de contrôle des coûts et des mesures très strictes d'encadrement des pratiques commerciales d'une industrie pharmaceutique, extrêmement puissante et profitable, qui étaient attendues par la société québécoise.

Les principes à la base de la politique

La Coalition réclame du gouvernement québécois que la Politique du médicament soit fondée sur les principes suivants :

- La santé est un droit. Toute personne doit avoir accès aux services de santé et de services sociaux sans égard à son revenu, son état de santé, son âge ou son sexe.
- Les médicaments sont une partie intégrante du système de santé. En raison de l'importance de leur rôle thérapeutique, l'accès aux médicaments doit être universel.
- Une politique du médicament doit viser avant tout à préserver et à améliorer la santé de la population. Dans ce sens, il serait inacceptable que des objectifs liés à la rentabilité de l'industrie pharmaceutique aient préséance sur des objectifs de santé publique.

La Coalition demande que le gouvernement québécois adopte une politique du médicament qui vise en priorité la santé de la population et qui assure l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour l'ensemble des personnes vivant sous le seuil de faible revenu.

Assurer maintenant l'accessibilité aux personnes à faible revenu

De façon immédiate, sans attendre l'adoption de la politique, le gouvernement doit assurer l'accès gratuit aux médicaments prescrits à l'ensemble des personnes à faible revenu. Ne pas le faire expose trop de personnes à devoir choisir entre se nourrir et se soigner et à hypothéquer encore davantage leur santé.

La Politique du médicament doit viser avant tout la santé de la population et ne pas être dictée par les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique. Il est grand temps de mettre fin aux pratiques abusives de mise en marché et aux privilèges accordés à cette industrie qui coûtent très cher à l'État québécois.

La Politique du médicament doit donc comprendre une série d'interventions concrètes visant la réduction des coûts par l'utilisation, entre autres, de médicaments moins coûteux, particulièrement des médicaments génériques.

Une désassurance de plus avec ça ?

La Coalition s'oppose vigoureusement à une des recommandations du projet ministériel qui propose de retirer la gratuité des médicaments présentement dispensés en clinique externe des hôpitaux. Cette proposition semble viser à transférer vers les citoyens les coûts pour les médicaments nécessaires dans le cadre d'un traitement ambulatoire, une facture jusqu'à maintenant assumée par le réseau public.

Les traitements ambulatoires vont-ils dorénavant dépendre de notre capacité de payer ? Les conséquences pratiques sont également inquiétantes : on demandera aux gens qui sont déjà malades, possiblement à mobilité réduite, de rajouter une ou plusieurs visites à la pharmacie à leur expérience de traitement. Après la désassurance des médicaments par l'instauration du virage ambulatoire en 1995, suivie par la mise sur pied du régime d'assurance médicaments actuel en 1996, il s'agirait d'un troisième recul de l'accessibilité aux médicaments.

Nous demandons enfin que le gouvernement entreprenne une étude sérieuse sur les modalités de mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments, administré par la Régie de l'assurance-maladie.

Une politique attendue depuis 1996

L'idée d'une politique du médicament n'est pas nouvelle. En fait, la Loi 33, qui a créé le régime actuel d'assurance médicaments en 1996, a prévu l'élaboration par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'une politique en matière de médicaments.

Bien avant la mise sur pied de l'actuel régime d'assurance médicaments, la Coalition Solidarité Santé a revendiqué une politique du médicament. Pour nous, une telle politique doit être une composante intégrale de notre système de santé. Elle est essentielle pour assurer à l'ensemble des Québécoises et Québécois l'accès aux médicaments qui sont nécessaires à la protection et à l'amélioration de leur santé. Le Forum national sur la santé en 1997 et la commission Romanow sont d'ailleurs allés dans ce sens.

La Coalition croit également que l'adoption d'une politique du médicament est fondamentale si l'on veut assurer la survie de notre système universel et public de santé et des services sociaux.

L'explosion du coût des médicaments est bien réelle. Les médicaments sont l'élément le plus inflationniste du système. D'après les rapports annuels de la RAMQ, l'augmentation annuelle moyenne des dépenses en médicaments, entre 1999 et 2003 a été de 15,2 %.

La RAMQ a versé, en 1998, 989 millions pour le remboursement des médicaments et en 2003, le montant d'élevait à 2 milliards 71 millions, soit une augmentation de plus d'un milliard. Ces dépenses ne comprennent pas le coût de l'achat des médicaments par les hôpitaux et autres établissements de santé qui a connu une progression tout aussi forte.

Les dépenses en médicaments créent des pressions énormes sur 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. La pertinence – voire l'urgence – d'une politique du médicament qui aurait pour effet de juguler cette croissance démesurée s'impose de façon de plus en plus claire.

L'accessibilité demeure un sérieux problème

Malgré l'importance des médicaments pour le recouvrement et le maintien de la santé, bon nombre de Québécoises et Québécois doivent s'en priver, faute d'avoir les moyens de les payer. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes assistées sociales et les personnes âgées qui ont perdu leur accès aux médicaments gratuits ou quasi-gratuits en 1996 avec la mise sur pied de l'actuel régime d'assurance médicaments. L'impact des frais imposés est bien documenté:

- Le rapport Tamblyn a conclu que les changements au régime ont entraîné 1946 événements indésirables, tels hospitalisations, institutionnalisations et décès. Ils ont provoqué 12 991 visites aux urgences et 16 092 visites chez les médecins, et ce dans les 10 mois suivant l'application du régime. L'étude portait sur l'ensemble des personnes âgées et personnes assistées sociales. On remarquera que le seul groupe qui a vu le rétablissement de la gratuité des médicaments a été les personnes assistées sociales éprouvant des contraintes sévères à l'emploi.
- Des organismes continuent de constater des effets pervers du régime d'assurance médicaments. Dans certains cas, on s'aperçoit qu'afin de boucler les fins de mois, les gens diminuent les doses prescrites ou en prennent un jour sur deux, ou bien ils abandonnent des médicaments complètement. D'autres coupent dans d'autres besoins essentiels, tels la nourriture. Le résultat est souvent une détérioration de la santé et un besoin accru de soins. Ces réalités sont documentées par de nombreuses observations, dont un sondage réalisé par la Coalition Solidarité Santé en juin 2004.
- Mêmes les personnes à faible revenu qui n'avaient pas de couverture avant 1996, et pour qui le régime devait représenter un pas en avant, éprouvent des difficultés financières. Une personne seule, ayant un revenu de 20 000 \$, par exemple, paye 494 \$ pour la prime annuelle, et peut payer jusqu'à 71,42 \$ par mois. Le régime actuel est ainsi, pour un grand nombre de personnes à faible ou modeste revenu, une mesure appauvrissante.

- Parmi les personnes couvertes par des régimes privés, on se plaint de plus en plus de la hausse constante des primes qui absorbent une part grandissante du revenu.

Enquête Santé Québec et la consommation de médicaments

L'Enquête Santé Québec a démontré que les personnes à faible revenu ont davantage de problèmes de santé que les personnes qui ont un revenu supérieur. La consommation de médicaments des personnes à faible revenu est par ailleurs inférieure à celle de personnes de revenu supérieur. Ce qui indique globalement, selon nous, qu'il existe une sous-consommation de médicaments chez les personnes à faible revenu.

1- Perception de l'état de santé moyen ou mauvais selon le revenu

| | |
|-------------|--------|
| Très pauvre | 22,9 % |
| Supérieur | 6,6 % |

2- Personnes ayant pris un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours

| | |
|-------------|--------|
| Très pauvre | 52,5 % |
| Supérieur | 57,4 % |

3- Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

| | |
|-------------|--------|
| Très pauvre | 8,1 % |
| Supérieur | 79,9 % |

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998

Les problèmes du régime hybride

Le régime d'assurance médicaments québécois, même si on le décrit comme universel, est dans les faits un régime hybride public-privé.

La loi ne donne pas la liberté de choix ! Toute personne ayant accès à un régime privé - généralement par son travail - doit s'y inscrire et à y inscrire son conjoint ou sa conjointe ainsi que ses enfants. Le reste de la population est couvert par le régime public d'assurance médicaments. Il y a présentement 4,3 millions de personnes inscrites aux régimes privés, et 3,2 millions inscrites au régime public.

Il existe des différences importantes entre les deux régimes. Pour en nommer quelques-unes :

- Dans les régimes privés, les médicaments ne sont pas fournis gratuitement aux enfants de moins de 18 ans et aux étudiants de 18-21 ans alors que c'est le cas dans le régime public.
- Dans les régimes privés, les personnes sont tenues de payer des taxes cumulatives de 11,35 % sur leurs primes alors que cela est absent dans le régime public.
- À revenu comparable, les primes ne sont pas les mêmes dans les régimes privés et dans le régime public. Il peut en coûter le double chez les assureurs privés. Cette situation est particulièrement difficile pour les salariés à très faible salaire ou à temps partiel.

Même à l'intérieur du régime public, il existe des variations importantes. Les contributions maximales sont calculées selon la source de revenu et non sur le montant. Par exemple, une personne assistée sociale paie au maximum 16,67 \$ par mois; une personne âgée recevant le supplément de revenu garanti partiel paie un maximum de 46,47 \$ par mois. Mais une personne à faible revenu dont les revenus viennent de son emploi, s'expose à payer un maximum mensuel de 71,42 \$ – même si son revenu en dollars est identique à celui d'une personne âgée.

Les régimes privés d'assurance ont des performances désastreuses en matière de contrôle des coûts. Le Groupe Mellon estime que la croissance moyenne des coûts d'assurance pour les entreprises du Canada augmentera de 15,1 % en 2005, alors que l'augmentation en 2004 est estimée à 15,6 %.

L'urgence de contrôler l'explosion des coûts

Face à l'explosion du coût des médicaments, nos gouvernements n'ont employé qu'une seule stratégie: transférer la facture à la population. Ainsi, depuis 1996, nous avons vu les primes annuelles pour le régime public d'assurance médicaments passer de 175\$ à 494\$, soit une augmentation de 182% en 8 ans. Certaines personnes âgées ont vu leurs contributions annuelles maximales (incluant primes, franchises et co-assurance) passer de 100\$ en 1996 à 1351\$ en 2004.

Pourtant, des mesures de contrôle des coûts sont possibles. En voici quelques exemples:

- *La négociation de prix.* Les hôpitaux qui négocient les prix des médicaments de façon centralisée obtiennent de meilleurs prix, que ceux payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. La RAMQ ne négocie pas les prix, et les écarts sont importants. Par exemple, La Presse rapporte que les hôpitaux paient les contenants de Captopril 92\$, alors que pour le même médicament, la RAMQ paie 279\$; le Ranitidine se vend 33\$ aux hôpitaux de Montréal, et 202\$ à la RAMQ.
- *L'utilisation accrue de médicaments génériques.* Le Québec est la province qui a le moins recours aux médicaments génériques.

| | Brevetés | Génériques |
|---------|-----------------|-------------------|
| Alberta | 59% | 41% |
| Ontario | 59% | 41% |
| Canada | 60% | 40% |
| Québec | 64% | 36% |

Source : ICIS

Pour un régime public universel

1-Bien qu'il soit universel, ce n'est pas un régime à payeur unique. La combinaison d'assureurs privés et public, alliée au maintien des paiements privés, rend le contrôle des coûts et la gestion efficace du système difficile, voire impossibles, dans les autres composantes du système de soins de santé.

Forum national sur la santé, 1997

À propos du régime d'assurance médicaments du Québec

2- Le Forum national estime que pour améliorer l'accès adéquat aux médicaments, en réduire la consommation et freiner l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, il faudrait que tous les Canadiens et Canadiennes aient accès aux médicaments de prescription médicalement nécessaires, sans franchise, ni copaiement. L'expérience d'autres pays nous apprend que le meilleur moyen de parvenir à cette fin est d'instituer un régime subventionné et régi par l'État qui, au Canada, serait bien entendu régi par les provinces.

Forum national sur la santé, 1997

Le rapport Hall, en 1964, a recommandé d'intégrer les médicaments à la couverture publique. Cette idée sera reprise dans le rapport Castonguay-Nepveu en 1970. C'est dans le but d'atteindre en partie cet objectif que sera instaurée, dans les années 70, la gratuité des médicaments aux personnes âgées et aux personnes assistées sociales.

Le Rapport Demers, favorable à un régime public

Le Rapport Demers, en 1994, a été le premier d'une série de rapports sur la question de l'accès aux médicaments.

Le Rapport souligne « l'incohérence et le paradoxe de la gratuité des médicaments, qui est totale lorsque le patient est hospitalisé, mais inexistante lorsque le même citoyen passe à un autre statut » même si son état de santé demeure grave et précaire.

Le Comité propose de compléter le régime d'assurance-maladie, demeuré inachevé en 1970, par l'instauration d'un régime universel qui consoliderait

tous les programmes et aides spéciales existants en matière de médicament. Ce régime couvrirait toute la population sans distinction d'âge, de niveau socio-économique ou état de santé.

Pour y arriver, le Comité suggère les modalités de financement suivantes :

- transférer dans le régime public l'équivalent des montants que les employeurs paient déjà pour la partie médicaments à l'intérieur des régimes privés d'assurance collective et qu'ils n'auraient plus à assumer ;
- injecter dans le régime, par le biais du fonds consolidé, les sommes déjà consacrées à tous les programmes gouvernementaux d'assistance en matière de médicaments ;
- instaurer un impôt marginal pour les particuliers dont la somme correspondrait au montant qu'ils assument déjà, soit par leur contribution à un régime privé ou par leurs déboursés lors de l'achat de médicaments.

Le Comité Demers a aussi proposé que des mesures soient adoptées pour maîtriser les coûts d'un tel régime sans affecter la santé de la population. À cet effet, des interventions devraient se faire tant auprès des prescripteurs que des consommateurs de médicaments pour les sensibiliser et les informer sur l'utilisation optimale des médicaments.

Le Rapport Gagnon démontre la faisabilité d'un régime public

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a formé en 1994 un groupe de travail ministériel chargé d'analyser la faisabilité d'un régime public d'assurance médicaments. Il a été présidé par Reynald Gagnon.

Les membres du groupe de travail ont conclu à la faisabilité d'un régime public universel d'assurance médicaments, notamment à la condition d'instaurer des mesures rigoureuses de contrôle des coûts.

Pour les membres du comité Gagnon, l'instauration d'un régime universel d'assurance médicaments suppose un consensus autour du principe suivant : « La pharmacothérapie est aussi essentielle à la santé de la population que

les autres traitements médicaux, qu'elle remplace ou modifie d'ailleurs souvent ».

Pour le comité, le premier objectif d'un régime d'assurance médicaments devrait donc être de garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux médicaments requis par son état de santé. L'équité souhaitée se réalisera par la mutualisation des risques qui permettra un accès égal aux médicaments pour des problèmes de santé semblables et accordera une protection pour tous, quelle que soit leur condition financière et sociale, quel que soit leur état de santé ou leur âge. Ce régime devrait également permettre un meilleur contrôle des coûts et de l'utilisation des médicaments.

Le Groupe de travail a recommandé l'instauration d'un régime public universel dont le financement proviendrait de trois sources distinctes, soit du fonds consolidé du gouvernement, d'une contribution des employeurs et d'une contribution des participants. La totalité de la somme injectée dans ce régime ne devrait pas dépasser les dépenses que ces trois entités assument déjà pour les médicaments.

Dans la proposition mise de l'avant par le comité, la contribution des employeurs deviendrait obligatoire et s'établirait en fonction de la masse salariale, tout comme pour le fonds de santé auquel tous contribuent actuellement.

Le Groupe de travail a proposé de changer les modalités de ces contributions des particuliers en tenant compte de la capacité de payer des citoyens et de leur consommation. Il importe même de s'assurer que cette contribution ne pénalise pas les individus qui doivent consommer une quantité importante de médicaments.

Les membres du Groupe de travail prennent soin de préciser explicitement que «les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes âgées de 65 ans et plus recevant le maximum du supplément de revenu garanti devront être exemptés de toute contribution reliée à la consommation ».

Selon le Groupe de travail, la gestion financière du régime devrait idéalement être intégrée à l'ensemble des programmes gouvernementaux de soins de santé facilitant ainsi le transfert entre les différents programmes – ce que nous appelons aujourd'hui le financement par silo.

Pour assurer la viabilité du régime, le comité affirme qu'«il est impératif que des mesures de contrôle des coûts soient instaurées pour assurer la viabilité du régime ».

Suivant l'exemple des pays où l'industrie pharmaceutique est très présente, le Groupe de travail avance qu'il est possible de soutenir la recherche et le développement de ces industries tout en favorisant l'utilisation des produits génériques.

Malgré l'importance du travail réalisé et la rigueur dont fait preuve le Groupe de travail, le Rapport Gagnon sera considéré comme un simple document de travail interne. Lors de l'analyse du projet de loi sur l'assurance médicaments en 1996, plusieurs ignoraient même son existence. En effet, le rapport Gagnon a longtemps été inaccessible aux citoyens qui voulaient le consulter.

L'adoption d'un régime d'assurance médicaments en 1996 a été une mesure d'économie pour le gouvernement

Le nouveau régime d'assurance médicaments a permis à 1,2 millions de personnes d'avoir enfin accès à un régime d'assurance médicaments, mais elle a contribué à en appauvrir d'autres, chez les personnes assistées sociales et les personnes âgées en particulier.

L'adoption du régime s'est faite dans le contexte de la course folle au déficit zéro. Le gouvernement en a profité pour diminuer sa quote-part de plus de 200 millions en imposant particulièrement des contributions aux personnes âgées. Il est d'ailleurs permis de se demander si la récupération de ces millions n'a pas été une des principales motivations de la mise en place du régime.

Le Forum national de la santé recommande un régime public

En 1997, soit un an après l'instauration du régime d'assurance médicaments au Québec, le Forum national de la santé, auquel ont collaboré plusieurs chercheurs québécois émérites, a conclu que les médicaments de prescription sont, de toute évidence, aussi « médicalement nécessaires » que les services médicaux et hospitaliers, et qu'en ce sens on devrait accorder autant d'importance à l'accès aux médicaments qu'à l'accès aux soins médicaux et hospitaliers.

Pour améliorer l'accès adéquat aux médicaments, en réduire la consommation et freiner l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, il

faudrait que les Canadiennes et les Canadiens aient accès aux médicaments de prescription sans franchise ni copaiement, a soutenu le Forum national dans son rapport. « L'expérience de d'autres pays nous apprend que le meilleur moyen d'y parvenir est un régime subventionné et régi par l'État qui, au Canada, serait bien entendu régi par les provinces ».

Le Comité Montmarquette passe totalement à côté de son mandat

Le comité Montmarquette a publié son rapport en décembre 2001. Il avait été mandaté par la ministre afin de « conseiller le gouvernement sur la pertinence et la faisabilité d'un régime public universel public d'assurance médicaments ».

Le comité a décidé de réviser lui-même son mandat considérant qu'«il ne pouvait ni ne devait limiter ses réflexions à la seule pertinence et la faisabilité d'un régime universel ».

Les travaux du comité Montmarquette ont tellement été déviés du mandat ministériel que seulement deux lignes du rapport de 67 pages abordent directement le principe d'un régime public universel d'assurance médicaments. Sans aucun support d'analyse et sans aucune forme d'explication, le rapport Monmarquette conclut laconiquement que « l'amélioration du régime actuel ne devait pas passer par la mise en place d'un régime universel public ».

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.

Globalement, le rapport Montmarquette évite de faire le point sur les besoins de la population. Il ignore totalement le problème d'accès aux médicaments, documenté dans le rapport Tamblyn.

Des préjugés

Des préjugés filtrent du rapport Montmarquette, comme l'idée de « l'aléa moral » lié à la gratuité qui serait cause de surconsommation et celle des « trappes à inactivité », qui laisse entendre que la gratuité des médicaments, chez les personnes assistées sociales les décourageraient à retourner sur le marché du travail.

Le comité s'est dit favorable à des augmentations de primes, mais n'a pas proposé de réelles mesures de contrôle des coûts. Les seules analyses socio-économiques proposées devraient se faire avec le support des compagnies pharmaceutiques.

La coalition a accueilli sévèrement le rapport Montmarquette, déplorant qu'il a été le fruit d'un comité qui a considéré les assureurs et les compagnies pharmaceutiques comme des experts et les groupes de citoyens comme des groupes en conflit d'intérêts et qu'il n'a d'ailleurs pas consultés.

L'hypothèse d'un régime public est plus que jamais d'actualité

Dans son document de consultation de 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a considéré que la formule d'un système public n'a pas été retenue pour trois raisons qui, disons-le franchement, ne tiennent pas la route :

- Le financement d'un tel régime par une hausse de l'impôt des particuliers alourdirait le fardeau fiscal des Québécoises et des Québécois (comme si le fait de payer des sommes équivalentes et même inférieures à celles que nous payons aux assureurs privés nous appauvrirait en bout de ligne) ;
- La mise en place d'un tel régime pourrait priver les travailleurs de la contribution actuellement versée par les employeurs aux régimes privés d'assurance médicaments (comme si la contribution des employeurs aux régimes privés ne faisait pas partie de la masse salariale globale et comme si on ne pouvait demander aux employeurs de contribuer au financement du régime public, en contrepartie de leurs économies en frais d'assurance).
- La disparition des régimes privés d'assurance médicaments causerait un grave préjudice à l'industrie de l'assurance (comme si nous ne pouvions opter pour l'efficacité de la gestion publique et ainsi réduire les coûts administratifs liés au régime hybride pour utiliser les économies générées afin

d'améliorer l'accessibilité et investir dans les priorités de santé).

Il faut encadrer les pratiques des compagnies pharmaceutiques

Now primarily a marketing machine to sell drugs of dubious benefit, this industry uses its wealth and power to co-opt every institution that might stand in its way, including the U.S. Congress, the Food and Drug Administration, academic medical centers, and the medical profession itself. (Most of its marketing efforts are focused on influencing doctors, since they must write the prescriptions.)

Marcia Angell, ancienne éditrice en chef du New England Journal of Medicine, dans son livre *The Truth About the Drug Companies*

En mai 2003, la Coalition Solidarité Santé a demandé au gouvernement québécois d'entreprendre une enquête publique sur les pratiques commerciales douteuses de l'industrie pharmaceutique.

Dans son document, la Coalition a relevé 25 exemples de pratiques questionnables des compagnies pharmaceutiques, de subventions discutables accordées à l'industrie par notre gouvernement, en passant par des impacts sur notre système de santé – qui témoignent de l'urgence d'un encadrement rigoureux de cette industrie.

- Il a été révélé par Radio-Canada que l'industrie pharmaceutique investit l'équivalent de 20 000 \$ par médecin au Québec pour faire la promotion et le marketing de ses produits.
- Un reportage du journal *Le Soleil* nous apprenait que certains médecins ont été payés par des compagnies pharmaceutiques pour prescrire des médicaments particuliers.
- André Noël, de *La Presse*, a démontré que l'industrie pharmaceutique avait offert pour un demi milliard en cadeaux de toutes sortes aux pharmaciens alors que le Code de déontologie des pharmaciens stipule qu'« un pharmacien doit s'abstenir de recevoir, en plus de la

rémunération à laquelle il a droit, tout avantage, ristourne ou commission relatif à l'exercice de sa profession ».

- Les compagnies pharmaceutiques interpellent directement les élus politiques pour troquer des investissements au Québec contre l'introduction sur la liste générale de certains de leurs médicaments. À deux reprises au moins, elles ont obtenu ce qu'elles voulaient. Dans le cas de l'Oméprazole, les ventes sont passées de 100 000 \$ par mois à 1,5 million par mois. Pour ce qui est du Singulair, le placement sur la liste a été décidé en faisant fi de l'avis du Conseil de pharmacologie du Québec où siègent pourtant les experts du Québec.

Québec accorde une aide financière extrêmement généreuse à l'industrie brevetée. Or, il s'agit d'une industrie extrêmement puissante et profitable, composée pour la plupart de compagnies multinationales. Selon des chercheurs à l'UQAM, le taux de rendement après impôts de six grandes compagnies pharmaceutiques étaient de 40,9 % pour la période 1991-2000.

Les priorités de l'industrie sont d'ailleurs très claires : l'étude de l'UQAM démontre que ces compagnies ont investi, au cours des 10 dernières années, 316 milliards en marketing et administration, alors qu'en recherche et développement, elles n'investissaient que 113 milliards.

L'Ontario mène le bal

Les avantages généreux accordés aux compagnies pharmaceutiques par le gouvernement seraient justifiés par une forte concentration des activités des compagnies pharmaceutiques au Québec.

Pourtant, Le Devoir a fait état que seulement 24 multinationales pharmaceutiques ont leur siège social au Québec, tandis que 39 ont le leur en Ontario.

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés nous apprend pour sa part que l'Ontario occupe une place de plus en plus importante dans la recherche pharmaceutique et que celle du Québec est en déclin. Durant l'année 2003, il s'est effectué en Ontario 47,0 % des dépenses canadiennes en recherche pharmaceutique alors que la part du Québec était de 42,2 %.

Entre 2002 et 2003, les dépenses en recherche pharmaceutique ont diminué de 1,3% au Québec tandis qu'elles augmentaient de 11,8 % en Ontario.

Pour la coalition, il est devenu évident que les fonds publics servent à subventionner des multinationales extrêmement rentables, qui se développent ailleurs, alors que les personnes à faible revenu se privent de médicaments et que les dépenses en médicaments grugent les budgets de la santé.

Conclusion

Pour la Coalition Solidarité Santé, un régime universel et public d'assurance médicaments, nécessairement accompagné d'une politique efficace en matière de médicaments, représente la meilleure façon d'assurer l'accessibilité, l'équité, l'utilisation optimale et la maîtrise des coûts. Les avantages seraient nombreux :

- partage équitable des coûts pour l'ensemble de la population et des entreprises;
- réduction très importante des dépenses administratives (élimination des marges de profits et des frais de marketing des assureurs privés); dans les services de santé, réduction des dépenses qui découlent de l'accessibilité limitée des médicaments chez les personnes à faible revenu;
- étant le seul acheteur de médicaments, le gouvernement pourrait négocier de meilleurs prix.

La Coalition Solidarité Santé est d'avis que la politique du médicament du gouvernement québécois doit comprendre de vraies solutions aux défis importants que sont l'accessibilité, la maîtrise des coûts et la pérennité du régime.

- La politique du médicament doit comprendre la gratuité des médicaments pour toutes les personnes à faible revenu.

- Au chapitre du contrôle des coûts, la politique doit se distinguer de l'inaction que nous connaissons depuis trop d'années. Elle doit comprendre une série d'interventions concrètes visant le prix des médicaments par l'utilisation des médicaments moins coûteux et de l'utilisation accrue des médicaments génériques.
- La politique doit proposer des moyens pour assurer des pratiques de prescription et d'utilisation saines.
- La politique doit avancer une vision globale et préparer le terrain pour la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments.

Fondamentalement, la politique en matière de médicaments doit prioriser la santé de la population. Comme nous l'avons illustré, les intérêts de la population ont été jusqu'à maintenant largement subordonnés aux intérêts de la très puissante et profitable industrie pharmaceutique et aux intérêts de l'industrie d'assurances – au détriment de notre santé et de notre système universel et public de santé et de services sociaux.

Il est temps que cette situation soit renversée, que les médicaments soient reconnus comme partie intégrante du système universel et public de santé et que les intérêts des citoyennes et des citoyens passent en premier.

ANNEXE

Déclaration commune

Politique du médicament: la santé de la population doit passer avant les intérêts des compagnies pharmaceutiques

Un document ministériel très décevant

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, a publié en décembre 2004 un document intitulé *Politique du médicament*. Le ministre le soumet à la consultation publique avant que le gouvernement adopte des mesures législatives et administratives destinées à mettre en place la Politique québécoise du médicament.

Même s'il évoque certaines avenues prometteuses visant les pratiques d'utilisation et de prescription de médicaments, de même que l'information destinée à la population, le document ministériel déçoit à plusieurs égards.

Malgré les engagements électoraux du Parti libéral du Québec en vue d'assurer la gratuité des médicaments aux 712 000 personnes qui sont prestataires de la sécurité du revenu et aux aîné-es qui reçoivent le supplément de revenu, le projet ministériel n'accorde la gratuité qu'aux 46 000 aîné-es qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu garanti, ce qui s'avère un très mince premier pas.

Le document du ministre Couillard évite d'aborder la perspective de la mise en place d'un régime public et universel d'assurance médicaments, lequel pourrait s'avérer une meilleure façon d'assurer l'accessibilité aux médicaments et de maîtriser la croissance des coûts.

Le document du ministre contient diverses propositions visant à augmenter la rentabilité de l'industrie pharmaceutique. Il est, sans conteste, évident que les représentants de l'industrie pharmaceutique ont fortement influencé le ministre dans la préparation de son document. Le document consacre d'ailleurs un important chapitre au développement de l'industrie des médicaments brevetés afin de lui permettre de réaliser davantage de profits. Répondant aux pressions de l'industrie, le Ministre envisage notamment de mettre fin à la politique de non augmentation du prix des médicaments et il refuse d'abolir la règle des 15 ans de protection accordée aux médicaments brevetés. Pourtant, ce sont des mesures de contrôle des coûts, de même que des mesures d'encadrement très strict des pratiques commerciales d'une industrie pharmaceutique extrêmement puissante et profitable qui étaient attendues par la société québécoise.

Appui à une Politique du médicament qui met en priorité la santé de la population

Nous demandons que la Politique du médicament soit fondée sur les principes suivants :

- La santé est un droit. Toute personne doit avoir accès aux services de santé et de services sociaux sans égard à son revenu, son état de santé, son âge ou son sexe.
- Les médicaments sont une partie intégrante du système de santé. Nous ne pouvons ignorer l'importance de leur rôle thérapeutique et nous ne pouvons accepter que l'accès aux médicaments ne soit pas universel.
- Une politique du médicament est d'abord et avant tout une politique de santé. Pour nous, il est inacceptable que des objectifs liés à la rentabilité de l'industrie pharmaceutique aient préséance sur des objectifs de santé publique.

Nous demandons que le gouvernement québécois adopte une politique du médicament qui vise en priorité la santé de la population et qui assure l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour l'ensemble des personnes sous le seuil de faible revenu.

Nous considérons que la Politique du médicament doit assurer à l'ensemble des Québécoises et Québécois, l'accès aux médicaments nécessaires à la protection et à l'amélioration de leur santé. De façon immédiate, sans attendre l'adoption de la politique, le gouvernement doit assurer l'accès gratuit aux médicaments prescrits à l'ensemble des personnes à faible revenu. Ne pas le faire expose les personnes à devoir choisir entre se nourrir et se soigner et à hypothéquer encore davantage leur santé.

La Politique du médicament doit viser avant tout la santé de la population et ne pas être dictée par les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique. Selon nous, il est grand temps de mettre fin aux pratiques abusives de mise en marché et aux privilèges accordés à cette industrie qui coûtent très cher à l'État québécois. La Politique du médicament doit donc comprendre une série d'interventions concrètes visant la réduction des coûts par l'utilisation, entre autres, de médicaments moins coûteux, particulièrement des médicaments génériques.

Nous demandons enfin que le gouvernement entreprenne une étude sérieuse sur la faisabilité et la pertinence de créer un régime public universel d'assurance médicaments et qu'il ouvre un débat public sur la question.

Nom de l'organisme

Envoyer une copie à Mme Denise Lamontagne, secrétaire de la Commission des affaires sociales, Édifice Pamphile-Le May, 1035, rue des Parlementaires, 3^e étage, Québec (Qc) G1A 1A3, cas@assnat.qc.ca
Prière de retourner votre appui par courriel à la Coalition Solidarité Santé
L'adresse pour nous joindre : cssante@videotron.ca