

# La couverture universelle des médicaments essentiels au Québec : un pas vers l'équité en santé

Mémoire présenté par la Fédération médicale étudiante du Québec  
Février 2018



# **La couverture universelle des médicaments essentiels au Québec : un pas vers l'équité en santé**

Mémoire présenté par la  
Fédération médicale étudiante du Québec

Février 2018



# Rédaction du mémoire

## Mémoire rédigé par :

**Djamila Saad**, Déléguée aux affaires internationales et communautaires de la Fédération médicale étudiante du Québec et présidente d'IFMSA-Québec

**Stéphane Cormier**, Délégué aux services et partenaires de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Cédric Lacombe**, Secrétaire général de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Maxime Morin-Lavoie**, Délégué aux affaires internes de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Fatima Ezzahraa Boulmaif**, Représentante du *Medical Students Society* de l'Université McGill

**Lauréanne Dussault-Desrochers**, Représentante du Regroupement des Étudiants en Médecine de l'Université Laval

**Mathieux Groulx**, Vice-président aux affaires externes du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

**Marie-Pier Joncas**, Représentante du *Medical Students Society* de l'Université McGill

**Laurance Marquis-Gendron**, Représentante du Regroupement des Étudiants en Médecine de l'Université Laval

**David-Dan Nguyen**, Représentant du *Medical Students Society* de l'Université McGill

**Eloise Caterina Passarella**, Vice-présidente aux affaires externes du *Medical Students Society* de l'Université McGill

## Révision et mise en page par :

**Raphaëlle Carignan**, Déléguée aux affaires politiques de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Djamila Saad**, Déléguée aux affaires internationales et communautaires de la Fédération médicale étudiante du Québec

# Table des matières

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Table des matières                                                                  | 4  |
| <u>Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Québec</u>                                    | 5  |
| <u>2. Définition du type de régime d'assurance médicaments qui serait appliqué</u>  | 9  |
| <u>3. Le système de couverture médicament au Québec</u>                             | 10 |
| <u>4. Discussion</u>                                                                | 19 |
| <b>4.1 Avantages d'un régime d'assurance médicaments public et universel</b>        | 19 |
| <b>Avantages économiques</b>                                                        | 19 |
| <b>Avantages éthiques et professionnels</b>                                         | 26 |
| <b>4.2 Désavantages d'un régime d'assurance médicaments publique et universelle</b> | 27 |
| <b>Désavantages économiques</b>                                                     | 27 |
| <b>Désavantages sociaux</b>                                                         | 27 |
| <u>5. Conclusion et recommandations</u>                                             | 31 |
| <u>6. Annexes</u>                                                                   | 33 |
| <b>ANNEXE I - Assurance-médicaments : mythes et réalités</b>                        | 33 |
| <u>7. Bibliographie</u>                                                             | 35 |

## **Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Québec**

La «Fédération médicale étudiante du Québec» ou FMEQ a été fondée en 1974 par les quatre associations médicales étudiantes du Québec, soit l'AGÉÉMUS de l'Université de Sherbrooke, le MSS de l'Université McGill, le RÉMUL de l'Université Laval et l'AÉÉMUM de l'Université de Montréal. Elle représente l'ensemble des 4000 étudiants et étudiantes en médecine du Québec.

Sa principale mission est de représenter les quatre associations étudiantes médicales du Québec en une seule voix unie et plus puissante. La FMEQ a aussi pour rôle de défendre et de promouvoir les intérêts collectifs spécifiques aux étudiants en médecine du Québec particulièrement en matières pédagogique, politique et sociale. La FMEQ s'est d'ailleurs fait entendre à la Commission de la Santé et des Services Sociaux lors des audiences sur le projet de loi n°20 au printemps 2015. Elle favorise la communication et la collaboration entre les associations membres et leurs membres respectifs. Elle établit des partenariats afin de fournir des services spécifiques aux membres associatifs et individuels.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

# 1.Introduction

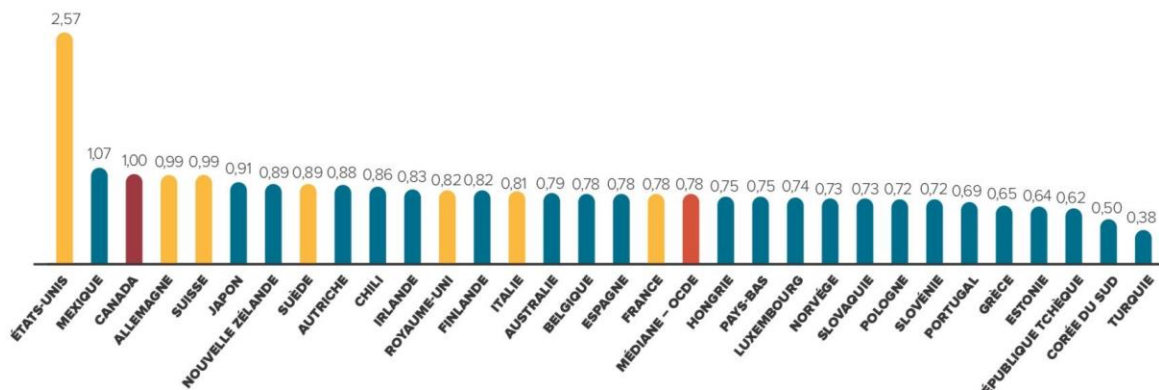
En 1997, la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-29.01) a vu le jour et a établi un régime hybride public/privé en obligeant les Québécois à adhérer à une assurance médicaments. Plus de vingt et une années plus tard, répond-t-elle toujours aux besoins des Québécois?

En 2007, on notait que près de 9% des Québécois dépensaient plus de 1 000\$ par année en médicaments. (The Commonwealth Fund, 2007) Selon une étude du *Angus Reid Institute* en 2015, un ménage québécois sur cinq ne prenait pas ses médicaments prescrits correctement en raison du coût associé. Les personnes touchées ont tendance à sauter des doses, à ne pas faire renouveler leur prescription ou à ne pas se procurer leur prescription. Les familles socio-économiquement défavorisées sont lourdement touchées. En effet, 20% des ménages avec un revenu annuel inférieur à 50 000\$ vivent des difficultés financières suite à l'achat des médicaments. (Angus Reid Institute, 2015) La situation actuelle crée des iniquités sociales et on ne peut dès lors considérer le filet social québécois en matière de santé comme étant réellement universel.

Pourtant, les problèmes d'accès aux médicaments et l'idée de mettre en œuvre un programme d'assurance médicaments universelle ne sont pas nouveaux. Au Canada, dès 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé recommandait, sous la plume du juge Emmett Hall, que les médicaments d'ordonnance soient couverts par une assurance publique. Le Forum national sur la santé de 1997 et la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada de 2002 ont réitéré l'importance d'un régime public universel. (Morgan *et al.* 2015) Au Québec, le Rapport Gagnon de 1995 (Gagnon Reynald et Ministère de la santé et des services sociaux, 1995), un rapport interne commandé par le Ministre de la Santé, recommandait la mise en place d'un régime universel d'assurance médicaments avec un contrôle des coûts par la mise en place d'un système de prix de référence et par une sélection de médicaments couverts selon leur rapport coût/efficacité. Or, l'industrie de l'assurance et des pharmacies se sont opposées à cette idée et c'est plutôt un régime hybride qui a vu le jour en 1996. (Gagnon *et al.* 2017)

Le Canada est ainsi le seul parmi les pays développés ayant un régime public d'assurance maladie à ne pas offrir une assurance publique et universelle pour les médicaments prescrits par des professionnels de la santé. Il se distingue également par sa propension à payer plus que les autres pour ses médicaments: de fait, pour des consommations similaires, les prix médians payés par l'OCDE sont en moyenne 20 % sous les prix déboursés par le Canada, qui fait piètre figure en se classant parmi les trois derniers des 31 pays de comparaison, juste devant les États-Unis et la Suisse :

**Graphique 1.1 - Ratios moyens des prix étrangers par rapport aux prix canadiens des médicaments brevetés, 2015**



Source : GAGNON, Marc-André et al. *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète?* Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), Décembre 2017, 12 p.

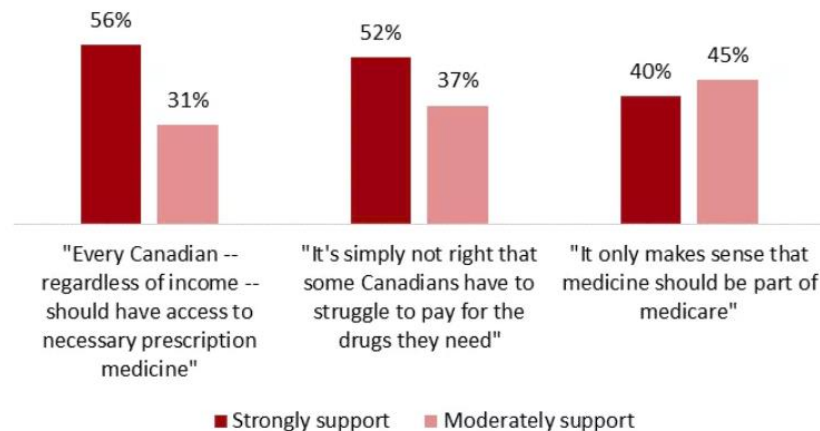
Depuis quelques années, l'idée d'un régime d'assurance médicaments canadien prend de plus en plus de place sur la scène publique. (Boissinot Jacques, 2018; Le Conseil des Canadiens 2018; Syndicat canadien de la fonction publique, 2017; Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, 2017; Association Médicale Canadienne, 2017) C'est dans ce contexte que le Comité permanent de la santé de la Chambre de communes a demandé au Directeur parlementaire du budget de mener une étude sur les coûts pour le Canada de se doter d'une assurance publique nationale d'assurance médicaments. (Directeur parlementaire du budget, 2017) En septembre 2017, le rapport tant attendu présentait d'un œil favorable à l'instauration d'un tel régime au Canada, prévoyant des économies annuelles de 4,2 milliards de dollars pour les Canadiens. (Association médicale du Canada, 2017) (Directeur parlementaire du budget, 2017) À l'heure actuelle, 70.5% des Canadiens ont une assurance médicaments privée, et les Québécois ne font pas exception.

Le gouvernement québécois a récemment réagi au coût élevé des médicaments en adoptant la *Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offre* (L.Q. 2016, c. 16). Cette pression sur l'industrie a réussi à faire réduire de 38% sur cinq ans le prix de vente des pharmaceutiques. Néanmoins, le Québec continue à payer certains médicaments plus de deux fois leur prix dans des pays comparables et les assureurs privés jusqu'à cinq fois leur prix dans d'autres provinces. (Gagnon et al. 2017)

Les Canadiens sont largement en faveur d'une couverture universelle des médicaments. En effet, toujours selon le sondage du Angus Reid Institute, neuf Canadiens sur dix acceptent l'idée que n'importe quel Canadien, peu importe son niveau socio-économique, ait accès aux médicaments

prescrits. À peu près la même proportion croit que les médicaments devraient être inclus dans l'assurance maladie (voir le Graphique 1.2). (Angus Reid Institute, 2015) Il n'en tient qu'aux gouvernements fédéral et provincial de se pencher sur les modalités d'un tel programme qui réconcilierait le Canada et le Québec avec les principes de la charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé et ses déterminants. Ce présent mémoire portera sur les tenants et aboutissants d'une mise en action au niveau provincial.

**Graphique 1.2 - Positions sur l'assurance médicaments au Canada, Résumé, 2015**



Source: Angus Reid Institute, Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households, 2015, 28 p



## **2. Définition du type de régime d'assurance médicaments qui serait appliqué**

L'Organisation mondiale de la Santé a introduit en 1977 le concept de médicaments essentiels. Il s'agit d'une liste de médicaments qui ont été jugés prioritaires pour les besoins sanitaires des individus. Bien que chaque pays établisse sa propre liste de médicaments essentiels, l'OMS produit depuis une vingtaine d'années une liste modèle servant à la fois pour les instances gouvernementales et pour les assureurs privés comme outil de référence neutre pour le remboursement des médicaments. (Organisation mondiale de la santé, 2013)

L'instauration d'un régime québécois d'assurance médicaments public et universel devrait suivre le principe selon lequel tous les Québécois devraient avoir un accès équitable à ces médicaments d'ordonnance essentiels. Fournir un accès équitable aux médicaments d'ordonnance essentiels ne nécessite donc pas que chaque médicament soit couvert pour chaque utilisation, mais plutôt que tous les patients aient accès, sans barrières, aux médicaments essentiels sélectionnés en tenant dûment compte de leur pertinence pour la santé, leur preuve d'efficacité et sécurité, et leur rapport coût-efficacité comparatif.

Le régime d'assurance médicaments limiterait ou éliminerait les frais directs des patients pour les médicaments couverts, en particulier pour les populations vulnérables et les personnes qui souffrent de maladies chroniques, réduisant ainsi les obstacles d'accès. Conçu de cette façon, un régime d'assurance médicaments public et universel assurerait une équité d'accès aux médicaments couverts indépendamment de l'âge, du revenu ou du statut socio-économique du patient. Cela augmenterait l'adhérence à la thérapie, améliorerait la santé du patient et réduirait les coûts ailleurs dans le système de santé.

Nous proposons un régime d'assurance médicaments public et universel qui relève du gouvernement québécois, à l'instar du régime d'assurance maladie du Québec et du régime public d'assurance médicaments actuellement en place. Il revient au gouvernement québécois d'instaurer un modèle de régime d'assurance médicaments qui soit à la fois public, universel et financièrement viable. Quelques exemples de modèles peuvent être intéressants à étudier. Par exemple, dans sa demande au Directeur Parlementaire du Budget (DPB) d'analyser les coûts associés à la mise en œuvre d'un programme fédéral d'assurance médicaments, le Comité permanent de la santé proposait d'utiliser une liste de médicaments inspirée de celle de la RAMQ, et d'exiger une contribution individuelle de 5,00\$ de la part des consommateurs qui optent pour des médicaments non-génériques. Ce modèle d'assurance médicaments public permet de rester cohérent avec les valeurs d'équité sociale tout en étant financièrement viable. Nous présenterons dans ce mémoire d'autres exemples de modèles, notamment des types de régimes d'assurance mis en place dans d'autres pays de l'OCDE.

### **3. Le système de couverture médicament au Québec**

#### **3.1 Historique**

Les premiers balbutiements de l'actuelle couverture médicaments au Québec ont pris forme en 1961. Il y a alors eu la création de l'assurance hospitalisation, stipulant que tous les soins et services requis, incluant les médicaments, doivent être dispensés gratuitement aux personnes hospitalisées. (Félix Geneviève, 2007) En novembre 1970, un premier régime destiné à une clientèle ambulatoire a été créé. Ainsi, les personnes bénéficiaires de l'aide sociale ont pu désormais avoir accès à des médicaments gratuits, à condition que ceux-ci soient prescrits par un médecin ou un dentiste et assurés par la RAMQ. (Félix Geneviève, 2007) Au cours des années qui ont suivi, cette couverture s'est progressivement élargie : la circulaire « Malades sur pied » a ordonné aux hôpitaux de fournir gratuitement en clinique externe la médication requise aux patients atteints de diabète insipide, de cancer, de maladies psychiatriques, de tuberculose, de fibrose kystique et d'hyperlipoprotéinémie primaire (ou hyperlipidémie) dans le but de réduire l'hospitalisation très coûteuse de ces patients. (Boudreau *et al.* 2007) Entre 1974 et 1975, la couverture des individus dans la population s'est encore élargie, couvrant les personnes de 60 à 64 ans ayant une allocation de conjoint, puis des personnes d'au moins 65 ans avec un revenu minimum garanti ont à leur tour eu droit à la gratuité des médicaments. En octobre 1977, c'est l'ensemble des personnes de 65 ans et plus, sans considérations de revenus, qui ont eu droit à la gratuité pharmaceutique. (Boudreau *et al.* 2007)

Durant les années 80, face à l'augmentation des dépenses publiques en matière de médicaments, cette expansion de la couverture médicaments s'est modérée. Un ticket modérateur a notamment été introduit en 1992 pour les médicaments des personnes âgées. (Félix Geneviève, 2007) Les lacunes du système en place à l'époque se sont de plus en plus fait sentir, alors qu'un million et demi de citoyens restaient sans assurance médicaments, principalement les travailleurs à faibles revenus. Des groupes de patients atteints de maladies graves, mais non-inscrits dans la circulaire «Malades sur pied», ont également fait pression pour recevoir un traitement qu'ils jugeaient équitable. Ils revendiquaient une couverture à leur tour sous le régime de médicaments. Le gouvernement québécois, à l'époque, devait aussi gérer une croissance rapide de ses dépenses pharmaceutiques tout en composant avec une réduction des transferts fédéraux en santé.

En 1993, le gouvernement de Robert Bourassa a mis sur pied le comité Demers, dirigé par l'administrateur d'hôpital et pédiatre montréalais Jocelyn Demers. (Gagnon *et al.* 2017) Dans son rapport publié en avril 1994, le groupe recommandait l'étude d'un régime d'assurance médicaments qui soit public et universel. Peu après un changement de gouvernement, le nouveau ministre de la santé Jean Rochon a commandé à son tour un rapport interne, le rapport Gagnon, ayant comme objectif l'étude de la faisabilité d'inclure au sein de la RAMQ un tel type

de régime. (Gagnon *et al.* 2017) Tout en prenant compte des défis posés par un contexte d'austérité, celui-ci recommandait la création d'un système qui soit effectivement public et universel. La grande force de ce rapport était de détailler de manière réaliste les mesures de contrôle des coûts qui permettraient à un tel régime d'être soutenable pour l'État. Ayant comme mot d'ordre l'utilisation optimale de chaque médicament, le rapport Gagnon recommandait la mise en place d'une classification des médicaments selon leur rapport coût/efficacité, ainsi que la mise en place de prix de référence visant à payer le meilleur prix possible pour des médicaments équivalents. Il conseillait également la surveillance et l'optimisation de l'utilisation et de la prescription des médicaments, afin que leur usage demeure rigoureux et approprié. Le rapport Gagnon est cependant demeuré à l'interne, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, et n'a pas été rendu public.

En janvier 1996, un autre comité d'experts mandaté par Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux, et présidé par Claude Castonguay, ex-ministre de la Santé devenu cadre dans l'industrie de l'assurance, a déposé un rapport recommandant la mise en place d'un régime de base d'assurance médicaments pour tous les Québécois et analysant trois scénarios de couverture, dont celui d'un régime public et universel se finançant grâce aux taxes, au impôts et à de nouveaux frais. (Castonguay *et al.* 1996) Bien que Jean Rochon ait été plus favorable à cette dernière option, il fut choisi, à la lumière des importantes oppositions des milieux de la pharmacie, de la pharmaceutique et de l'assurance privée, de favoriser l'instauration d'un régime hybride public-privé. (Gagnon *et al.* 2017)(*Loi sur l'assurance-médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01) On y voyait alors un compromis voire un premier pas vers une couverture médicaments qui un jour couvrirait équitablement tous les Québécois.

C'est dans ce contexte qu'est entré en vigueur en 1997 la *Loi sur l'assurance médicaments*, jetant les bases du régime d'assurance médicaments toujours en vigueur aujourd'hui.

### **3.2 Fonctionnement actuel**

Depuis 1997, tous les citoyens québécois sont dans l'obligation d'adhérer à un régime d'assurance médicaments. Deux options s'offrent à eux selon différents critères. S'ils travaillent et que leur employeur offre une assurance médicaments, ils doivent y souscrire. Il est à noter que tout employeur qui offre un régime d'assurances collectives doit obligatoirement offrir l'assurance médicaments comme part de son plan d'assurance. S'ils n'ont pas accès à une assurance médicaments privée, ils sont dans l'obligation de souscrire au Régime public d'assurance médicaments (RPAM). (Morgan *et al.* 2013)

Le RPAM regroupe les personnes bénéficiant de l'aide sociale, celles âgées de 65 ans et plus ainsi que les personnes n'ayant pas accès à une assurance privée via leur emploi, notamment certains travailleurs autonomes ou précaires. La contribution maximale annuelle pour le RPAM atteint 1 066\$ par ménage et est modulée en fonction du revenu. (Régie de l'assurance maladie

du Québec, 2018)

Que l'assurance soit privée ou celle du RPAM, le fonctionnement est sensiblement le même: les souscripteurs doivent payer une prime annuelle, une franchise mensuelle ainsi qu'une coassurance. La différence entre les deux régimes se trouve dans l'étendue de la couverture. En effet, bien que la loi sur l'assurance médicaments oblige une couverture minimale pour tous, certaines assurances privées offrent une couverture des médicaments plus large.

### **3.3 Comparaisons avec d'autres provinces du Canada**

#### **Ontario**

Le système d'assurance médicaments de l'Ontario diffère légèrement de celui du Québec. Ainsi, il est très avantageux pour les personnes âgées de plus de 65 ans, mais beaucoup plus onéreux pour les autres tributaires. Les personnes âgées de plus de 65 ans et ayant un faible revenu (19,3k\$/an si seul ou 32,3k\$/an si couple) ne paient pas de franchise et ont des frais de coassurance de 2 \$ par prescription. Si leur revenu dépasse les montants ci-dessus, ils doivent payer une franchise de 100,00\$ par personne par année ainsi qu'une coassurance de 6,11\$ par prescription. (Gouvernement de l'Ontario, 2018)

Pour les personnes de moins de 65 ans qui se qualifient pour le programme d'assurance gouvernemental, c'est-à-dire qui ne possèdent pas d'assurance privée ou dont les assurances privées ne couvrent pas la totalité de leurs dépenses en médicaments, le gouvernement offre également une assurance dont la franchise revient à environ 4% du revenu total de la maisonnée ainsi qu'une coassurance de 2 \$ par prescription. Il est à noter que peu importe les montants de franchise et de coassurance déboursés, il n'y a pas de plafond à ce que le citoyen débourse de sa poche. (Gouvernement de l'Ontario, 2018)

#### **Colombie-Britannique**

En 1994, la Colombie-Britannique a mis sur pied le *Therapeutic Initiative* (TI), un organisme indépendant chargé d'émettre des recommandations au ministère de la Santé par rapport aux médicaments que le plan d'assurance médicaments public devrait couvrir. Cet organisme permet aussi d'informer les médecins et autres professionnels de la santé en ce qui a trait aux meilleures pratiques de prescription. Le TI a permis à la Colombie-Britannique d'économiser plusieurs millions de dollars sur le prix des médicaments. (Therapeutics Initiative, 2018)

### **3.4 Comparaisons avec les autres pays de l'OCDE**

#### **France**

En France, l'assurance médicaments est gérée par trois différents organismes publics, dépendamment de la profession de l'individu : la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour les travailleurs salariés, la mutualité sociale agricole pour les travailleurs agricoles et le régime social des indépendants pour les individus n'étant pas couverts par les deux premiers organismes. Ces programmes sont financés par une cotisation des employés et de leurs employeurs. (L'assurance maladie en ligne, 2008) Entre ces trois programmes d'assurance publique, 99% de la population française est couverte par une assurance maladie qui inclut une assurance médicaments (L'assurance maladie en ligne, 2008).

Cette assurance ne couvre cependant pas la totalité du prix des médicaments. En effet, les franchises sont habituellement relativement élevées si on les compare à d'autres pays ayant des programmes universels d'assurance médicaments. La franchise peut varier entre 0 et 65% du prix du médicament; les médicaments très chers ou jugés essentiels étant ceux avec aucune franchise. La majorité des médicaments sont vendus avec une franchise de 35%. Les citoyens voulant une couverture couvrant la franchise doivent acheter une seconde assurance ("mutuelle").

Il revient au comité économique des produits de santé (CEPS) de négocier les prix des médicaments avec l'industrie pharmaceutique et de décider quels médicaments seront couverts par le régime d'assurance publique. C'est ensuite un autre organisme, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), qui décide de la franchise sur le médicament. (Ministère des solidarités et de la santé, 2016)

#### **Royaume-Uni**

Au Royaume-Uni, tous les médicaments prescrits sont couverts par le système public d'assurance maladie, le National Health Service (NHS). Il s'agit d'une assurance publique payée directement par le gouvernement à travers la taxation de la population. (Gagnon *et al.* 2010)

Il existe une franchise de £7,10 pour chaque médicament vendu en Angleterre. En Écosse, aux Pays de Galles et en Irlande du Nord, cette franchise fut abolie par le gouvernement régional et les médicaments prescrits sont dorénavant gratuits. Il existe aussi de nombreuses exemptions en Angleterre, de sorte qu'environ 88% des médicaments sont fournis gratuitement chaque année. (Gagnon *et al.* 2017)

Il n'existe aucun organisme responsable de négocier les prix des médicaments au Royaume-Uni. Tous les médicaments prescrits sont automatiquement couverts par le NHS sauf s'ils sont placés

sur une liste d'exemption. Cependant, le gouvernement a établi un taux maximal de profit pour chaque médicament vendu au Royaume-Uni. (Gagnon *et al.* 2017)

De plus, dans le but de promouvoir une culture de prescription basée sur les données probantes, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a été mis en place. Son rôle est d'évaluer les médicaments les plus controversés et d'établir des recommandations cliniques sur leur utilisation. Le NICE est reconnu mondialement comme étant un organisme qui améliore la culture de pratique médicale basée sur les données probantes. Mentionnons que l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux du Québec (INESSS) est basé sur le modèle du NICE. (Gagnon *et al.* 2017)

## **Suède**

En Suède, tous les médicaments prescrits sont couverts, comme au Royaume-Uni, par un plan d'assurance public financé par le gouvernement par l'entremise de taxes, le Läkemedelsförmånerena (LFN). Il existe, toutefois, des franchises à payer pour recevoir un médicament prescrit. Le montant en franchises pour chaque patient est déterminé par le montant de dépenses en médicaments du patient lors de l'année. Aucun patient ne paie plus de 1800 Kroners (environ 240\$CAN) en franchises par année. (Gagnon *et al.* 2010)

Le LFN détermine si un médicament sera couvert ou non par le régime public. Le LFN ne peut pas négocier les prix des médicaments avec les compagnies pharmaceutiques, mais son processus d'évaluation du médicament prend en compte le prix dans son analyse. (Gagnon *et al.* 2017)

## **Australie**

En Australie, tous les patients ayant accès au système de santé universel "Medicare" ont accès au Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS), un programme universel d'assurance médicaments administré par Medicare Australia et supervisé par le ministère de la Santé. Seuls les médicaments sur la liste du PBS sont couverts par ce programme. (Gagnon *et al.* 2017)

Les franchises varient d'un médicament à l'autre, mais la franchise maximale pour un médicament prescrit est de 32,90\$ AUD. (Gagnon *et al.* 2017)<sup>21</sup> De plus, il existe une valeur maximale annuelle de 1269,90\$ AUD en franchises. Un patient qui dépense au-delà de ce montant doit alors payer les mêmes franchises que les patients du programme "Safety net"<sup>21</sup>. Le programme "Safety net" Australien est l'équivalent du programme d'aide sociale québécois. Les patients dans ce programme ne paient que des franchises de 5,30\$ AUS et, une fois dépassé la valeur maximale annuelle de 1269,60\$, ne paient plus de franchises. (Gagnon *et al.* 2010)

Afin d'être couvert par le PBS, un médicament doit d'abord être évalué par le Pharmaceutical Benefit Advisory Committee (PBAC), un organisme indépendant chargé d'émettre des recommandations quant à la sélection des médicaments qui devraient être couverts. Il revient ensuite au ministère de la Santé de décider si le médicament sera ajouté au formulaire du PBS. C'est aussi le ministère qui négocie les prix des médicaments avec les compagnies pharmaceutiques. Cependant, le ministère de la Santé ne peut ajouter un médicament au formulaire si ce dernier n'a pas été approuvé au préalable par le PBAC (Gagnon *et al.* 2017).

## **Nouvelle-Zélande**

En Nouvelle-Zélande, tous les patients ont accès à un système d'assurance médicaments universel fourni par leur *District Health Board* local. Il existe 21 District Health Boards qui s'occupent de l'assurance santé, incluant l'assurance médicaments, dans leurs districts respectifs. (Gagnon *et al.* 2017)

Il existe une franchise de 3,00\$ NZD pour chaque médicament couvert par le système d'assurance médicaments. Les enfants de moins de 6 ans n'ont pas à payer la franchise. (Gagnon *et al.* 2017)

Il existe également une liste nationale, le *pharmaceutical schedule*, qui énumère les médicaments couverts par le régime public. Cette liste est mise sur pied par le Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC), un organisme indépendant (Gagnon *et al.* 2017). Pour qu'un médicament soit couvert par le régime public en Nouvelle-Zélande, il doit d'abord être évalué par Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee (PTAC). Celui-ci envoie ensuite ses recommandations à PHARMAC. PHARMAC fait ensuite des analyses pharmaco-économiques et des analyses coût-bénéfice afin de déterminer si ce médicament sera mis ou non sur le *pharmaceutical schedule*.

PHARMAC choisit un seul médicament pour chaque classe thérapeutique et compare habituellement les médicaments génériques et brevetés dans la même catégorie si le médicament breveté n'offre pas d'avantages thérapeutiques. (Gagnon *et al.* 2017) PHARMAC est aussi chargée de négocier le prix des médicaments avec les compagnies pharmaceutiques. Elle a tendance à être agressive dans la négociation des prix étant donné son budget total fixe par année. Dans la visée de compter le plus grand volume de patients utilisant le système public, ce qui permet un plus grand pouvoir de négociation, les patients voulant acheter un médicament qui n'est pas couvert par le système public doivent payer 186% du prix du médicament. (Gagnon *et al.* 2017)

Grâce à ce système, la Nouvelle-Zélande obtient parmi les meilleurs prix au monde pour ses médicaments. Cependant, ce système est critiqué par certains, car la décision de couvrir un

médicament plutôt qu'un autre à l'intérieur d'une classe thérapeutique est basée principalement sur le prix et très peu sur la variation d'efficacité des médicaments à l'intérieur d'une classe. (Gagnon *et al.* 2017)

Selon les données citées plus haut, tous les pays ci-dessus paient moins cher que le Québec pour leurs médicaments. Parmi ces 5 pays, la Nouvelle-Zélande paie le plus cher pour ses médicaments, suivie de la Suède, du Royaume-Uni, de la France puis de l'Australie. (Gagnon *et al.* 2017)

### **3.5 Avantages du système québécois actuel**

Le système québécois n'est pas parfait, mais a le mérite d'assurer la plus grande couverture médicamenteuse au Canada. Les médicaments couverts par toutes les provinces canadiennes ne représentent que 28,6 % de sa couverture en nombre et 52,5 % en dépenses. À titre comparatif, l'Île-du-Prince-Édouard se situe au dernier rang avec 76,7 % de médicaments communs à toutes les provinces représentant 82,7 % de ses dépenses. (Directeur parlementaire du budget, 2017) (voir Tableau 3.5.1) De plus, la loi sur l'assurance médicaments de 1997 a le mérite de faciliter la couverture, en obligeant les employeurs à intégrer dans leur assurance collective le remboursement des médicaments. La loi fournit des balises pour les assureurs et maintient une couverture minimale. Ainsi, malgré qu'une part importante de l'assurance médicaments provienne du privé, le gouvernement a la certitude que l'ensemble des assurés du domaine privé ont accès à la liste de médicaments essentiels. Cette étape, en 1997, constituait un point pivot pour passer d'une couverture inadéquate à un régime 100% universel. Le compromis, idéal à l'époque, n'était pas fait pour durer.



**Tableau 3.5.1 - Disponibilité des médicaments couverts au Québec et dans les autres provinces, en nombre et en terme de dépenses, 2015**

|        | Quintiles IMS - Transactions publiques         |          |                                |          | ICIS                              |          |
|--------|------------------------------------------------|----------|--------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
|        | Médicaments couverts dans toutes les provinces |          | Médicaments couverts au Québec |          | Médicaments disponibles au Québec |          |
|        | Nb de médicaments                              | Dépenses | Nb de médicaments              | Dépenses | Nb de médicaments                 | Dépenses |
| Alb.   | 35,2%                                          | 73,2%    | 73,9%                          | 98,8%    | 84,4%                             | 96%      |
| C.-B.  | 37,0%                                          | 64,5%    | 72,0%                          | 98,7%    | 83,0%                             | 98%      |
| Sask.  | 41,3%                                          | 76,1%    | 65,7%                          | 99,4%    | 85,7%                             | 98%      |
| Man.   | 44,3%                                          | 66,6%    | 63,6%                          | 96,6%    | 81,2%                             | 98%      |
| Ont.   | 32,8%                                          | 64,4%    | 77,6%                          | 97,2%    | 81,8%                             | 98%      |
| Qué.   | 28,6%                                          | 52,5%    | 100,0%                         | 100,0%   | 100,0%                            | 100%     |
| N.É.   | 44,6%                                          | 76,9%    | 63,7%                          | 98,8%    | 86,3%                             | 97%      |
| N.B.   | 42,8%                                          | 71,6%    | 67,3%                          | 98,8%    | 86,3%                             | 97%      |
| I.P.É. | 76,7%                                          | 82,7%    | 39,1%                          | 98,7%    | 75,8%                             | 99%      |
| T.N.   | 50,5%                                          | 79,6%    | 56,3%                          | 99,5%    | 85,7%                             | 97%      |

Source : Directeur Parlementaire du Budget, *Coût d'un programme nationale d'assurance-médicaments de régie fédérale*, Ottawa, 2017

Le système québécois a permis d'augmenter l'accès aux soins pour la population active. À titre d'exemple, parmi les Québécois de 55 à 64 ans, 9,2% d'entre eux n'ont pu se procurer des médicaments prescrits pour des raisons financières, alors que cette proportion s'élève à 13,9% pour la population du même âge dans le reste du Canada. (Gagnon *et al.* 2017)

### 3.6 Lacunes du système québécois actuel

Présentement, de nombreux Québécois ne peuvent s'offrir les médicaments nécessaires. Même avec une assurance, les patients peuvent rencontrer des obstacles financiers lorsqu'ils font face à des coûts de franchises et co-paiements. Des recherches ont montré que des frais d'utilisation d'aussi peu que 2,00\$ par ordonnance peuvent empêcher les patients à faibles revenus de remplir les prescriptions nécessaires. (Goldman *et al.* 2007) Le phénomène est similaire lorsque les patients munis de revenus plus élevés choisissent de laisser tomber leurs prescriptions quand ils sont confrontés à des charges modestes. (Law *et al.* 2012; Morgan Steve et Kennedy Jae, 2009)

Lorsque les patients font face à des obstacles financiers aux médicaments sur ordonnance et les cessent, cela coûte à tous les Québécois. Puisque les patients ne ressentent pas directement et immédiatement les avantages des thérapies préventives comme par exemple des médicaments pour réduire le risque de crises cardiaques et les AVCs, ils choisissent souvent d'arrêter de prendre ces médicaments face aux coûts associés. Il s'en suit une augmentation prévisible de l'utilisation d'autres soins de services de la santé - qui sont souvent encore plus onéreux que les médicaments. Au final, la facture revient plus chère pour tous les Québécois. Au Canada, on estime que cette sous-utilisation évitable de médicaments coûte entre 1 milliard de dollars et 9 milliards de dollars par an. (British Columbia Pharmacy Association, 2013)

Même parmi les adhérents au régime public québécois, il existe une grande iniquité. À titre d'exemple, la prime obligatoire d'un ménage de deux adultes ayant un revenu de 39 880,00\$ représente une proportion de 3%. Pour un ménage touchant annuellement 80 000,00\$, cette proportion baisse à 1,6%. Elle baisse à 0,8% pour un revenu annuel de 180 000.00\$. (Gagnon *et al.* 2017) Bref, la portion de la population la moins nantie est celle qui attribue la plus grande partie de ses revenus pour l'achat ou l'assurance en médicaments. La nouvelle assurance médicaments publique universelle mettrait fin à cette iniquité.

Le système actuel engendre des coûts supplémentaires à la collectivité québécoise. En tant que province, nous payons considérablement plus pour les médicaments que le reste du pays. (Gagnon *et al.* 2017) En effet, en divisant le pouvoir de négociation entre différents payeurs, soit le gouvernement et les différentes assurances privées, on assiste à un gonflement des prix de médicaments.

Pour balancer l'augmentation des coûts des médicaments qui n'ont cessé d'augmenter depuis l'implantation du régime hybride en 1997, le Québec a augmenté de 60% les franchises mensuelles, passant de 12,18\$ à 19,44\$ en dollars constants. De plus, les coassurances s'appliquant après les franchises sont passées entre 1996 et 2017 de 25 à 34,8 %. (Gagnon *et al.* 2017)

## **4. Discussion**

### **4.1 Avantages d'un régime d'assurance médicaments public et universel**

#### **Avantages économiques**

Un système visant à assurer un meilleur accès (plus équitable, abordable et profitable) aux médicaments doit être conçu avec des préoccupations monétaires pour être viable. Il est donc essentiel de se pencher sur l'impact économique d'une couverture universelle des médicaments. Les avantages sur le plan économique d'un tel système se présenteraient par deux incidences principales : un plus grand pouvoir d'achat et des retombées monétaires pour le gouvernement.

Au Québec, les coûts des médicaments d'ordonnance (excluant les hôpitaux) se répartissent ainsi, selon le payeur principal (Directeur parlementaire du budget, 2017) :

**Tableau 4.1.1 - Répartition des coûts d'ordonnance des médicaments au Québec, excluant les coûts hospitaliers, 2017**

| <b>Payeur principal :</b> | <b>Coûts (milliards de \$)</b> |
|---------------------------|--------------------------------|
| Particulier               | 1,462 (18%)                    |
| Assureur privé            | 2,613 (32%)                    |
| Assureur public           | 3,979 (49%)                    |
| Total                     | 8,054                          |

Source : Directeur Parlementaire du Budget, *Coût d'un programme nationale d'assurance-médicaments de régie fédérale*, Ottawa, 2017

Malgré que le régime québécois comporte des avantages intéressants, il est celui parmi les régimes canadiens qui compte le plus haut total de dépenses en médicaments d'ordonnance à la charge des patients, soit 526,00\$ par ménage ou 1 495,00\$ en incluant les primes des régimes privés. (Directeur parlementaire du budget, 2017)

Par ailleurs, la charge imputable aux particuliers est beaucoup plus lourde pour les familles à faibles revenus, car les dépenses sont semblables peu importe le niveau de revenus des Canadiens. Ainsi, les dépenses en médicaments d'ordonnance faites par les Canadiens dans le quintile de revenus le plus bas atteignent 1,06%, contre 0,24% pour le quintile le plus élevé, soit 4 fois plus. (Directeur parlementaire du budget, 2017) Le Québec aurait donc beaucoup à gagner

d'un régime d'assurance médicaments universel, car les dépenses à la charge des résidents du Québec dans le cadre du nouveau régime national d'assurance médicaments seraient inférieures à celles engagées dans le régime actuel d'environ 85 %. (Directeur parlementaire du budget, 2017)

Une assurance médicaments universelle permettrait une diminution des coûts selon plusieurs hypothèses. Le Directeur parlementaire du budget a produit un rapport en 2017 sur les coûts potentiels liés à l'instauration d'un régime public d'assurance médicaments au niveau fédéral. Pour ses projections, le DPB présume que le programme d'assurance fédérale utiliserait la liste de médicaments de la RAMQ pour déterminer les médicaments remboursables. De plus, il suppose que chaque citoyen préférant se procurer un médicament non-générique lorsqu'un générique est disponible débourse des frais de 5\$.

D'abord, une diminution directe du prix d'achat des médicaments serait réalisée par l'augmentation du pouvoir de négociation de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP). Le Directeur parlementaire du budget estime ces économies à 25%, car les grands régimes publics possèdent un pouvoir d'achat avantageux. (Directeur parlementaire du budget, 2017) Un payeur unique inciterait davantage à la compétition en récompensant les compagnies pharmaceutiques fournissant des médicaments aux prix les plus compétitifs. Un plus grand pouvoir d'achat permettrait également un budget transparent, préétabli et tenant compte des priorités et des ressources du système de santé lors des négociations. Ceci assurerait autant la viabilité du programme que l'efficacité du système d'assurance médicaments. (Morgan *et al.* 2015) Ces prévisions économiques sont affichées dans la colonne *Rabais de 25%* du Tableau 4.1.2.

Le DPB tient aussi en compte que le prix moyen actuel le plus bas dans chaque province rejoindra le prix le plus bas que le programme fédéral sera en mesure de négocier par médicament. Ainsi, pour un régime fédéral d'assurance médicaments, certaines provinces gagneraient plus que d'autres en termes de prix payé par médicament. Ces prévisions économiques sont affichées dans la colonne *Prix unitaire le plus bas* du tableau 4.1.2.

Par ailleurs, des économies indirectes seraient réalisées par le recours à une substitution par des médicaments génériques et par une diminution des coûts globaux d'administration. De manière générale, les médicaments génériques sont plus abordables que les médicaments de marque. Ainsi, les génériques représentent 65% des ordonnances et 33% des dépenses en médicament tandis que les médicaments de marque représentent 24% des ordonnances mais 45% des dépenses. (Directeur parlementaire du budget, 2017) Ces prévisions économiques sont affichées dans la colonne *Substitution par le générique* du Tableau 4.1.2.

Également, dans le cadre d'un régime universel d'assurance médicaments, des économies seraient réalisées par la limitation des médicaments couverts, selon une liste évaluant le rapport coût-efficacité des médicaments. Cette liste est établie par l'INESSS au Québec (Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), 2018). Ces prévisions économiques sont affichées dans la colonne *Coûts des médicaments couverts* par la RAMQ du tableau 4.1.2.

Quant aux coûts globaux d'administration, le DPB est d'avis qu'ils seraient réduits en se basant sur la proportion en frais administratifs des dépenses totales en santé en 2014 qui était de 1,7% dans le secteur public comparativement à 5,7% dans le secteur privé. (Directeur parlementaire du budget, 2017)

Du côté des dépenses supplémentaires, le DPB présume qu'un plus grand accès aux médicaments essentiels engendrerait une plus grande consommation de ceux-ci. Un ajustement en fonction de ces dépenses supplémentaires est affiché dans la colonne *Effet comportemental* du Tableau 4.1.2.

Afin de calculer les économies possibles pour le Québec et le Canada, le DPB part donc des coûts actuels des médicaments couverts par la RAMQ en y appliquant toutes les économies espérées sans oublier l'augmentation de consommation de médicaments causée par la réduction des prix pour les citoyens (effet comportemental). Le tableau 4.1.2 illustre les économies envisagées par le DPB:

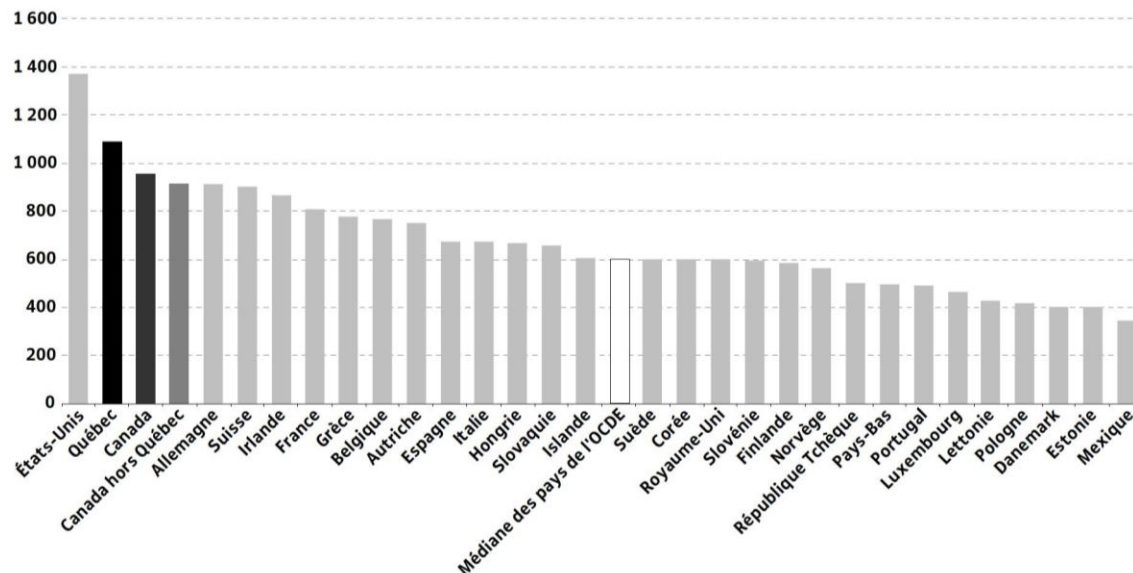
**Tableau 4.1.2 - Prévision des dépenses totales de l'assurance médicaments au Québec et au Canada**

|               | Coût actuel de tous les méd. d'ord. (M \$) | Coût des méd. de la liste RAMQ (M \$) | + Effet comportemental | + prix unitaire le plus bas | + substit. par le générique | + rabais de 25% (pouv. négociation) (M \$) |
|---------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Québec</b> | 8 053,8                                    | 7 246,7                               | 108%                   | 107%                        | 105%                        | 6 436,0                                    |
| <b>Canada</b> | 28 549,1                                   | 24 552,8                              | 107%                   | 103%                        | 100%                        | 20 361,8                                   |

Source : Directeur Parlementaire du Budget, *Coût d'un programme nationale d'assurance-médicaments de régie fédérale*, Ottawa, 2017

Selon les auteurs, les économies annuelles pour le Québec se situeraient entre 811 M\$ (Directeur parlementaire du budget, 2017) et 3,8 G\$ (Gagnon *et al.* 2017). Le coût total des médicaments *per capita* dans les pays comparables de l'OCDE munis d'une assurance médicaments publique universelle est de 16 à 63 % moins cher qu'au Québec (Gagnon *et al.* 2017) :

### **Graphique 4.1.1 - Dépenses totales en médicaments par habitant, tous les pays déclarants de l'OCDE, 2014**



Source : GAGNON, Marc-André *et al.* *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète?* Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), Décembre 2017, 12 p.

En conclusion, la perception que l'implémentation d'une assurance médicaments universelle est impossible en raison de facteurs économiques est erronée. Un système de santé offrant une couverture complète des médicaments engendrerait des revenus importants pour le secteur privé tout en augmentant minimalement le budget gouvernemental.

### **Avantages sociaux**

Les assises de l'argumentaire sur les bénéfices sociaux de l'assurance médicaments universelle reposent sur deux prémisses: les concepts fondamentaux d'équité et d'accessibilité. Nous tenterons d'établir comment l'instauration du régime double en 1997 a marqué un recul sur ces deux plans. Tout d'abord, le droit à la santé s'associe intimement avec nombre d'autres droits et concepts fondamentaux, comme la lutte à la discrimination et à la pauvreté, permettant ainsi d'ouvrir la porte à une plus grande justice sociale. (Hogerzeil *et al.* 2011) Or, une injustice quantifiable s'est immiscée progressivement à l'intérieur du système de santé québécois avec l'institutionnalisation du régime dichotomique. En effet, il est connu que le statut socio-économique d'un individu et plus précisément l'accès à une assurance médicaments sont des déterminants sociaux importants de la santé et corrélient spécifiquement avec le taux de morbidité et de mortalité d'une population. (Hogerzeil *et al.* 2011) Au Canada, parmi les personnes qui ont un revenu de moins de 50 000,00\$, une personne sur trois (31%) rapporte qu'elle-même ou une personne dans sa famille n'a pas pu se permettre d'acheter les médicaments prescrits en raison du prix. Cette donnée représente près du double de celle rapportée auprès des Canadiens ayant un revenu de plus de 100 000,00\$. (Schweitzer Christina, 2017) Au Québec, il faut également se

rappeler que l'étude de l'Institut Angus Reid mentionnait que ce sont 20% des ménages avec un revenu annuel inférieur à 50 000,00\$ qui éprouvent des difficultés financières suite à l'achat des médicaments. (Angus Reid Institute, 2015) Par ailleurs, 8,8% de la population québécoise a dit s'être privée de médicaments pour des raisons financières, un pourcentage beaucoup plus élevé que dans tous les autres pays de l'OCDE (de 2,1 à 6,3%), sauf en Suisse où le pourcentage est légèrement plus élevé (8,9%). (Saint-Arnaud Pierre, 2017) Avec des chiffres aussi éloquentes que ceux-ci, il est dur de ne pas reconnaître l'argent comme déterminant principal d'accès à la santé. Le système actuel qui partage le coût des médicaments entre assurances privées, assurance publique et paiements directs des particuliers ne fait que renforcer les disparités qui existent entre les différents groupes socio-économiques et creuse l'écart de santé.

En augmentant l'accès aux traitements médicaux, l'assurance médicaments universelle se veut ainsi un vecteur puissant dans la mise en application du droit à la santé notamment. Pour mieux comprendre l'impact social de l'assurance médicaments universelle, il nous faut tout d'abord introduire la place du volet pharmaceutique dans les soins de santé: il s'agit d'une option thérapeutique à part entière dans la pratique de la médecine moderne et qui se retrouve englobée dans ce que l'on conçoit comme étant plus largement les soins de santé. Le fait que la thérapie médicamenteuse soit dans de nombreux cas sélectionnée comme traitement de première ou seconde intention, à l'instar d'autres interventions médicales comme la chirurgie et les autres formes de thérapie, édifie la pharmacothérapie en tant qu'outil de travail essentiel pour le professionnel de la santé. Par ailleurs, ce débat sur le remboursement des médicaments amène la question sur la quantification de la charge réelle d'un médicament pour la société et l'individu. Le bilan du rapport coût-efficacité ne se limite pas ultimement qu'à son coût monétaire. Il doit également tenir compte des retombées de son utilisation au sein du système de santé: la valeur thérapeutique des médicaments ajoute un pouvoir d'action supplémentaire et alternatif sur la maladie qui aura pour effet d'engendrer des économies par une diminution du besoin d'hospitalisation et de chirurgie. Il va sans dire qu'une diminution du nombre de chirurgies diminue aussi les risques de complications et de mortalité ainsi que le stress qui pèse sur les patients et leurs familles. (Rosenfield Daniel, 2011) Il s'agit donc de répercussions inhérentes à la qualité de vie même des individus. D'ailleurs, une étude effectuée en 2012 démontre qu'une couverture d'assurance pour les médicaments prescrits qui serait financée par l'État aurait pu prévenir la mort de 5 000 Ontariens qui ont succombé au diabète entre 2002 et 2008. (Schweitzer Christina, 2017) Il est déconcertant de voir qu'encore aujourd'hui, une maladie chronique telle que le diabète, qui peut être très bien contrôlé lorsque l'on a accès aux médicaments appropriés, mène encore certaines personnes à la mort. Force est de conclure qu'étatiser la couverture médicamenteuse aurait un impact réel et mesurable sur la santé des habitants. Limiter la prodigation de la pharmacothérapie en privatisant cette sphère du système de santé et en y associant des coûts directs pour le particulier revient à minimiser son apport dans la médecine et ébranle le concept de soins de santé prétendument universels. L'introduction d'une couverture

entièrement publique des médicaments témoignerait de l'engagement de l'État envers la santé de sa population et viendrait à réaffirmer sérieusement l'accès à la santé comme un droit premier.

Un tel système s'inscrit en parfaite concordance avec la couverture médicale en vigueur au Québec qui s'appuie aussi elle-même sur les principes d'universalité et d'accessibilité, d'ailleurs évoqués dans la *Loi canadienne sur la santé*. En effet, la Loi prévoit que tous les Canadiens ont droit aux services médicaux financés par l'État et que les services médicalement nécessaires offerts par l'hôpital soient gratuits. (Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002) Or, il est possible de percevoir des contradictions dans les principes fondamentaux sur lesquels la loi s'appuie. De nombreuses critiques ont été adressées vis-à-vis cette loi et certaines de ses dispositions. Notons, par exemple, alors que seuls les services hospitaliers sont entièrement couverts, prodiguer des soins intra-muros n'est pas toujours l'option la plus valable et optimale, autant socialement qu'économiquement, et qu'il est bien souvent plus bénéfique pour les patients de recevoir les soins appropriés dans leur communauté. (Duckett Stephen et Adrian Peetom, 2013) Cependant, les programmes de médicaments sur ordonnance y sont prévus comme étant des services additionnels, exclus de l'application de la loi, limitant ainsi les services médicaux décrétés comme «essentiels» à un rayon circonscrit, excluant toute une gamme de patients, c'est-à-dire les malades dits «sur-pieds». Cette prémisse pose un grave problème dans le concept de l'accès puisque la loi réclame qu'un «accès suffisant» soit par ailleurs donné aux individus, de même que les soins médicaux soient «intégraux». Intégraux mais limités? N'y a-t-il pas dissonance? En instaurant un système à deux vitesses et une couverture de certains soins de santé essentiels via des entreprises privées à but lucratif, on a mis un frein indubitable à la notion d'accès. Il a été remarqué que certains patients vont même jusqu'à trouver des moyens afin d'être admis à l'hôpital simplement pour obtenir les médicaments dont ils ont besoin. En 2010, c'est environ 10% des Canadiens qui ne prenaient pas leur prescription ou qui ne prenaient pas toutes les doses requises. Un rapport de CD Howe examinant l'effet thérapeutique en lien avec les coûts personnels à déboursier montrait qu'une baisse du prix des médicaments menait à une meilleure adhésion aux médicaments. (Morgan *et al.* 2013) L'injustice se loge dans le fait qu'un fardeau financier s'ajoute à des groupes de la population, tels que les personnes âgées, marginalisées ou à faible revenu, déjà vulnérables d'un point de vue socio-économique. Voulons-nous d'un Québec où la santé est corrélative à l'argent? Il s'agit là du noyau d'une discrimination étendue et institutionnalisée. Depuis plusieurs années déjà, une réforme est demandée, notamment de la part du Sénat du Canada, de la Coalition canadienne pour la santé (Coalition canadienne sur la santé, 2016), pour éliminer ces distorsions au sein de la Loi canadienne sur la santé. «De nombreux pays qui consacrent une part comparable de leurs dépenses publiques aux soins de santé offrent une couverture beaucoup plus large que le Canada, englobant les médicaments de prescription (Australie, Allemagne, Suède, Royaume-Uni)» (Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002). C'est donc dire que la proposition de l'assurance médicaments universelle intègre l'univers du possible et qu'elle se veut une avancée



de l'équité en santé. Si réformer la loi canadienne sur la santé est un levier d'action qui nous est moins accessible dans le cadre de la présente requête, il faut dire que de nombreux groupes demandent une réforme à l'échelle du Québec, tels que l'Union des consommateurs et le regroupement Médecins québécois pour un régime public. Élargir la notion de couverture à la sortie de l'hôpital viendrait éliminer les barrières financières qui pèsent sur certaines strates de la population.

Le même rapport de CD Howe a examiné le pourcentage d'habitants payant plus de 1 000 \$ en frais de médicaments. (Morgan *et al.* 2013) Une part croissante des coûts des médicaments est composée de médicaments utilisés seulement pour une très faible proportion de la population ayant de très graves problèmes de santé. (Chustecka Zosia, 2012) Ces médicaments peuvent coûter jusqu'à des centaines de milliers de dollars par patient et par an, mais constituent dans certains cas les thérapies les plus efficaces disponibles pour un sous-groupe de la population. (Nelson, R., 2014) Par exemple, en 2014, l'imatinib et le trastuzumab étaient les thérapies les plus efficaces pour les patients avec certains types de cancer, malgré leur prix très élevé. Avec le temps et l'introduction de génériques, le prix de ces médicaments est moins élevé aujourd'hui. Un exemple plus récent de médicament très efficace mais avec un prix très élevé serait le Dinutuximab, utilisé pour le traitement du neuroblastome. (Penumudi Amrutha, 2015)

D'autre part, l'implantation de l'assurance médicaments universelle n'agit pas uniquement sur l'équité en santé, mais aussi sur l'équité financière du paiement de l'assurance et ce, qu'elle soit publique ou privée. En effet, la nationalisation de l'assurance médicaments estomperait le coût social lié à la présence du système hybride actuel, dans le cadre duquel il s'est effectué un écrémage des assurés. En effet, depuis l'instauration du système hybride et de l'obligation d'adhérer à une assurance privée lorsque disponible en 1997, les «mauvais» risques - la population non-active, c'est-à-dire les personnes sans emploi, les personnes âgées de 65 ans et plus et les travailleurs sans régime privé (Régime d'Assurance Maladie du Québec, 2018) - ont été relayé à l'État et la charge des «bons» risques - la population active employée, c'est-à-dire le salarié «privilegié» et dont la santé est plus souvent qu'autrement bonne (Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières *et al.*, 2014) - a été laissée aux compagnies d'assurance privées. Le fait que l'admissibilité au régime public soit liée à l'employabilité de l'individu a contribué à sectionner inéquitablement les risques de tomber malade entre le domaine public et privé. En effet, sachant que la santé coïncide avec le niveau de revenus, il est facile d'observer cette *«tendance universelle : les personnes dont la situation sociale est plus élevée sont en meilleure santé [...]»* (Schweitzer Christina, 2017) Selon l'OMS, les pratiques équitables en matière d'emploi et un travail décent sont les pierres angulaires de la santé» (Association of Faculties of Medicine of Canada, 2017) Nul doute, il s'agit d'une tendance dans la santé des individus solidement inhérente au gradient social dont profitent ultimement les assureurs privés. Les risques ont été distribués de telle sorte par le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments que les profits potentiels ont été privatisés et que les risques

ont été étatisés. Il y a aussi, soulignons-le, un problème d'équité au sein même de la tarification des primes d'assurances privées, variant selon l'employeur. (Gagnon et al. 2017) *«Puisque les risques sont mutualisés dans l'entreprise plutôt que dans la population en général, les primes fixées dans le cadre des régimes privés sont parfois plus élevées pour les membres de groupes socioprofessionnels moins nantis et en moins bonne santé.»* (Gagnon et al. 2017) La même sorte d'iniquité se reflète dans le fait qu'une prime équivalente est chargée pour les employés à temps partiel et les employés à temps plein. En conséquence, un système entièrement public gagnerait dès lors beaucoup sur le plan de l'équité financière. Le risque entier serait mis en commun, de même que le financement du réseau. (Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières et al. 2014) La mutualisation du risque dans le bassin entier de la population fait en sorte d'invalider l'équation revenus importants, bonne santé et petite prime. L'assurance médicaments universelle aurait pour effet de défragmenter le système et de résoudre le conflit social au sein du régime actuel. Un des moyens trouvés pour tendre dès maintenant vers l'objectif de la nationalisation de l'assurance serait d'enrayer l'obligation de souscrire au régime privé et la possibilité invariable de faire partie du régime public.

Bien qu'à l'heure actuelle au Québec, comme dans la plupart des provinces canadiennes, il existe un plafond fixe pour les médicaments non-couverts ou une franchise établie selon un pourcentage du revenu, force est de constater de beaucoup de gens paient encore des milliers de dollars par année pour l'obtention de médicaments essentiels. (Phillips Karen, 2009)

En définitive, l'impact qu'aurait une assurance médicaments publique sur le Québec va bien plus loin encore que de rendre l'accès aux soins de santé équitable pour tous. C'est également une question de sécurité publique et de se donner l'opportunité de pouvoir créer les conditions favorables à l'éradication de certaines maladies. En offrant des médicaments à faibles coûts à une population élargie, comme c'est déjà le cas avec les médicaments antirétroviraux distribués mondialement à 13 millions de personnes qui ont contracté le VIH/SIDA, des maladies comme l'hépatite B et l'hépatite C pourront peut-être, on ose espérer, pouvoir un jour être éradiquées. (Niessen Louis W., Khan Jahangir A.M., 2016)

### **Avantages éthiques et professionnels**

*«Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques»*, selon l'article D. 1213-2002, du code de déontologie du Collège des médecins (c. M-9, r. 17). L'article D.1213-2002, a. 43. 44. énonce quant à lui que *«le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales les plus élevées possibles»*. Comment y arriver, si nos patients ne peuvent se procurer les thérapies que l'on préconise? Devrons-nous, si l'on suspecte qu'un patient ne pourra se procurer les médicaments que l'on lui conseille, modifier notre prescription pour des médicaments certes plus abordables, mais moins efficaces pour sa condition? Si l'on se retrouve à prescrire des options moins efficaces ou plus lourdes en effets secondaires - et, par le fait

même, plus coûteuses pour d'autres branches de notre système de santé- à cause de la situation financière précaire de certains de nos patients? Si ce qui régule nos premiers choix de prescription a plus à voir avec le marché et le marketing pharmaceutique qu'avec les données probantes et la gestion adéquate des ressources de notre système de santé?

D'un point de vue éthique et professionnel, une couverture universelle des médicaments au Québec favoriserait une pratique médicale basée sur des évidences scientifiques, indépendante des contraintes financières de nos patients, et en accord avec les principes d'accès universel à la santé.

#### **4.2 Désavantages d'un régime d'assurance médicaments publique et universelle**

Bien qu'un régime d'assurance médicaments publique et universelle pose certains avantages, de nombreux arguments à l'encontre de cette initiative sont fondés sur des prémisses non-vérifiées. Afin de distinguer les désavantages non-fondés sur ce régime, veuillez consulter l'Annexe I - Assurance médicaments : mythes et réalités.

##### **Désavantages économiques**

Une assurance médicaments universelle a pour principal objectif d'augmenter l'accès aux médicaments en réduisant le fardeau monétaire qui incombe aux patients. Cette réduction de la charge aux patients devrait donc entraîner une réaction comportementale d'augmentation de la consommation des médicaments d'ordonnance, comme ils deviennent plus accessibles. L'élasticité de la demande par rapport au prix, c'est-à-dire l'effet économique causé par un changement de consommation d'un produit après la modification de son prix, a été estimée pour les médicaments d'ordonnance au Québec en 1998. Sa valeur se situe entre -0,11 et -0,16. (Contoyannis *et al.* 2005) Ainsi, avec le modèle proposé par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes permettant de réduire entre 65 et 100 % les dépenses qui incombent aux patients (coassurance, franchise, etc.), une assurance médicaments universelle entraînerait une hausse de la consommation des médicaments d'ordonnance de 12,4% et par le fait même, une hausse des coûts. (Directeur parlementaire du budget, 2017)

##### **Désavantages sociaux**

Le modèle d'affaire de l'industrie pharmaceutique repose sur un axiome de profits. L'incitatif monétaire est le moteur principal au développement de nouveaux médicaments. Prenons par exemple un médicament visant une maladie rare, un cas particulier puisque le potentiel d'acheteurs est restreint par la faible incidence de la maladie en question. Pour l'instant, la stimulation des pharmaceutiques à développer des médicaments orphelins pour le Canada est le prix élevé auquel ils sont mis sur le marché. C'est ce prix de vente élevé qui peut sembler à

première vue la source de rentabilisation du coût en recherche et développement de médicaments pour les maladies rares. Suivant cette prémisse, la recherche et le développement étant cruciaux à la création de médicaments, la perte d'incitatifs monétaires, en raison d'une mesure plafonnrière imposée par une assurance médicaments universelle, mènerait donc à la rupture de la production de nombreux médicaments pour les maladies rares.

Or, en analysant les bilans financiers de ces entreprises, on réalise bien vite qu'une grande part de leur capital est investie en marketing plutôt qu'en développement. En portant une attention particulière sur la répartition de la masse salariale à l'intérieur des firmes pharmaceutiques, on remarque que seul 16% est consacré à la recherche et au développement contre 45% pour le secteur du marketing et des ventes. (Gagnon *et al.* 2010) De même, quantifier la valeur thérapeutique des nouveaux médicaments introduits sur le marché peut s'avérer un exercice décevant puisque *«53 % des nouveaux médicaments approuvés aux États-Unis entre 1982 et 1991 représenteraient peu ou pas d'amélioration thérapeutique et seulement 16 % représenteraient une innovation thérapeutique importante»*. (Institut économique de Montréal, 2004) La plupart de ces nouvelles sorties étant par ailleurs des duplicatas dorés d'une bonne couche de marketing bien placé. Le rôle de l'assurance médicaments serait donc d'éviter de payer trop pour des médicaments qui n'apportent aucune valeur ajoutée: on recherche la politique du juste prix, qui se veut une avancée sur le plan social. La contribution de l'industrie vis-à-vis le secteur de l'innovation ne semble donc pas être une priorité et l'importance qu'on y accorde serait conséquemment surévaluée. L'exemple des acquisitions multiples de Valeant Pharmaceuticals International fait écho à cette problématique: son modèle d'affaires mise sur la capitalisation, c'est-à-dire que la diminution drastique des dépenses de ses acquisitions passe par la diminution son investissement en recherche et développement qui n'a atteint que 3% de son chiffre d'affaires en 2014. (Tison Marie, 2015) La stratégie de l'entreprise va jusqu'à réinventer le modèle de la société pharmaceutique traditionnelle - pour le meilleur ou pour le pire - en procédant à une restructuration complète de la compagnie qui autrefois investissait au moins 20% des revenus en recherche. (Abadie Julien, 2015) Cet exemple d'une des cinq compagnies en pharmaceutique les plus influentes au monde, illustre bien le désinvestissement de l'industrie pharmaceutique, à but rappelons-le lucratif, vis-à-vis le bien-être de la population et l'avancement en santé en constatant la marginalité du financement accordé en recherche et développement au sein des entreprises.

Le Québec est l'une des provinces qui accorde le plus de soutien financier aux firmes pharmaceutiques en leur octroyant des subventions fiscales. Encore une fois, l'efficacité de la contribution publique est questionnable : *«une étude exhaustive de l'aide publique à l'industrie biopharmaceutique québécoise a démontré qu'en 2010, le Québec a ainsi dépensé entre 455 \$M et 1 703 \$M pour attirer l'investissement biopharmaceutique. Pour leur part, les entreprises n'ont dépensé en retour que 252 \$M en R et D biopharmaceutique »* (Gagnon *et al.* 2017) Avec

l'assurance médicaments et l'économie monétaire attendue qui en résulterait, il serait justifié de réorienter ce surplus budgétaire vers un réinvestissement public en recherche.

D'autre part, une liste de médicaments couverts par une assurance médicaments publique déterminée en fonction de la valeur thérapeutique et du coût de chaque médicament pourrait ne pas couvrir les patients qui en ont le plus besoin considérant les prix élevés des médicaments des maladies rares. (Beach *et al.* 2006) Le domaine de la pharmaceutique évolue très rapidement, et ce, en fonction du développement des maladies. Celles-ci se complexifient et le nombre de maladies rares augmente. Les médicaments devront d'ailleurs de plus en plus être personnalisés, afin de s'adapter à la condition particulière de chaque patient. En 2006, près de 7 000 maladies rares avaient déjà été identifiées et la plupart sont d'origine génétique. (Beach *et al.* 2006) Les compagnies pharmaceutiques développent généralement les médicaments pour les maladies les plus communes qui engendrent des revenus plus élevés et des coûts de production moindres. Au Québec, l'INESS utilise un processus et des critères d'évaluation particuliers afin d'évaluer le rapport coût-efficacité de chaque médicament. (Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS), 2018)

Un deuxième argument contre l'assurance médicaments universelle concerne les risques liés à la restriction des médicaments couverts. En Nouvelle-Zélande, outre les économies que PHARMAC a engendrées, la baisse des prix a eu un impact important sur la santé des Néo-zélandais puisque l'accès à certains médicaments a été restreint et de nombreuses substitutions thérapeutiques ont été effectuées au profit de produits moins dispendieux. Des effets néfastes de ces substitutions ont pu être constatés de la même façon en Colombie-Britannique, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande suite à d'importantes augmentations des dépenses de santé. Dans une étude, le Dr. Lelorier a remarqué une diminution des ventes de médicaments pour les traitements cardiovasculaires en Nouvelle-Zélande, alors que les ventes avaient augmenté de manière significative au Canada et en Australie au cours de la même période. Il s'est suivi une forte diminution du taux de mortalité dû à des infarctus du myocarde au Canada et en Australie, alors qu'un statu quo fut observé en Nouvelle-Zélande. Cette même tendance est observée au niveau des congés d'hôpitaux. Il est important de souligner les désavantages ou risques liés aux achats groupés: exposition à des pénuries de médicaments, à des médicaments à moindre coût, mais pas nécessairement plus efficaces, et un accès plus limité aux nouveaux médicaments. En Nouvelle-Zélande, parmi tous les médicaments homologués entre janvier 2009 et décembre 2014, seulement 13% de ceux-ci ont été ajoutés à la liste de médicaments remboursables par PHARMAC. Il faut toutefois noter que PHARMAC choisit de couvrir seulement un médicament par classe de médicaments, ce qui expliquerait pourquoi moins de médicaments se retrouvent sur cette liste. (Lelorier Jacques et Nigel S.B. Rawson, 2007)

Pour plusieurs, une augmentation de l'accessibilité rime avec une couverture élargie du nombre de médicaments. C'est bien ce qui a résulté du passage officiel au système hybride en 1997 : les travailleurs ayant accès à une assurance privée ont pu accéder à une couverture de presque tous les médicaments, des brevetés aux génériques. On peut donc se demander si le fait de ne pas tout rembourser, comme il serait le cas dans un régime public, reviendrait à limiter l'accès aux soins ? Or, en tant que société, il nous faut faire des choix. Une couverture élargie n'est pas synonyme d'une couverture de qualité. L'idée qui sous-tend la nationalisation de la couverture médicament repose à la fois sur une notion cruciale d'accès équitable, mais aussi de dépenses responsables, c'est à dire le fait de maximiser chaque dollar investi en pharmacothérapie selon la valeur thérapeutique ajoutée aux soins. Les choix de couverture se basent en premier lieu sur des preuves cliniques. Un des moyens de se prémunir de «payer trop» pour un médicament dont les bénéfices n'excèdent pas ceux d'un équivalent, par exemple les médicaments brevetés qui font à peine leur entrée sur le marché, est de se mettre un plafond de remboursement et de quantifier la valeur thérapeutique ajoutée. En se fixant une limite, notre pouvoir de négociation avec l'industrie de production vient de gagner en force. Il n'en reste pas moins que l'instauration d'une couverture publique de base peut servir de tremplin à instaurer une option ouverte au choix de l'individu, c'est-à-dire que le patient devra déboursé lui-même la différence de coût pour un médicament équivalent, mais non remboursé et en dehors des critères médicaux valables pour justifier une substitution. La liberté de choix du patient est donc préservée tout comme l'équité dans l'accès puisqu'une option de base tout aussi valable est offerte à tous.

Par ailleurs, même si les travailleurs couverts par les assurances privées ont gagné en termes de nombre de médicaments couverts, cette transition s'est tout-de-même traduite au long terme par une diminution de l'accès aux soins de santé essentiels pour l'ensemble de la population. *«En effet, le régime québécois public-privé d'assurance médicaments fait l'objet d'augmentations continues de franchises, de coassurances et de primes qui ont des conséquences négatives – et prévisibles – sur l'accessibilité aux médicaments pour les bénéficiaires des programmes publics et privés.»* (Gagnon et al. 2017) La notion d'accès est donc plus nuancée que la simple augmentation en termes de quantité de médicaments couverts. C'est ici que le bât blesse: l'accès diminue tout compte fait, puisque les coûts inhérents à la médication déboursés directement du portefeuille des particuliers augmentent.

## **5. Conclusion et recommandations**

Aujourd'hui, on ne peut ignorer le momentum pour la création d'un régime d'assurance médicaments au Québec. Les études et prévisions parlent d'elles-mêmes, les appels d'organismes professionnels et communautaires se multiplient et l'opinion publique est favorable à une telle initiative. Il ne reste qu'à un gouvernement fort, visionnaire et à l'écoute de sa population de sauter le pas vers un système de santé réellement universel.

Dès 1994, le comité Demers instauré par le gouvernement de Robert Bourassa a recommandé la création d'un régime d'assurance médicaments public et universel. Trois ans plus tard, face aux oppositions des milieux de la pharmacie, de l'industrie pharmaceutique et de l'assurance, la *Loi sur l'assurance médicaments* est entrée en vigueur et a préconisé un régime hybride public-privé.

De nos jours, un ménage québécois sur cinq ne prend pas ses médicaments prescrits correctement à cause du coût associé, et près d'une famille québécoise sur dix paie plus de 1000\$ par an en médicaments. Les familles défavorisées sont les plus touchées, exacerbant les inégalités sociales au Québec. Les patients non-compliants à des traitements préventifs, comme par exemple des médicaments pour réduire le risque de crises cardiaques et des AVCs, se voient plus tard nécessiter des traitements beaucoup plus coûteux au système de santé que les médicaments qu'ils auraient dû prendre initialement. Le Canada est le seul pays de l'OCDE à offrir un régime d'assurance maladie sans assurance médicaments universelle. C'est également un des trois pays de l'OCDE à payer le plus cher pour ses médicaments. Le Québec est de loin la province qui débourse le plus par médicament au Canada, malgré son mérite d'assurer l'assurance la plus étendue au pays.

L'instauration d'un régime universel d'assurance médicaments présenterait des avantages tant économiques, sociaux que professionnels et éthiques. D'un point de vue économique, l'assurance médicaments établirait un payeur unique, qui aurait ainsi un plus grand pouvoir de négociation sur les prix des médicaments. Le Directeur parlementaire du budget estime une économie de 25% des prix des médicaments de cette façon. De plus, le recours à des médicaments génériques plutôt que des médicaments de marque permettrait de faire de grandes économies. Du point de vue social, l'assurance médicaments favoriserait l'accès à une santé universelle, indépendante du statut professionnel, et promouvrait la compliance aux médicaments essentiels. Du point de vue professionnel, l'assurance permettrait aux médecins et professionnels de la santé d'accomplir leur travail selon les meilleures données scientifiques, sans discriminer selon la capacité du patient de se procurer les médicaments nécessaires.

À la lumière de ces réflexions, la FMEQ recommande au gouvernement du Québec de :

- Mettre en place un régime public d'assurance médicaments public et universel et abolir l'obligation d'adhérer à une assurance privée;
- Créer un organisme provincial responsable de négocier les prix des médicaments;
- Réinvestir les profits en recherche et développement dans le régime d'assurance-médicaments ;
- Promouvoir le régime d'assurance médicaments universel au sein de la Confédération canadienne;
- Promouvoir publiquement l'accès aux médicaments essentiels comme un facteur crucial à la santé populationnelle.



## **6. Annexes**

### **ANNEXE I - Assurance-médicaments : mythes et réalités**

#### **MYTHE 1 Pharmacare est une solution trop simpliste qui risque de couper l'accès à la population à de nombreux médicaments**

Ce discours se fait bien sentir dans l'industrie pharmaceutique et dans l'industrie de l'assurance privée. (McKiernan Michael, 2018) Toutefois, il faut garder en tête que la couverture proposée se fonde sur la liste de la RAMQ, soit l'assureur public qui offre la plus grande couverture au Canada. Par ailleurs, Pharmacare vise à augmenter l'accès aux médicaments à la population et les études estiment une augmentation de consommation des produits d'ordonnance de 12,4% par réaction comportementale à la réduction des coûts. (Directeur parlementaire du budget, 2017)

#### **MYTHE 2 L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), une initiative mixte des régimes publics, négocie déjà des prix réduits pour plusieurs médicaments. Les hausses de coûts reliés à un acheteur unique seront minimes.**

Les études sont d'avis contraire, estimant à 25% les économies réalisées par un régime d'assurance médicaments universel au Canada. (Directeur parlementaire du budget, 2017) De plus, il a été démontré que les grands régimes publics détiennent un pouvoir d'achat avantageux.

Il est toutefois vrai que le succès de l'assurance médicaments, la réduction des prix et l'amélioration de l'accès aux médicaments dépendront du succès des négociations menées par l'assureur public de même que la saine gestion administrative de ce régime public.

#### **MYTHE 3 En baissant les prix des médicaments, les compagnies pharmaceutiques diminueraient leurs investissements en recherche et développement au Québec (R&D)**

Il est vrai qu'il s'agit d'un risque, mais ce risque est très faible puisque la quantité d'investissement dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments à la demande d'un seul pays est limitée. En général, la recherche et le développement visent le marché international. De plus, les ventes canadiennes représentent un mince revenu pour les compagnies pharmaceutiques en générant seulement 2,0% des profits du marché international. Alors, imaginez l'impact qu'une assurance publique au Québec aurait sur la recherche et le développement si déjà au niveau canadien les profits sont maigres. (Schweitzer Christina, 2017)

Au Québec, le Gouvernement a investi entre 455 et 1 703 \$M pour attirer l'investissement biopharmaceutique. Malgré cela, les entreprises n'ont dépensé de leur côté que 252 \$M en recherche et développement biopharmaceutique. De plus, près de la moitié des emplois du secteur biopharmaceutique ont été perdus au Québec entre 2009 et 2012, passant de 10 566 à 5 321. (Gagnon *et al.* 2017)

Finalemt, le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés du Canada maintient qu'un système où les médicaments sont acquis à prix élevés n'a pas d'impact pour attirer l'investissement pharmaceutique. (Gagnon *et al.* 2017)

## **7. Bibliographie**

ABADIE, Julien. « Valeant: le rapport d'analyste qui fait très mal. » *Les Affaires*. 29 septembre 2015.

ANGUS REID INSTITUTE. *Prescription drug access and affordability: an issue for nearly a quarter of all Canadian households*, 2015, 28 p.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE [Internet].

- *150<sup>e</sup> Conseil général et assemblée annuelle de l'AMC*. Août 2017 [Cité le 14 janvier 2018]. Disponible au : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/GC/ei-4-national-pharmacare-f.pdf>
- *Le bureau du directeur parlementaire du budget présente une évaluation convaincante en faveur d'un programme national d'assurance-médicament*. Septembre 2017. [Cité le 14 janvier 2018]. Disponible au : <https://www.cma.ca/Fr/Pages/Parliamentary-Budget-Office-study-makes-strong-case-for-national-pharmacare-plan.aspx>.

ASSOCIATION OF FACULTIES OF MEDICINE OF CANADA. *AFMC Primer on Population Health*. AFMC. Ottawa. 2017. 498p.

ASSURANCE MALADIE EN LIGNE [Internet]. *Chiffres & repères*, 2008 [Cité le 28 Janvier 2018]. Disponible au : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Chiffres\\_Reperes\\_-\\_edition\\_2008\\_vdef.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Chiffres_Reperes_-_edition_2008_vdef.pdf).

BEACH, Charles M., CHAYKOWSKI, Richard, SHORTT, Sam, ST-HILAIRE, France et SWEETMAN, Arthur. *Health Services Restructuring in Canada: New Evidence and New Directions*. McGill-Queen's University Press. Montréal. 2006. 398p.

BOSSINOT, Jacques. « Universal pharmacare would save Canadians \$4.2B a year, parliamentary budget officer says ». *CBC*. 29 septembre 2017.

BOUDREAU Christian, TREMBLAY Monica. *Le régime public d'assurance médicaments au Québec : bénéfices et défis du système de communication interactive avec les pharmaciens*. École nationale d'administration publique. Québec. 2007.

BRITISH COLUMBIA PHARMACY ASSOCIATION. [Internet]. *Clinical Service Proposal: Medication Adherence Services*. 2013. [Cité le 11 janvier 2018]. Disponible au : [http://www.bcparmacy.ca/uploads/Medication\\_Adherence.pdf](http://www.bcparmacy.ca/uploads/Medication_Adherence.pdf)

CASTONGUAY, Claude, CHAMPIGNY-ROBILLARD, Laurette, LECLERC D., MORIN Yves, BORGEAT Louis. *Rapport du comité d'experts sur l'assurance médicaments : Des voies de solutions*, Institut national de santé publique du Québec, 1996, 199p.

CHUSTECKA, Zosia. « Cancer Drugs Become Niche Busters ». Medscape [Internet]. 24 septembre 2012. [cite 10 janv 2018] Disponible sur: <http://www.medscape.com/viewarticle/771420>

COALITION CANADIENNE DE LA SANTÉ, WHITE, Julie. *A National Public Drug Plan for All*. Policy Brief. Ottawa. 2016. 19p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Code de déontologie des médecins*. c. M-9, r. 17.19 p.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. Chapitre VXII - La loi Canadienne sur la santé. Sénat du Canada. Ottawa. 2002.

CONTOYANNIS, Paul, HURLEY, Jeremiah, GROOTENDORST, Paul, JEON, Sun-Hee, et TAMBLYN, Robyn, « Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada », *Health Economics*, vol. 14, no 9, 2005

DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET. *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, Ottawa, 28 septembre 2017.

DUCKETT Stephen et Adrian PEETOM. *Canadian Medicare: We Need It and We Can Keep It*. McGill-Queen's Universit Press. Montreal. 2013. 200p.

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES, GAGNON, Marc-André, WORTSMAN, Arlene, REICHERT, Carol et GENINA, Oxana. *A Roadmap to a Rational Pharmacare Policy in Canada*. Canadian Electronic Library. Ottawa. 2014. 93p.

FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC. [Internet]. *Pour un régime public et universel d'assurance médicaments*. Août 2017. [Cité le 14 janvier 2018]. Disponible au : <https://ftq.qc.ca/actualites/regime-public-universel-dassurance-medicaments>;

FÉLIX, Geneviève. « Implantation du régime général d'assurance médicaments québécois : 1994-2005 ». Mémoire. Montréal, Université du Québec à Montréal. 2007.

GAGNON, Marc-André et Guillaume HÉBERT. *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous*. Canadian Centre for Policy Alternatives, Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), Canadian Health Coalition, Canadian Electronic Library (Firm). Ottawa. 2010. 94p.

GAGNON, Marc-André, VADEBONCOEUR, Alain, CHARBONNEAU Mathieu, MORGAN Steve, *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète?* Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), Décembre 2017, 12 p.

GAGNON, Reynald et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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 du Québec. Québec. 1995, 156 p.

GOLDMAN, Dana P., JOYCE, Geoffrey F. et YUHUI Zheng. « Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health ». *Journal of the American Medical Association*. 2007;298(1):61-69.

GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. [INTERNET] *Obtenez une prise en charge pour vos médicaments d'ordonnance*. 16 janvier 2018 [cité le 20 janvier 2018; Disponible au: <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-une-prise-en-charge-pour-vos-medicaments-dordonnance>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01

HOGERZEIL, Hans V. et Zafar, MIRZA. « The world medicine situation report: Access to essential medicines as part of the right to health ». Organisation mondiale de la santé. Genève. 2011. 14p.

INSTITUT ÉCONOMIQUE DE MONTRÉAL. Institut économique de Montréal. *Comment déterminer la valeur de nouveaux médicaments?* Note économique. Octobre 2004. 4p.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS). [Internet]. *Processus et critères d'évaluation*. 2018. [Cité le 27 janvier 2018]. Disponible au : <http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=39>.

LAW, Michael R., CHENG, Lucy, DHALLA, Irfan A., HEARD, Deborah et MORGAN, Steve G. « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada ». *Canadian Medical Association Journal*. 184 (3) 297-302. 2012.

LE CONSEIL DES CANADIENS. [Internet]. *Pharmacare*. s.d. [Cité le 14 janvier 2018]. Disponible au : <https://canadians.org/pharmacare>.

LELORIER, Jacques et Nigel S.B. RAWSON. « Lessons for a national pharmaceuticals strategy in Canada from Australia and New Zealand ». *Canadian Journal of Cardiology*. 2007, Volume 23, Issue 9, p.711–718.

MCKIERNAN, Michael. « The great pharmacare debate: An ‘overly simplistic’ solution or needed system rationalization? ». *Benefits Canada*. January 10, 2018.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ DE LA FRANCE. [Internet]. *La fixation des prix et du taux de remboursement*. 2016. [cité 28 Janvier 2018]. Disponible au : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement>.

MORGAN, Steve, DAW, Jamie and LAW, Michael R., *Rethinking Pharmacare in Canada* (June 13, 2013). C.D. Howe Institute Commentary 384.

MORGAN, Steve et Jae KENNEDY. « Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada ». *Clinical Therapeutics*. 2009;31(1):213-9.

NELSON, R. *Crizotinib Not Cost-Effective, Says Canadian Study*. Medscape. 2014.

NIESSEN, Louis W. et Jahangir A.M. KHAN. « Universal access to medicines ». *The Lancet*. 2 janv 2016;387(10013):9- 11.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. [Internet]. *Une liste modèle de médicaments essentiels au service des pays*. 2013. [Cité le 14 janvier 2018]. Disponible au : [http://www.who.int/features/2013/essential\\_medicines\\_list/fr/](http://www.who.int/features/2013/essential_medicines_list/fr/)

PHILLIPS, Karen. *Catastrophic Drug Coverage in Canada*. Library of Parliament. (PRB 09-06E) Ottawa. 2009.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. [Internet]. *Assurance médicaments*. s.d. [cité 20 janv 2018]. Disponible au:

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/montant-a-payer-medicaments.aspx>

ROSENFELD, Daniel. « Zombies, Myths and pharmacare ». *Canadian Medical Association Journal*. 17 mai 2011;183(8):E465- 6.

SAINT-ARNAUD, Pierre. « Assurance-médicaments: le Québec "n'est pas un modèle à suivre" ». *La Presse*. 12 oct 2017.

SCHWEITZER, Christina. « The Time is Right for a National Pharmacare Program for Canada ». *University of Toronto Medical Journal*. 6 déc 2017;94(3):50- 3.

PENUMUDI, Amrutha. « UPDATE 2-FDA Approves United Therapeutics; Drug for Children Cancer ». *Reuters*. 2015, March 10.

SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. [Internet]. *Les syndicats réclament l'assurance-médicaments universelle*. Décembre 2017. [Cité le 14 janvier 2018]. Disponible au : <https://scfp.ca/les-syndicats-reclament-lassurance-medicaments-universelle>

THE COMMONWEALTH FUND. *The 2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey : Data Sheet Questionnaire*. Rapport de données. 2007.

THERAPEUTICS INITIATIVE. [Internet]. About Us. 2018. [Cité le 16 janvier 2018]. Disponible au : <http://www.ti.ubc.ca/about-us/>

TISON, Marie. « Pourquoi Valeant suscite-t-il la controverse? » *La Presse Plus*. 24 octobre 2015.