Document d'appui

Les médicaments : pièce maîtresse de notre santé.

FTQ FONDS de solidarité FTQ

Colloque sur les régimes privés et public d'assurance médicaments.
13 et 14 novembre 2018

Rermerciements
La FTQ remercie les membres du comité-conseil qui ont donné de leur temps pour aider à la préparation de ce colloque en participant à des rencontres collectives ou à des entrevues individuelles. Sans leur apport, ce document ne pourrait refléter la réalité concrète des milieux de travail.

Rédaction
Lise Côté
Colin L'Ériger

Soutien à la rédaction
Wilfried Cordeau

Secrétariat
Yurio Hattori

Mise en page
Catherine Veillette

Relecture
Manon Fournier
Marie-Claude Groulx
Yuriko Hattori

Page couverture
Upperkut

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
565, boul. Crémazie Est, bureau 12100
Montréal (Québec) H2M 2W3
Téléphone : 514 383-8000
Télécopie : 514 383-8000
Site Web : https://ftq.qc.ca

Dépôt légal – 4e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)
ISBN 978-2-89639-382-4
Imprimé au service de l'imprimerie de la FTQ

Document imprimé par le service de l'imprimerie de la FTQ

MOT DES DIRIGEANTS

L'enjeu du médicament fait partie des débats de société du Québec contemporain. Dès les travaux préparatoires pour la mise en place du programme d'assurance hospitalisation et du régime d'assurance maladie dans les années soixante, deux Commissions[1] importantes – Hall au Canada et Castonguay-Nepveu au Québec – recommandaient d'y inclure le médicament pour en assurer un accès équitable à tous et à toutes. Malgré le consensus social à cet égard, seules des solutions partielles ont alors été implantées pour pallier les besoins de groupes ciblés comme les personnes à l'aide sociale, les personnes invalides et les mères dites nécessiteuses, pour emprunter le jargon de l'époque.

C'est en que le gouvernement adopte un projet de loi visant la mise sur pied du régime général d'assurance médicaments (RGAM). Désormais, tous les Québécois et les Québécoises doivent être assurés pour leurs médicaments, soit au public soit au privé par le biais d'assurances collectives présentes dans les milieux de travail. Bien qu'elle aurait préféré un régime universel entièrement public, la FTQ y voyait une réelle avancée qui permettait à 1,5 million de personnes de bénéficier du nécessaire accès aux médicaments d'ordonnance.

Près de vingt ans plus tard, force est de constater que ce régime hybride (public-privé) n'est plus optimal ni adapté aux nouvelles réalités d'aujourd'hui. Malgré le fait que tous et toutes bénéficient d'une assurance médicaments, il y a encore trop de Québécois et de Québécoises qui se privent de médicaments, faute de moyens financiers. Pis, certains travailleurs et travailleuses ayant un emploi à statut précaire ou faiblement rémunéré paient des primes démesurées par rapport à leurs revenus.

Année après année, les dépenses du volet médicaments des régimes privés augmentent de manière exponentielle. Le coût des assurances collectives est devenu un enjeu important de négociation, car il accapare une plus grande part dans la rémunération globale des travailleurs et des travailleuses, limitant la possibilité d'améliorer leurs salaires ou leurs avantages sociaux. La hausse des coûts des médicaments met en péril non seulement les régimes d'assurances collectives, mais aussi la viabilité du régime général d'assurance médicaments dans son entièreté. Actuellement, les sommes colossales dépensées en médicaments ne sont pas consacrées à améliorer d'autres pans du système de santé du Québec.

Il faut que cela change !

La FTQ réfléchit à la question de l'assurance médicaments depuis plusieurs années, soit dans le cadre de séminaires, de journées de réflexion ou de congrès. Les ratés du régime hybride ont été réitérés lors du dernier Congrès de la FTQ en 2016. Une résolution a été adoptée demandant la tenue d'un colloque pour approfondir nos connaissances sur le régime actuel d'assurance médicaments afin de développer une position syndicale.

C'est donc avec fierté que la FTQ donne suite à cette résolution. Le titre du colloque *Les médicaments : pièce maîtresse de notre santé* rappelle l'importance de ces derniers dans les soins de santé. En effet, il s'agit d'un bien de première importance, faisant partie des besoins élémentaires d'une personne. Il est donc vital que les médicaments d'ordonnance soient gratuits et accessibles à tous et à toutes. C'est pourquoi la FTQ milite pour un régime d'assurance médicaments 100 % public et universel. Qui plus est, un tel régime dégagera des économies substantielles, lesquelles pourront être mises à profit pour améliorer les conditions de travail et de vie de nos membres. C'est un combat que l'on doit mener et que l'on peut gagner.

Bonne réflexion et bon colloque !

Daniel Boyer
Président

Serge Cadieux
Secrétaire général

1 CANADA, *Commission royale d'enquête sur les services de santé,* 1964; QUÉBEC, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967.

TABLE DES MATIÈRES

Le régime général d'assurance médicaments : une présentation 13
Chapitre 1 – Les assurances collectives et les syndicats 15
1.1 Les assurances collectives : la petite histoire 15
1.2 Instauration de l'assurance maladie…
sans les médicaments 16
1.3 Implantation du régime général d'assurance médicaments (RGAM) 17
1.4 Le RGAM aujourd'hui : les paramètres 19
1.5 Un régime hybride à bout de souffle 19
Chapitre 2 – Le médicament dans le système public de santé 21
2.1 Le médicament : un bien de consommation pas comme les autres 21
2.2 Caractéristiques de la consommation et enjeux spécifiques 24
2.2.1 Portrait général de la consommation 24
2.2.2 Les personnes âgées de 65 à 79 ans 24
2.2.3 Chez les jeunes 24
2.2.4 La situation des femmes 24
2.3 Les médicaments occupent une place importante dans le système de santé 25
2.4 La filière du médicament : un réseau complexe d'acteurs 25
2.4.1 Le gouvernement fédéral : plusieurs organismes pour le médicament breveté 26
2.4.2 Le gouvernement du Québec : responsable de l'ensemble du processus 26
2.4.3 Les prescripteurs autorisés : une poignée de professionnels et professionnelles 28
2.4.4 Les pharmacies : majoritairement des entreprises à but lucratif 28
Chapitre 3 – Le régime hybride public – privé : dans l'impasse 31
3.1 Un constat : le Québec dépense beaucoup trop pour ses médicaments 31
3.2 Médicaments d'ordonnance : prix trop élevés 33
3.3 Défaillances dans les mécanismes de détermination des prix 34
3.3.1 Les médicaments brevetés 34
3.3.2 Les médicaments génériques 35
3.3.3 Les ententes confidentielles 36
3.4 Des freins à l'accessibilité aux médicaments 36
3.5 Les honoraires trop élevés des pharmaciens et des pharmaciennes 38
3.6 Régime hybride : incapacité à contrôler les coûts 40
3.7 Le financement est inéquitable 43
3.8 Les abus et les promesses brisées de l'industrie pharmaceutique 47
Un régime qui répond aux besoins des travailleurs et des travailleuses 51
Chapitre 4 – Les principes d'un régime public et universel d'assurance médicaments 53
4.1 Sous gestion publique : un rôle complémentaire pour les régimes privés 53
4.2 Universel : des modalités uniformes 53
4.3 Accessible : la gratuité totale des médicaments 54
4.4 Équitable : une contribution pour les entreprises 55
4.5 Québécois : un droit de retrait avec pleine compensation 55
4.6 Viable : les meilleurs résultats de santé au moindre coût 57
4.7 Indépendant : libre de l'influence des lobbys et des pressions politiques 57
4.8 En résumé : les contours d'un régime public et universel 58
Chapitre 5 – Rééquilibrer le rapport de force en notre faveur 59

5.1 Reprendre le contrôle des dépenses en médicaments 59
5.1.1 Limiter les droits de propriété intellectuelle 59
5.1.2 Revoir la liste de médicaments remboursables 62
5.1.3 Négocier à armes égales avec l'industrie pharmaceutique 63
5.1.4 Négocier des honoraires raisonnables pour les pharmaciens et les pharmaciennes 65
5.1.5 En résumé 66
5.2 Limiter le pouvoir des entreprises du secteur pharmaceutique 66
5.2.1 Assurer l'indépendance de Santé Canada 67
5.2.2 Interdire la publicité sur les médicaments 68
5.2.3 Mieux encadrer les relations de l'industrie avec les médecins 69
5.2.4 Assurer l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des pharmaciennes 70
5.2.5 En résumé 71
5.3 Favoriser une utilisation optimale et sécuritaire des médicaments 71
5.3.1 Revoir la place du médicament dans les soins de santé 71
5.3.2 Assurer une meilleure pharmacovigilance 72
5.3.3 Fournir une information fiable et de qualité aux médecins 72
5.3.4 En résumé 73
5.4 Assurer une transition juste pour les travailleurs et les travailleuses 73
5.5 Revoir la politique industrielle du secteur pharmaceutique 73
Notre action syndicale 75
Chapitre 6 – Les moyens 77
6.1 Développer un argumentaire solide 77
6.2 Se mobiliser pour les élections fédérales de 2019 77
6.3 Faire de l'éducation auprès des membres 78
6.4 Former des alliances 78
6.5 Documenter la situation 78
6.6 S'impliquer dans le dossier des assurances collectives 78
Les médicaments, pièce maîtresse de notre santé 79

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION

La **première partie** de ce document présente l'histoire des assurances collectives et les étapes ayant mené à l'implantation d'un régime hybride d'assurance médicaments au Québec. Une attention particulière est accordée au domaine du médicament, qui implique un nombre impressionnant d'acteurs gouvernementaux, commerciaux et professionnels. Il est important de comprendre les interrelations et la dynamique entre ces acteurs afin de déterminer les forces qui sont à l'origine des prix élevés des médicaments. Enfin, cette première partie se conclut sur les dysfonctionnements engendrés par la présence d'un régime hybride.

La **deuxième partie** énonce les principes qui devraient guider la mise en œuvre d'un régime entièrement public et universel et esquisse les grandes lignes de ce régime et les capacités institutionnelles à mettre en place pour endiguer la hausse des coûts des médicaments. Des éléments d'une politique industrielle renouvelée pour le secteur pharmaceutique et la mise en place d'une transition juste pour les travailleurs et les travailleuses touchés par l'implantation d'un tel régime complètent cette partie.

Enfin, la **troisième partie** précise les contours de l'action syndicale et des revendications spécifiques à faire valoir. Elle énonce les grandes lignes d'une action politique syndicale pour la promotion d'un régime d'assurance médicaments 100 % public et universel et la nécessaire action sur le terrain pour former et éduquer les membres sur les avantages d'un tel régime.

PARTIE 1

LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS : UNE PRÉSENTATION

Avant d'aller plus en détail sur le régime général d'assurance médicaments, il importe de traiter des origines des assurances collectives en milieu de travail. Quel est le contexte économique qui a fait en sorte que les syndicats se sont engagés dans le dossier des assurances collectives ? Comment ces dernières ont-elles évolué au cours des dernières années ? Le chapitre 1 vise à esquisser des éléments de réponses pour situer le contexte de notre réflexion.

Le médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres. Son statut particulier de bien essentiel milite pour que l'État prenne en charge son accès, son coût et sa disponibilité (chapitre 2). En confiant une partie du régime d'assurance médicaments au secteur privé, qui est surtout motivé par les profits, le gouvernement a créé une situation intenable, notamment en matière de coûts et d'iniquités, à laquelle il est urgent de remédier (chapitre 3).

CHAPITRE 1 – LES ASSURANCES COLLECTIVES ET LES SYNDICATS

1.1 Les assurances collectives : la petite histoire

Les assurances collectives n'ont pas toujours fait partie de la vie des travailleurs et des travailleuses. À la fin du 19e siècle, l'assurance contre la maladie, les accidents et l'invalidité est certes assez répandue auprès d'une frange assez aisée de la population, mais on y souscrit sur une base volontaire et individuelle.

À l'époque, plusieurs syndicats ouvriers[2], bénéficiant d'un bassin naturel de membres, offrent une assurance vie et contre la maladie. Les cotisations annuelles versées par leurs membres sont administrées parfois par le syndicat international lorsque le siège social est situé aux États-Unis, par exemple, ou sinon localement.

Flairant la bonne affaire, les employeurs ont rapidement compris qu'offrir des avantages sociaux à leur personnel, sous la forme d'une assurance contre certains risques, pouvait servir leurs intérêts. On constate alors l'essor de caisses patronales à la fin du 19e siècle, époque de l'industrialisation. Ces caisses d'indemnisation sont financées en partie par l'employeur, mais impliquent souvent une contribution des ouvriers et des ouvrières. Elles sont totalement contrôlées par l'employeur. En réalité, cette forme de protection sociale s'apparente à du paternalisme industriel. En protégeant son personnel, l'employeur se comporte en bon père de famille. Par ailleurs, cela lui permet de contrôler la vie dans l'usine, mais aussi en dehors de l'usine. Par cette approche, certaines entreprises espéraient même en importuner d'autres en les privant d'une main-d'œuvre désormais moins mobile. Des historiens y ont vu une stratégie patronale redoutable : « […] cette caisse d'indemnisation sert l'entreprise parce qu'elle stabilise la main-d'œuvre, augmente la productivité, limite les augmentations de salaire, empêche les accidentés du travail de poursuivre leur employeur en responsabilité civile et, surtout, permet de freiner le développement du syndicalisme[3] ».

Malgré ses défauts, ce modèle esquisse déjà les contours de l'assurance collective telle qu'on la connaît aujourd'hui. Ce serait en 1912 qu'une entreprise de Chicago, désirant offrir une protection sociale à ses quelque 3 000 personnes salariées, contacte une compagnie d'assurance à cet effet[4]. Cette assurance collective se distingue des caisses patronales en ce qu'elle fait intervenir un contrat entre un employeur et une compagnie d'assurance permettant ainsi de soutirer la caisse de l'influence de ce dernier. En regroupant le risque sur un plus large bassin de travailleurs et de travailleuses qui se renouvelle constamment, l'employeur peut alors offrir une protection à bien meilleur prix, sans examen médical. Cette nouveauté dans les conditions de travail tarde un peu à traverser les frontières. Il faut attendre 1919 pour qu'un premier contrat d'assurance collective soit autorisé par le Surintendant des assurances au Canada[5].

Aux balbutiements des assurances collectives, il n'y a pas une gamme étendue de programmes sociaux. Au moment de la Grande crise (1929), la situation économique d'un grand nombre de Québécois et de Québécoises est très précaire. À part quelques rares programmes gouvernementaux provenant surtout du gouvernement fédéral, les programmes sociaux et services publics contre les aléas de la vie comme la maladie, l'invalidité ou le chômage sont quasi inexistants. Le Québec n'est pas encore engagé sur la voie de l'État-providence. En cas de coups durs, les travailleurs et les travailleuses les plus pauvres ne peuvent que se tourner vers l'Église, des organismes de secours (par exemple, la société de Saint-Vincent de Paul), ou bien carrément dépendre de la charité publique. Ceux et celles qui travaillent dans une entreprise syndiquée ont plus de chances de bénéficier d'une indemnisation provenant d'une assurance collective. Mais toutes les autres personnes ne doivent que compter sur elles-mêmes pour s'en sortir.

Au cours de la Seconde Guerre mondiale, plusieurs travailleurs s'enrôlent dans l'armée, provoquant du coup une pénurie de main-d'œuvre. Craignant une inflation et une escalade dans les salaires de la part des entreprises pour attirer une main-d'œuvre devenue rare, le gouvernement canadien n'a pas tardé à établir un système de contrôle des prix et des salaires. Des travailleurs et des travailleuses, mécontents de devoir attendre la fin de la guerre pour améliorer leurs conditions de travail, choisissent de se syndiquer. La syndicalisation connaît alors une forte croissance : de 12,7 % en 1931, le taux de syndicalisation passe à 27,5 % en 1946[6]. Faute de pouvoir bonifier les salaires, les syndicats vont revendiquer –

2 Terme utilisé à l'époque et que nous reprenons pour bien marquer un moment de l'histoire du travail.

3 Jacques Saint-Pierre et Martin Petitclerc, *Histoire de l'assurance des personnes, des sociétés de secours mutuels aux grandes institutions d'assurance,* INRS, Presses de l'Université Laval (PUL), 2015, p. 126.

4 *Ibid.,* p. 194.

5 *Ibid.,* p. 195.

6 Jacques Rouillard, *Le syndicalisme québécois – Deux siècles d'histoire,* éditions du Boréal, 2004, p. 41 et 93.

et obtenir – des avantages sociaux visant l'amélioration du niveau de vie de leurs membres.

À l'époque, la sécurité financière des membres était – et est toujours ! – une préoccupation fondamentale des organisations syndicales. La négociation d'assurances visait à maintenir la sécurité financière de leurs membres et de leurs familles en cas d'imprévus (décès, maladie, invalidité) que ce soit pendant la vie de travail ou à la retraite. Cette protection visait aussi à pallier les régimes publics incomplets ou inexistants.

La période de prospérité exceptionnelle qui a suivi la guerre a contribué à l'amélioration des avantages sociaux en milieu de travail. La vigueur du mouvement syndical a permis à la main-d'œuvre du Québec de profiter de cette prospérité. Les assurances collectives ont connu un véritable essor. Dès 1960, elles représentaient environ 30 % des contrats d'assurance en vigueur[7]. Limités au départ à l'assurance vie, ces avantages ont progressivement inclus la protection contre l'invalidité, la maladie et les accidents. Pour la plupart des travailleurs et des travailleuses syndiqués, la semaine de travail a été ramenée de 48 heures à 40 heures entre 1940 et 1960. Ces années sont aussi caractérisées par une augmentation appréciable de leur pouvoir d'achat. Outre les assurances collectives[8], d'autres bénéfices se sont ajoutés comme des jours fériés, des semaines de vacances, des congés de maladie, des régimes de retraite, etc. Depuis, l'intérêt des travailleurs et des travailleuses pour ce type de protection ne s'est jamais démenti.

1.2 Instauration de l'assurance maladie… sans les médicaments

Ce n'est qu'au moment de la Révolution tranquille que le gouvernement jette peu à peu les bases d'une protection sociale étendue, notamment en instaurant un système de santé public et universel. En 1961, le gouvernement fédéral met sur pied la Commission royale d'enquête sur les services de santé, aussi appelée Commission Hall, afin d'étudier les systèmes de santé canadien et provinciaux, d'identifier les besoins de la population et de faire les recommandations nécessaires pour offrir les meilleurs soins de santé possible à toutes les personnes résidant au Canada. Une des recommandations phares de la Commission Hall propose la création d'une assurance maladie nationale, ce qui comprend les médicaments.

Afin de réaliser sa propre étude globale du système de santé, le gouvernement du Québec met sur pied, en 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, aussi appelée la Commission Castonguay-Nepveu. Le mouvement syndical milite alors pour un régime complet, universel, obligatoire et public (voir encadré) qui couvrirait l'ensemble des services et soins de santé incluant les médicaments. Cette revendication trouve écho à la Commission. Dans ses réflexions, la Commission Castonguay-Nepveu considère que « les médicaments, les soins hospitaliers et les soins médicaux sont, dans une certaine mesure, des compléments et des substituts les uns par rapport aux autres[9] ». À ce titre, la Commission suggère qu'en plus d'inclure les médicaments fournis à l'hôpital, la couverture pour les autres médicaments jugés onéreux pour les malades – ceux prescrits dans le cas de certaines maladies chroniques ou de longue durée – serait souhaitable. Une seule condition est assortie à cette recommandation : un mécanisme doit être mis en place pour contrôler la consommation individuelle des personnes afin de prévenir les abus. En somme, la Commission Castonguay propose la mise en place d'un régime d'assurance maladie complet et universel pour tous les résidents et les résidentes du Québec.

Les compagnies d'assurances, craignant de perdre une part importante de leur marché et de leurs revenus, s'opposent fortement à cette prise en charge d'un service essentiel par l'État. Néanmoins, le commissaire Castonguay signe et persiste. Il estime que les compagnies d'assurances : « […] offrent des conditions plus avantageuses aux "bons risques", c'est-à-dire aux personnes qui, en raison de leur âge, de leur santé, de leur situation, seront les moins souvent exposées à demander une prestation. Les petits salariés et les personnes à revenu modique ou irrégulier peuvent difficilement payer les primes exigées […]. Voilà pourquoi les sociétés d'assurance sne sont pas en mesure de fournir une protection à l'ensemble de la population […][10] ».

Malgré cette recommandation, ce ne sont pas tous les services qui ont été couverts au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance maladie, en novembre 1970. Les soins dentaires, les examens de la vue, les médicaments prescrits dans le cas de maladie de courte durée, par exemple, devaient s'ajouter à la couverture selon une série d'étapes devant être franchies rapidement. Or, force est de constater que plusieurs

7 Saint-Pierre et Petitclerc, *op. cit.,* p. 233.

8 Qui sont un sous-ensemble des avantages sociaux.

9 Commission Castonguay-Nepveu, *L'assurance-maladie, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social,* volume 1, 1967, p. 62.

10 Saint-pierre et Petitclerc, *op. cit.,* p. 285.

de ces services ne sont toujours pas couverts par le régime d'assurance maladie du Québec. Au cours de cette période, le gouvernement étend graduellement la gratuité en matière de médicaments à des groupes ciblés, comme les personnes âgées pauvres, les personnes bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes ayant des conditions de santé particulières.

Aujourd'hui, un fait demeure. Le Canada – et le Québec par le fait même – est probablement le seul pays développé avec un régime public de santé qui n'inclut pas les médicaments dans la liste des services assurés. Il s'agit pourtant d'une pièce maîtresse de notre santé.

Extrait du mémoire conjoint FTQ-CSN-UCC* présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1966)

« Parce que nous concevons l'assurance-maladie comme une mesure de sécurité sociale, nous exigeons que le régime que se donnera le Québec soit **universel**, **complet**, **obligatoire** et **public**. […] Par régime **complet**, nous entendons que l'assurance-maladie protège les citoyens contre tous les risques inhérents et consécutifs à la maladie. Le régime idéal, dans notre esprit, comprendrait non seulement le diagnostic et le traitement de la maladie, les soins dentaires et ophtalmologiques, le traitement des maladies mentales et physiques, la radiologie, l'anesthésie, les analyses de laboratoire, les prothèses, lunettes et médicaments sur ordonnance médicale, les examens préventifs, la physiothérapie et la rééducation, le transport en ambulance et le nursing à domicile, etc., mais également les services de dépannage financier et domestique à être organisés de concert avec le ministère de la Famille et du bien-être social. »

*Union catholique des cultivateurs, l'ancêtre de l'Union des producteurs agricoles. Notre soulignement.

1.3 Implantation du régime général d'assurance médicaments (RGAM)

Les pressions budgétaires qui s'exercent sur les dépenses publiques de santé au Québec donnent lieu, dans les années 1990, à des vagues de compressions imposées à l'ensemble du réseau. C'est dans ce contexte qu'émerge l'idée d'implanter un régime général d'assurance médicaments.

Dès 1994, un groupe de travail présidé par le sous-ministre de la santé, Raynald Gagnon, estime qu'environ 1,5 million de personnes ne disposent pas d'une couverture et que ces dernières paient de leurs poches tous leurs médicaments, une somme évaluée à 210 millions de dollars[11]. Il constate aussi que les personnes bénéficiant d'un régime privé d'assurance assument près de la moitié des coûts de leurs médicaments, soit 590 millions de dollars. S'ajoutent à ces montants les sommes versées par les bénéficiaires de 65 ans et plus du régime public qui défraient 6,3 % des coûts des médicaments. Par souci d'équité et de solidarité sociale, le groupe de travail conclut à la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments[12]. Outre l'objectif de contenir et de contrôler les coûts des médicaments, ce régime vise l'élimination des iniquités qui résultaient de la multitude de protections en matière de médicaments.

À cette même époque, le gouvernement envisage l'introduction du virage ambulatoire, lequel propose que les gens retournent rapidement chez eux après une hospitalisation. Il faut donc trouver une solution pour que les médicaments, autrefois fournis par l'hôpital, soient disponibles notamment pour ceux et celles qui ne disposent pas d'assurances privées. L'implantation d'un régime public et universel s'avère incontournable pour soutenir le virage ambulatoire, puisque cette mesure requiert l'accessibilité des médicaments au plus grand nombre.

Finalement, ce sont les conclusions d'un autre groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay qui seront retenues. Avec l'appui du secteur privé des assurances, le groupe propose le maintien d'un système hybride privé et public, de l'étendre à l'ensemble de la population et de l'assortir de paramètres (franchise, coassurance et plafond annuel), tout en maintenant la gratuité pour certaines clientèles.

En 1996, le gouvernement du Québec adopte donc la *Loi sur l'assurance médicaments* qui instaure le régime général d'assurance médicaments (RGAM) lequel entre en vigueur en 1997. Il a pour objectif d'offrir à tous les Québécois et les Québécoises un accès raisonnable et équitable aux médicaments. Il s'agit d'un régime hybride ayant une composante publique et privée[13].

La proposition d'un régime hybride représente alors une réelle avancée, puisqu'elle permet à près de 1,5 million de personnes de bénéficier d'une protection pour les médicaments d'ordonnance. Lors des consultations parlementaires portant sur l'instauration du RGAM, c'est en ces mots que la FTQ réagit, de concert avec deux autres organisations syndicales : « Nous aurions préféré un régime public d'assurance

11 Guy Simard et Jean Turgeon, « L'assurance médicaments », *La sécurité sociale au Québec – Histoire et enjeux,* Presses de l'Université Laval, 2016, p. 213.

12 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec – analyse de la faisabilité,* mai 1995, p. 23.

13 Hors du contexte d'un milieu de travail, les compagnies d'assurances ne pourront plus offrir l'assurance médicaments sur une base individuelle.

Figure 1

Modalités de couverture et d'admissibilité au RGAM prescrites par la Loi sur l'assurance médicaments, selon le RPAM ou les régimes privés d'assurance collective.

<table>
<tr><th></th><th>RPAM</th><th colspan="2">Régimes privés d'assurance collective</th></tr>
<tr><td>Admissibilité</td><td>✱ Personnes de 18 à 64 ans non admissibles à un régime collectif privé et leurs enfants de moins de 18 ans, ou de 18 à 25 ans aux études à temps plein sans conjoint et domiciliés chez leurs parents
✱ Détenteurs d'un carnet de réclamation
✱ Personnes âgées de plus de 65 ans qui n'adhèrent pas à un régime collectif privé</td><td colspan="2">✱ Toutes les personnes admissibles à un régime privé conforme
✱ Adhésion obligatoire</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Garanties</td><td rowspan="2">Paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments et des fournitures de la liste des médicaments et des médicaments répondant aux conditions de la mesure du patient d'exception</td><td>Liste médicaments RAMQ*</td><td>Liste médicaments hors-RAMQ*</td></tr>
<tr><td>Paiement du coût des services pharmaceutiques, des médicaments et des fournitures de la liste des médicaments et des médicaments et des fournitures et des médicaments répondant aux conditions de la mesure du patient d'exception</td><td>Paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments non régis par la Loi sur l'assurance médicaments</td></tr>
<tr><td>Couverture</td><td>Plafond annuel et paramètres de contribution établis en fonction du statut économique de l'assuré</td><td>Plafond annuel et paramètres de contribution par période de référence prévus par la Loi applicables à chaque adulte admissible (établis sans égard au statut économique de l'assuré)</td><td></td></tr>
<tr><td>Prime annuelle</td><td>✱ Oui, établie en fonction du statut de la personne assurée, que la personne se procure ou non des médicaments couverts par le RGAM
✱ Plafond annuel applicable
✱ Administrée par le Ministère des finances et de l'économie* du Québec</td><td>Oui, prélevée sans égard au statut économique de l'assuré (tel le revenu annuel de l'assuré)</td><td rowspan="5">✱ Non régis par la Loi
✱ Variables en fonction des régimes privés d'assurance collective
✱ Non comptabilisés sans la contribution annuelle maximale en vertu du RGAM</td></tr>
<tr><td colspan="3">Contributions financières des bénéficiaires</td></tr>
<tr><td>Imposition de plafond</td><td>Oui</td><td>Oui, doivent respecter le plafond annuel* requis par la Loi (établi sans égard au statut économique de l'assuré)</td></tr>
<tr><td>Franchise</td><td>Montant fixe jusqu'à l'atteinte d'un plafond mensuel</td><td>Oui, possibilité</td></tr>
<tr><td>Coassurance</td><td>Oui, pourcentage fixe jusqu'à l'atteinte d'un plafond mensuel</td><td>Oui, possibilité</td></tr>
<tr><td>Copaiement</td><td>Non</td><td>Oui, possibilité</td></tr>
</table>

Source : Commissaire à la santé et au bien-être, *Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec,* 2014, p. 101.
**Tableau original auquel nous avons apporté des précisions.*

médicaments financé à même un régime fiscal équitable et progressif. Toutefois, nous nous rallions à l'idée d'un régime mixte[14] ».

1.4 Le RGAM aujourd'hui : les paramètres

Dans le cadre du RGAM, deux voies s'offrent à la population. Chaque personne adulte qui a accès à une protection d'assurance médicaments en lien avec son travail ou ses activités professionnelles a l'obligation d'y adhérer et d'en faire bénéficier sa famille le cas échéant (volet privé). Tous ceux et celles qui ne peuvent adhérer à un régime privé doivent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments (RPAM). Celui-ci est financé par les primes des adhérents et des adhérentes et les impôts, alors que les régimes privés sont financés par les primes versées par les employeurs, les travailleurs et les travailleuses.

Cette obligation légale a des répercussions directes sur les assurances collectives dans les milieux de travail et sur leurs coûts. Les régimes privés doivent offrir une couverture équivalente à celle du régime public et ne peuvent pas refuser une personne ou imposer des primes plus élevées en raison de son âge, de son sexe ou de son état de santé. Tous et toutes doivent être couverts, quel que soit leur risque.

Les régimes privés sont aussi dans l'obligation de respecter certains paramètres (la coassurance maximale[15] et la contribution maximale annuelle[16]) établis par le gouvernement du Québec, et de rembourser minimalement tous les médicaments inscrits sur la liste des médicaments de la RAMQ. En date de juillet 2018, la coassurance est de 34,9 % et la contribution maximale annuelle est de 1 087 $. Lorsque les médicaments remboursés ne font pas partie de la liste de la RAMQ, les assureurs ne sont pas tenus de respecter ces obligations. Aussi, il n'existe aucune obligation réglementaire concernant la franchise et la contribution maximale mensuelle. En 2017, 3,6 millions de personnes étaient couvertes par le régime public, ce qui correspond à 45 % de la population. Par conséquent, près de 55 % de la population québécoise était couverte par le régime privé.

CAS SYNDICAL

Assurances collectives : une importante barrière à l'accès

L'obligation d'inclure le volet médicaments lorsqu'un groupe décide de souscrire à une couverture d'assurances collectives peut constituer une importante barrière dans certains milieux de travail. « On a un groupe qui voulait se procurer une assurance-salaire, mais comme il faut inclure le volet médicaments, les coûts sont trop importants. Dans cette entreprise, les salaires ne sont pas très élevés et certains membres ne travaillent que 28 heures par semaine. Si on avait une assurance médicaments de base pour tous, on n'aurait pas ce problème. »

Source : Entrevue FTQ, août 2018.

1.5 Un régime hybride à bout de souffle

Aujourd'hui, la quasi-totalité des grandes entreprises offre des régimes d'assurances collectives. Dans les petites entreprises, les assurances collectives sont moins courantes. Au fil des ans, d'importantes avancées ont été réalisées. Elles reflètent l'inlassable action des syndicats pour améliorer les conditions de travail et de vie de leurs membres. Les assurances collectives en matière de santé, incluant le volet médicaments, se sont inscrites comme une approche complémentaire aux couvertures publiques. La plupart prévoient le remboursement partiel ou total de médicaments ou de certains frais occasionnés par une maladie ou un accident qui ne sont pas remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Depuis le milieu des années 2000, les coûts des régimes d'assurances collectives ont explosé, surtout les couvertures relatives à la santé. Plusieurs facteurs tels le vieillissement de la population, le virage ambulatoire, les problèmes de santé mentale, les coûts des services paramédicaux expliquent en partie cet accroissement. Cependant, c'est surtout la hausse vertigineuse du coût des médicaments qui a mis à mal les assurances collectives dans les milieux de travail.

L'obligation faite aux employeurs d'offrir une couverture médicaments en vertu du RGAM met sous pression les régimes d'assurances collectives. Les employeurs sont en demande pour en réduire les coûts. Certains demandent à leurs travailleurs et travailleuses de lourds sacrifices, des reculs, des coupes. Les syndicats ont réagi promptement pour conserver de bonnes assurances collectives et contrôler les coûts. Malgré l'ingéniosité dont ils ont fait preuve, les coûts ne cessent d'augmenter. Un constat s'impose : le régime hybride d'assurance médicaments n'est plus viable et doit être remplacé par un régime 100 % public.

14 FTQ-CSN-CEQ, *Mémoire sur le projet de loi nº 33 – Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives,* 4 juin 1996, p. 8.

15 Pourcentage du coût des médicaments couverts qu'une personne paie, une fois la franchise déduite.

16 Le montant maximal (plafond) qu'une personne a à payer pour les médicaments au cours d'une année.

CHAPITRE 2 – LE MÉDICAMENT DANS LE SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Les médicaments occupent une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique pour maintenir et assurer la santé d'une population. En plus de soulager les maux de tous les jours, ils protègent les enfants de plusieurs maladies infectieuses, guérissent des maladies autrefois mortelles, contribuent à contrôler des maladies chroniques. Ils permettent, dans certains cas, de diminuer les taux et la durée des hospitalisations et d'abaisser significativement les taux de mortalité notamment pour les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, le VIH/SIDA et d'autres pathologies. Mais tout n'est pas parfait. Un usage inapproprié du médicament peut aussi entraîner des effets indésirables.

Ce chapitre entend discuter du médicament comme bien de consommation unique en son genre et des caractéristiques de sa consommation au sein de la population. Suivra une description des acteurs qui composent la filière du médicament et leur rôle respectif.

2.1 Le médicament : un bien de consommation pas comme les autres

Au fil des siècles, la pratique de guérir s'est présentée sous différentes formes : des potions, des drogues, des remèdes de grand-mère et des médicaments, selon le rythme des découvertes et des connaissances. Dès l'antiquité, la guérison faisait appel à l'apothicaire, l'ancêtre du pharmacien, qui préparait et vendait des breuvages et des médicaments pour les malades. Jusqu'au 17e siècle, médecins et chirurgiens, apothicaires et épiciers soignent et prescrivent des médicaments.

Aujourd'hui, le médicament est un bien de « consommation courante » d'une rare complexité. Comparativement à d'autres produits, le médicament a une particularité : dans la majorité des cas, celui qui l'utilise (le patient-client), celui qui le choisit (le médecin prescripteur) et celui qui le paie (l'assurance maladie publique ou privée) sont tous distincts. Cette relation triangulaire est déterminante dans la consommation ou non d'un médicament. Prendre un médicament n'est pas une décision prise à la légère. On peut raisonnablement penser que la plupart des gens n'aiment pas prendre

L'ABC des types de médicaments

Un **médicament** est une substance ou une molécule destinée à traiter une condition médicale grâce aux ingrédients actifs qu'il contient. Il existe plusieurs modes d'administration : par voie orale, par injection, par voie rectale, par voie cutanée, etc. Ainsi, il se présente sous différentes formes : comprimés, suppositoires, crèmes, gouttes ou sirops, entre autres.

Les **médicaments d'ordonnance** sont prescrits par un professionnel de la santé (par exemple, un médecin, un dentiste, un optométriste ou une infirmière désignée) notamment en raison de leurs effets secondaires, de leur toxicité ou de leur risque de dépendance. L'ordonnance est un document légal, rédigé et signé par un prescripteur autorisé, remis à un patient pour son traitement et qui comporte les modalités et les conditions d'utilisation des médicaments.

Les **médicaments en vente libre** peuvent être achetés sans ordonnance dans toutes les pharmacies ainsi que dans certains magasins ou chaînes de vente au détail comme les épiceries. Ils ne sont pas remboursés par les régimes d'assurance médicaments.

Les **médicaments d'exception** sont généralement très onéreux. Leur prescription se fait uniquement par une ordonnance spéciale. Ils peuvent être remboursés, mais ils doivent faire l'objet d'une autorisation préalable par la RAMQ.

Les **médicaments brevetés** sont découverts ou synthétisés par un laboratoire pharmaceutique et sont protégés par un brevet dont la durée est de vingt ans.

Les **médicaments de spécialité** sont coûteux (plus de 10 000 $ par an), complexes et font souvent l'objet d'exigences en matière de conservation, de manipulation, de surveillance et d'administration. Ils sont utilisés pour le traitement de maladies comme la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques, la maladie de Crohn, le cancer et l'hépatite C.

Les **médicaments biologiques** sont dérivés d'organismes vivants (animaux ou micro-organismes), dont la structure est beaucoup plus complexe et variée que celle des médicaments élaborés à partir de molécules chimiques.

Les **médicaments génériques** et médicaments biosimilaires (aussi connu sous le nom de produits biologiques ultérieurs) sont des copies des médicaments originaux (brevetés) pouvant être commercialisés après l'échéance des brevets qui les couvrent.

Les **médicaments essentiels** sont ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. La liste, conçue par l'Organisation mondiale de la Santé, comprend 433 médicaments.

Sauf exception, ce document s'intéresse d'abord et avant tout aux médicaments d'ordonnance.

Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948)

Articles choisis

Article 3

Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

Article 22

Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.

Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Source : Organisation des Nations Unies (ONU), *La Déclaration universelle des droits de l'Homme,* 1948, [En ligne] [www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights].

La crise des opioïdes

Les médicaments d'ordonnance peuvent entraîner de très graves problèmes de dépendance, de surdoses et de mortalité. La crise des opioïdes qui frappe les pays développés en fait foi. Aux États-Unis, il y a maintenant plus de décès en raison de surdoses de drogues (légales et illégales) que des accidents de la route. La situation n'est pas plus reluisante au Canada. Les Canadiens et les Canadiennes occupent le deuxième rang des plus gros consommateurs d'opioïdes par habitant au monde, après les Américains[1]. En 2017, près de 4 000 personnes ont perdu la vie dans des surdoses d'opioïdes[2]. Le grand coupable : le fentanyl, un produit 100 fois plus puissant que la morphine et 40 fois plus que l'héroïne. Le Québec est également touché, bien que moins fortement que la majorité des provinces canadiennes : en 2016, 235 décès étaient attribuables à une intoxication aux opioïdes[3].

Plusieurs facteurs expliquent cette épidémie. Aux États-Unis, les conditions socio-économiques comme des hauts taux de chômage, une population souffrant de pauvreté et d'insécurité financière et vivant dans des régions dévitalisées, sont à l'origine de cette dépendance[4]. Chez nous, Santé Canada pointe du doigt trois grands facteurs à l'origine du phénomène : « le nombre élevé de prescriptions d'antidouleurs au pays; le fait que les utilisateurs peuvent aisément devenir dépendants; et la vente illégale, sur le marché noir, de fentanyl mélangé à de faux comprimés pharmaceutiques[5] ».

Autant aux États-Unis qu'au Canada, la crise des opioïdes serait, entre autres, le résultat des habitudes de prescription des médecins pour lutter contre la douleur. Les compagnies pharmaceutiques ont aussi leurs torts. Plusieurs enquêtes criminelles américaines ont établi que les fabricants de médicaments ont utilisé, à plusieurs reprises, des techniques de publicité agressives et probablement illégales pour encourager le nombre d'ordonnances d'opioïdes émises par les médecins dans le but d'augmenter leurs ventes[6].

1 Sheryl Ubelacker, « The inside story of Canada's opioid crisis », *Macleans*, 25 avril 2017, [En ligne] [www.macleans.ca/society/inside-the-history-of-canadas-opioid-crisis] (consultée le 17 octobre 2018).

2 Agence France-Presse, « Les opioïdes ont fait près de 4000 morts au Canada en 2017 », *Le Devoir,* 20 juin 2018, [En ligne] [www.ledevoir.com/societe/sante/530691/la-crise-des-opioides-a-fait-plus-de-4000-morts-au-canada-en-2017] (consultée le 17 octobre 2018).

3 Institut national de santé publique, *Décès attribuables à une intoxication aux opioïdes au Québec,* mise à jour août 2018, [En ligne] [www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/deces-attribuables-une-intoxication-aux-opioides/deces-attribuables-une-intoxication-aux-opioides-au-quebec-2016] (consultée le 17 octobre 2018).

4 David Blumenthal et Shanoor Seervai, « To Combat the Opioid Epidemic, We Must Be Honest About All Its Causes », *Harvard Business Review,* 26 octobre 2017, [En ligne] [hbr.org/2017/10/to-combat-the-opioid-epidemic-we-must-be-honest-about-all-its-causes] (consultée le 17 octobre 2018).

5 Radio-Canada, « Crise de santé publique au Canada à cause des opioïdes », 15 septembre 2018, [En ligne] [ici.radio-canada.ca/nouvelle/1055907/canada-crise-sante-publique-opioide-fentanyl-hospitalisation-surdose-recherche-intoxication-codeine-ordonnance] (consultée le 17 octobre 2018).

6 David Blumenthal et Shanoor Seervai, *op. cit.*

un médicament, mais qu'ils le font pour améliorer leur état de santé. Mais pour prendre des décisions éclairées, les gens ont besoin de conseils provenant de professionnelles et de professionnels de la santé.

L'autre caractéristique intéressante, c'est que le marché du médicament ne suit pas la loi de l'offre et de la demande. Habituellement, plus un bien de consommation coûte cher, plus la quantité demandée pour ce dernier diminue et inversement. Or, le médicament échappe à cette règle : même les médicaments coûteux sont consommés par un grand nombre de personnes. Autrement dit, le recours aux médicaments est, en règle générale, fonction de l'état de santé de la personne et non de sa capacité de payer.

Une autre dimension d'analyse s'ajoute aux précédentes : le médicament est à la fois un bien industriel et un bien de santé publique. Il met donc en jeu différents acteurs : d'une part, les compagnies pharmaceutiques et les grossistes, qui sont des entreprises privées animées par une logique marchande; et, d'autre part, les agences de réglementation gouvernementales plus préoccupées par des finalités politiques et sociales (enjeux de santé publique, accessibilité, qualité et innocuité des médicaments, etc.). Pour plusieurs pays, le médicament est à la fois un bien marchand et un bien social essentiellement financé par des fonds publics.

Outre ces considérations économiques, d'autres particularités caractérisent le médicament. D'abord, la santé est un droit fondamental reconnu internationalement. En corollaire, l'accès aux médicaments fait partie intégrante du droit à la santé. C'est ce qu'affirme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « L'accès aux médicaments essentiels, en tant que partie intégrante du droit au meilleur état de santé que chacun est capable d'atteindre ("le droit à la santé"), est fermement établi dans le droit international. Le droit à la santé est apparu pour la première fois en tant que droit social dans la Constitution (1946) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)[17] ».

Enfin, l'usage grandissant du médicament d'ordonnance soulève un certain nombre de préoccupations quant à son utilisation adéquate. Sa consommation comporte des risques et pas seulement des bienfaits. La valeur thérapeutique d'un médicament est reconnue s'il est efficace pour traiter un problème de santé donné et si la personne qui le consomme suit correctement la posologie. Une utilisation inappropriée du médicament peut susciter des problèmes pour la personne, mais aussi pour l'ensemble de la collectivité. Par exemple, un usage abusif d'un médicament peut entraîner, chez certaines personnes, une dépendance à cette substance. C'est particulièrement le cas avec les opioïdes. Les surdoses et les mortalités liées à cette dépendance ont un coût collectif important; elles imposent un lourd fardeau au réseau de la santé et des services sociaux, des dépenses accrues en matière de sécurité publique et génèrent des pertes de productivité. Mais surtout, elles touchent cruellement les familles touchées. De

17 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *L'accès aux médicaments essentiels fait partie intégrante du droit à la santé,* [En ligne] [www.who.int/medicines/areas/human_rights/fr] (consultée le 17 octobre 2018).

Environnement contaminé

Un autre aspect troublant de l'utilisation excessive des médicaments concerne les impacts de cette dernière sur l'environnement. Les médicaments consommés se retrouvent dans l'environnement et pourraient affecter la faune, la flore et les êtres humains. Les gouvernements tentent de sensibiliser leur population sur la manière adéquate de se débarrasser des médicaments périmés ou inutilisés. Une étude montre que les Québécois et les Québécoises avaient les meilleurs comportements comparativement aux résidents des autres provinces pour se débarrasser des médicaments non utilisés[1]. Pour le moment, on connaît mal les impacts sur la santé humaine, mais cette problématique demeure inquiétante.

1 John Marshall, « Élimination des déchets spéciaux des ménages », *EnviroStats,* Statistique Canada, printemps 2008, vol. 2, n° 1, p. 4.

Superbactéries

L'administration immodérée d'antibiotiques a entraîné une résistance des bactéries à ces derniers. Ces médicaments ne sont pas uniquement destinés aux humains. Plus de 80 % des antibiotiques utilisés au Canada ont été administrés à des animaux d'élevage[1]. Leur utilisation cause l'apparition de superbactéries résistantes qui peuvent engendrer d'importants problèmes de santé. Si rien n'est fait pour stopper cette tendance, l'Organisation mondiale de la Santé estime que « le monde s'achemine vers une ère postantibiotique, où des infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient à nouveau tuer[2] ».

1 Julie Vaillancourt, « Nos animaux d'élevage consomment trop d'antibiotiques », *Radio-Canada,* La semaine verte, 10 mars 2018, [En ligne] [ici.radio-canada.ca/nouvelles/special/2018/03/antibiotiques-animaux-elevage-resistance-bacteries-sante-canada-porc-poulet] (consultée le 17 octobre 2018).

2 OMS, *Premier rapport de l'OMS sur la résistance aux antibiotiques : une menace grave d'ampleur mondiale,* 30 avril 2014, communiqué de presse, [En ligne] [www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/fr] (consultée le 17 octobre 2018).

toute évidence, les professionnels et professionnelles prescripteurs ont un rôle important à jouer et doivent améliorer leurs pratiques à cet égard.

Toutes ces dimensions du médicament en font un « bien unique » et militent pour qu'on n'applique pas les principes du libre marché pour les médicaments, puisque l'enjeu fondamental est la santé des gens. Il faut une approche prudente qui privilégie le bien-être de la population plutôt que les intérêts des actionnaires des compagnies pharmaceutiques ou des propriétaires de pharmacies.

2.2 Caractéristiques de la consommation et enjeux spécifiques

Les dépenses en médicaments d'ordonnance reflètent, en quelque sorte, l'état de santé d'une population. Les enquêtes récentes sur la question confirment que la population canadienne souffre de nombreux problèmes de santé chroniques comme les maladies cardiaques, l'hypercholestérolémie (cholestérol), l'hypertension (haute pression), le diabète et la dépression.

2.2.1 Portrait général de la consommation

Au Canada, près de 41 % des personnes âgées de 6 à 79 ans[18] ont pris au moins un médicament sur ordonnance sur la période de 2007-2011[19]. En règle générale, la consommation de médicaments d'ordonnance est plus élevée chez les femmes. Aussi, elle tend à augmenter avec l'âge. Selon cette même enquête, le fait de souffrir de maladies chroniques augmente considérablement la probabilité de consommer des médicaments.

Les trois médicaments les plus consommés chez les hommes de 25 à 79 ans sont ceux utilisés pour contrôler le cholestérol, l'hypertension artérielle et les problèmes gastriques (tels ulcères et reflux). Chez les femmes du même âge, ce sont les antidépresseurs, les médicaments pour contrôler le cholestérol et les maladies liées à la thyroïde[20].

2.2.2 Les personnes âgées de 65 à 79 ans

De façon prévisible, la consommation de médicaments sur ordonnance augmente avec l'âge. Plus de 83 % des personnes âgées de 65 ans et plus prennent des médicaments[21]. Le nombre de médicaments consommés est aussi fortement associé à l'âge : 69,8 % des personnes de 65 à 79 ans prennent plus d'un médicament. Trente pour cent des personnes âgées de 65 à 79 ans prennent simultanément cinq médicaments, alors que cette proportion n'est que de 11 % chez les 45 à 64 ans[22]. Une partie de ce phénomène s'explique par le fait que la prise d'un médicament peut provoquer d'autres troubles de santé qui nécessitent la prise simultanée d'autres médicaments[23].

2.2.3 Chez les jeunes

Seulement 12 % des jeunes de 6 à 14 ans consomment des médicaments d'ordonnance sur une base régulière, alors que cette proportion augmente à près de 26 % pour les jeunes de 15 à 24 ans.

Les médicaments d'ordonnance les plus utilisés chez les garçons et les jeunes hommes (de 6 à 24 ans) traitent les troubles du déficit d'attention et d'hyperactivité (TDAH) et la dépression. Les filles et les jeunes femmes prennent, pour leur part, des médicaments pour contrôler la fécondation et la dépression. Les jeunes de 6 à 14 ans, filles ou garçons, consomment surtout des médicaments pour contrôler le TDAH et l'asthme.

2.2.4 La situation des femmes

Les femmes de tous les âges sont généralement plus susceptibles que les hommes de déclarer prendre des médicaments sur ordonnance (46,5 % versus 34,5 %). On observe toutefois que la consommation plus grande chez les femmes correspond étroitement à leurs besoins spécifiques concernant leur santé gynécologique et reproductive. Jusqu'à l'âge de 45 ans, les femmes consomment principalement des contraceptifs; par la suite, elles adhèrent souvent à une hormonothérapie substitutive (œstrogènes). S'ajoute à cette constatation une attitude plus favorable que les hommes envers la santé et la prévention de la maladie.

Il n'y a pas lieu toutefois de stigmatiser les femmes quant à leur consommation. Lorsqu'on examine l'évolution du recours aux médicaments selon le sexe au cours de la vie, on constate que dans un premier temps, les femmes en âge de procréer en consomment davantage que les hommes. Ensuite, l'usage

18 Les personnes âgées de 80 ans et plus n'ont pas été retenues dans l'enquête, car ce groupe est reconnu comme un gros consommateur de médicaments.

19 Michelle ROTERMANN, *et al.*, *Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans,* Statistique Canada, rapport sur la santé, juin 2014, vol. 25, n° 6, p. 1.

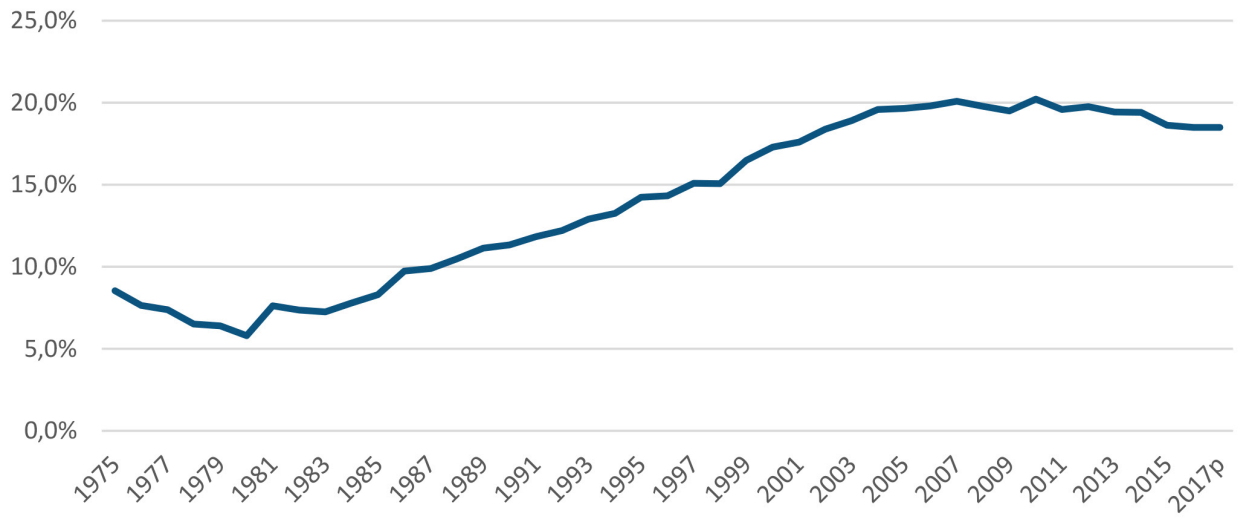
20 *Ibid.,* p. 8.

21 *Ibid.,* p. 6.

22 *Ibid.*

23 Par exemple, la prise régulière d'un anti-inflammatoire peut susciter des problèmes gastriques, nécessitant ainsi la prise d'un médicament pour protéger l'estomac.

Figure 2
Part des médicaments* dans les dépenses totales de santé au Québec (1975-2017$_p$)



$_p$ prévision
Source : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), Tableau D.1.5.2, *Dépenses de santé,* 2017.
*Comprend les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre.

est égal chez les hommes et les femmes, puis devient plus répandu chez les hommes âgés que chez les femmes âgées.

2.3 Les médicaments occupent une place importante dans le système de santé

Au Québec, la place du médicament a considérablement augmenté dans le budget de la santé. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les médicaments (prescrits et non prescrits) y représentaient 18,5 % des dépenses totales de santé en 2017 (prévision) comparativement à 8,5 % en 1975[24] (voir figure 2). Le médicament joue donc un rôle de plus en plus prépondérant dans le système de santé québécois.

Comparativement à l'ensemble des postes de dépenses liés à la santé, les médicaments représentaient 18,5 % des dépenses en 2017$_p$. Le Québec alloue une part à peu près équivalente de ses dépenses en médicaments que pour la rémunération des médecins (15,0 %) et un peu moins que pour les hôpitaux (23,7 %). Les médicaments occupent le deuxième poste budgétaire : il s'agit donc d'une catégorie de dépenses très importante pour le système de santé québécois.

Au Québec, les dépenses totales en médicaments s'élevaient à un peu moins de 10 milliards de dollars en 2017$_p$. Les médicaments d'ordonnance représentaient 88,7 % de ces sommes, soit 8,85 milliards de dollars. Quant aux médicaments non prescrits[25], les dépenses totales s'élevaient à 1,13 milliard de dollars, soit 11,3 % du total des dépenses en médicaments. Pour donner un ordre de grandeur, 10 milliards de dollars, c'est l'équivalent du budget annuel des commissions scolaires pour l'ensemble du Québec[26] !

Tableau 1
Répartition des dépenses en médicaments, Québec, 2017$_p$

Dépenses totales en médicaments d'ordonnance	Dépenses totales en médicaments non prescrits	Dépenses totales en médicaments
8,85 G$	1,13 G$	9,98 G$
88,7 %	11,3 %	100,0 %

Source : ICIS, tableaux G.5.1 et G.5.2, *Dépenses de santé,* 2017.

2.4 La filière du médicament : un réseau complexe d'acteurs

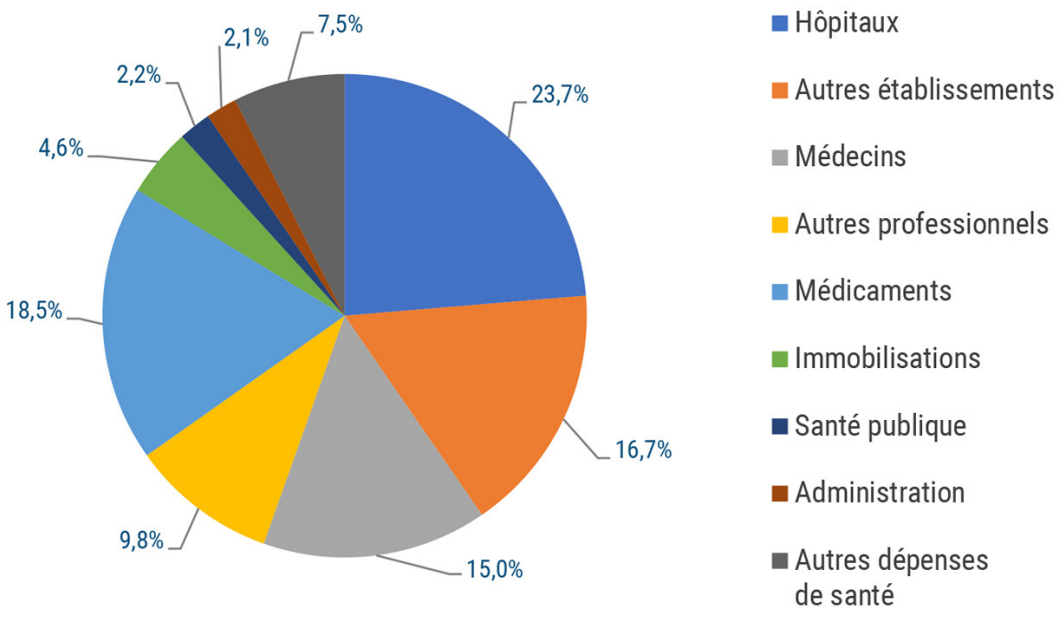
Au Québec, l'univers du médicament fait intervenir un très grand nombre d'acteurs. Il est régi par différents cadres législatifs, réglementaires et administratifs, lesquels sont partagés selon leurs champs de compétence respectifs entre

24 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), Tableau D.1.5.2, *Dépenses de santé,* 2017.

25 Cette catégorie comprend les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle.

26 QUÉBEC, *Budget des dépenses,* 2018-2019, mars 2018, p. 101.

Figure 3
Répartition des dépenses de santé par catégorie (2017$_p$)



(p) prévision
Source : ICIS, Tableau D.1.5.2, *Dépenses de santé,* 2017.

le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec. S'ajoutent aux organismes gouvernementaux les acteurs de toute la filière pharmaceutique (fabricants, grossistes et pharmacies), les professionnels de la santé et, bien sûr, les clients et les clientes… nous !

2.4.1 Le gouvernement fédéral : plusieurs organismes pour le médicament breveté

Le gouvernement fédéral est au cœur de la filière du médicament. C'est ce dernier qui, entre autres choses, encadre le développement des nouveaux médicaments, la propriété intellectuelle (notamment les brevets) et vérifie l'innocuité des médicaments. Cette responsabilité incombe au ministre de la Santé qui dispose de plusieurs organismes et d'un ministère pour réaliser sa mission : Santé Canada (le ministère), l'Agence de la santé publique du Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB).

La *Loi sur les brevets*, administrée par l'Office de la propriété intellectuelle du Canada (OPIC), autorise le gouvernement fédéral à réglementer les prix fixés par les fabricants de médicaments brevetés. Cette tâche est réalisée par le CEPMB qui impose un prix plafond que les fabricants ne pourront pas dépasser sans pénalités. En vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, Santé Canada vérifie l'innocuité des traitements pharmacologiques, leur mise en marché et la publicité qui s'y rattache (voir encadré).

2.4.2 Le gouvernement du Québec : responsable de l'ensemble du processus

Le gouvernement du Québec, par son ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a la vaste mission de gérer les soins de santé auprès de la population québécoise. Dans le domaine précis du médicament, il a pour responsabilité de définir la liste des médicaments qui seront remboursés dans le cadre de son régime général d'assurance médicaments (RGAM). À cet effet, il appuie ses décisions sur les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), qui a pour tâche d'évaluer l'efficacité et la valeur thérapeutique des médicaments brevetés et génériques ainsi que de leur rapport coût-efficacité.

Alors que le gouvernement fédéral détermine les prix des médicaments brevetés, le gouvernement du Québec, par le biais du ministre de la Santé, établit les prix des médicaments génériques remboursés dans le cadre du régime général d'assurance médicaments. Les médicaments doivent être préalablement approuvés par le ministère de la Santé et des

Fédéral : rôle des principaux organismes publics et du ministère

Santé Canada

Santé Canada exerce le mandat large de maintenir et d'améliorer la santé de la population canadienne. Parmi les différentes responsabilités qui lui incombent, il voit à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Il agit également comme bailleur de fonds, notamment dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). En vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, il réglemente et approuve l'utilisation de milliers de produits, dont les produits pharmaceutiques. Tous les médicaments, qu'ils soient brevetés ou génériques, sont soumis à son examen. Il autorise leur commercialisation en s'appuyant sur des évaluations concernant leur innocuité, leur efficacité et leur qualité avant qu'ils puissent être prescrits. Enfin, Santé Canada assure la surveillance des produits pharmaceutiques après leur mise en marché.

Site web : https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Cet organisme de réglementation et de production de rapports exerce son double mandat de manière autonome. Il a comme responsabilité première de s'assurer que les médicaments brevetés ne soient pas vendus au Canada à des prix excessifs. Afin d'évaluer si le prix proposé par le fabricant est juste, l'organisme utilise plusieurs critères de comparaisons, notamment : le prix de vente du médicament sur un marché donné; le prix de vente d'autres médicaments de la même catégorie thérapeutique sur un marché donné; le prix de vente du médicament et d'autres médicaments de la même catégorie thérapeutique dans sept pays de référence (États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, la Suisse, l'Italie et la Suède); les variations de l'indice des prix à la consommation (inflation). Selon le résultat de cette évaluation, il fixe un prix plafond. Le CEPMB ne contrôle que le prix de « sortie de l'usine » de tous les médicaments brevetés, nouveaux et existants, offerts sous ordonnance ou en vente libre. Cependant l'organisme n'a aucun pouvoir sur les prix de vente en gros ou au détail. Enfin, le CEPMB évalue aussi les nouveaux médicaments brevetés en fonction des avantages thérapeutiques qu'ils apportent en comparaison avec ceux qui existent déjà sur le marché.

Site web : http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/fr/accueil

Office de la propriété intellectuelle du Canada

L'Office est une agence fédérale qui administre et traite les demandes de propriété intellectuelle (marque de commerce, brevets, droits d'auteurs, dessins industriels, etc.). Un brevet est un document qui accorde un droit exclusif et protégé légalement de fabriquer, de vendre ou d'exploiter une invention pendant toute la durée d'existence du brevet, soit 20 ans à partir de la date du dépôt. Autrement dit, un brevet est un monopole temporaire.

Un fabricant qui obtient un brevet peut céder un droit d'utiliser son innovation ou de produire et de vendre un médicament à une autre personne dans le cadre d'un contrat en échange d'un montant d'argent. Il s'agit d'une licence. Les licences sont dites obligatoires lorsque l'État accorde à des entreprises l'autorisation d'utiliser les droits accordés par le brevet sans la permission du titulaire du brevet.

Site web : http://www.ic.gc.ca/eic/site/cipointernet-internetopic.nsf/fra/h_wr00001.html

Services sociaux (MSSS) avant d'être inscrits sur la liste des médicaments[27].

En 2007, au moment de la publication de la Politique du médicament, le gouvernement du Québec utilisait deux formules pour fixer le prix des médicaments génériques. La première consistait en un pourcentage du prix du médicament breveté dont le taux diminue selon le nombre de fabricants sur le marché. Deux balises existaient : 60 % du prix du médicament breveté pour la première version d'un médicament générique et 54 % lors de l'entrée sur le marché de nouveaux producteurs du même médicament générique. Cette règle a été abolie en 2015 lorsque le Québec a joint les rangs de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) qui négocie les prix des médicaments avec les fabricants au nom des gestionnaires des régimes publics[28].

La deuxième formule, toujours valide aujourd'hui, consiste à retenir le meilleur prix en vigueur dans les autres provinces canadiennes. Selon cette règle, le gouvernement du Québec rembourse le prix le plus bas accordé par un régime public ailleurs au Canada[29]. Cette dernière règle avait et a toujours préséance sur les pourcentages.

27 La liste des médicaments comporte plus de 8 000 médicaments disponibles sur ordonnance.

28 Autrefois connu sous le nom d'Alliance pancanadienne d'achat de médicaments, l'APP regroupe les régimes publics canadiens. Elle existe depuis 2010. Le Québec s'y est joint en 2015.

29 En vertu de l'article 4 du *Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments,* le prix « ne doit pas être supérieur à tout prix de vente consenti par le fabricant pour le même médicament en vertu des autres programmes provinciaux d'assurance de médicaments ».

Québec : rôle des principaux organismes publics

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Créé en 2011 en remplacement de deux organismes, soit le Conseil du médicament et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), l'INESSS a pour principal mandat de promouvoir l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il évalue, entre autres, la valeur thérapeutique et les coûts des technologies médicales et des médicaments et émet des recommandations auprès du gouvernement sur la pertinence ou non de les préférer à un autre traitement pharmacologique, de les inscrire sur la liste des médicaments remboursés.

Site web : https://www.inesss.qc.ca

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Créée en 1969, la Régie est l'organisme du ministère de la Santé et des Services sociaux qui administre le régime public d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments (RPAM). Outre ces grands régimes, elle gère aussi plus d'une quarantaine de programmes touchant, par exemple, les aides auditives et visuelles, la contribution financière des adultes hébergés dans un établissement de santé ou encore le remboursement des frais médicaux engagés par les Québécois et Québécoises à l'extérieur du Québec. Concrètement, la RAMQ rémunère les professionnels de la santé, gère l'admissibilité des personnes aux différents programmes notamment à l'assurance médicaments et informe la population.

Site web : http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/Pages/accueil.aspx

Le gouvernement du Québec tient aussi un registre des fabricants et des grossistes reconnus avec lesquels les groupes d'achats[30] négocient pour l'obtention des médicaments pour les établissements de santé. Il régit notamment les activités des grossistes en fixant leur marge bénéficiaire et négocie les honoraires des pharmaciens et des pharmaciennes pour le régime public d'assurance médicaments. Il adopte les lois encadrant les activités des professionnels et des professionnelles de la santé qui prescrivent et utilisent les médicaments. Enfin, les ministères des Finances et de l'Économie, de la Science et de l'Innovation soutiennent, grâce à plusieurs crédits d'impôts et autres programmes de financement, les activités du secteur pharmaceutique.

En somme, les deux paliers de gouvernements encadrent, selon leurs champs de compétence respectifs, l'ensemble de la filière du médicament, soit l'industrie pharmaceutique (les compagnies pharmaceutiques et les entreprises de R-D), les distributeurs en gros du médicament (les grossistes, les intermédiaires, les chaînes de pharmacies et les groupes d'achats) et la distribution au détail (les pharmacies et les magasins de détail). Interviennent dans ce processus les professionnels et des professionnelles de la santé, qui sont autorisés à prescrire des médicaments et qui informent et soutiennent leurs patientes et leurs patients à cet égard.

Enfin, le tableau ne serait pas complet sans souligner la participation des tiers-payeurs, c'est-à-dire la Régie de l'assurance maladie du Québec (qui gère le régime public d'assurance médicaments, le RPAM), de même que les régimes d'assurances sociales comme la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), qui couvrent, en tout ou en partie, les coûts des médicaments d'ordonnance.

2.4.3 Les prescripteurs autorisés : une poignée de professionnels et professionnelles

Les professionnels et les professionnelles qui sont autorisés à prescrire des médicaments sont principalement les médecins (omnipraticiens et spécialistes). Outre ces derniers, certains membres de différents ordres professionnels détiennent aussi le droit de prescrire. On y retrouve entre autres les dentistes, les infirmières et les infirmiers désignés, les optométristes, les pharmaciens et les pharmaciennes, les podiatres et les sages-femmes. Ces personnes ne peuvent toutefois administrer et prescrire que certaines classes de médicaments spécifiques. Selon leurs spécialités, ces personnes habilitées à prescrire sont toutes assujetties à des lois professionnelles dont l'application relève de leurs ordres professionnels respectifs.

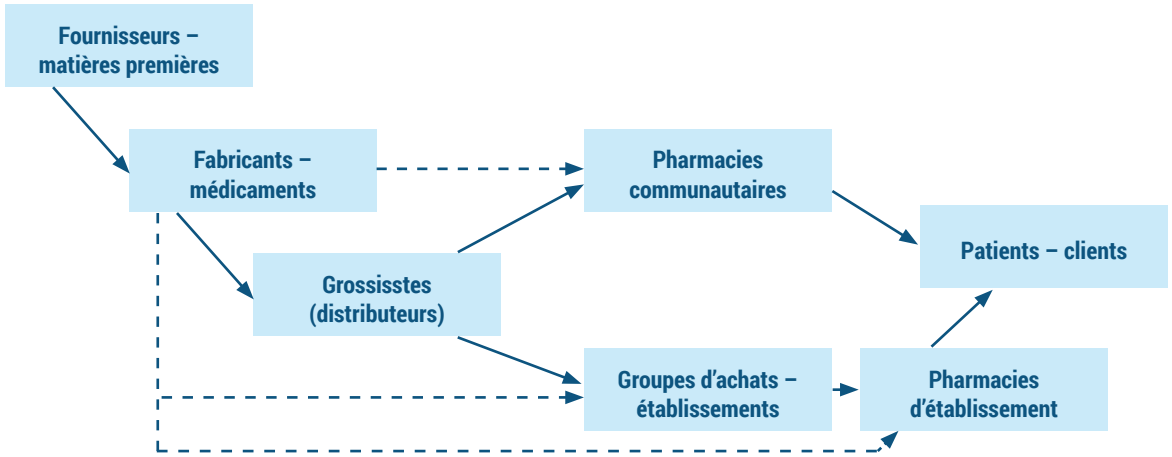
2.4.4 Les pharmacies : majoritairement des entreprises à but lucratif

Les pharmacies sont les distributeurs ultimes dans la chaîne d'approvisionnement du médicament. Il existe deux grands types de pharmacies : les pharmacies en milieu communautaire (ou locales) et les pharmacies d'établissement de santé. Au Québec, seuls les pharmaciens et les pharmaciennes peuvent être propriétaires d'une pharmacie[31]. En septembre 2018, le Québec comptait près de 1890 pharmacies communautaires. La majorité est affiliée soit à une chaîne, une

30 Les groupes d'achats sont des organismes publics qui ont été créés pour octroyer des contrats à des grossistes afin d'obtenir des prix uniformes pour tous les établissements de santé et assurer la fluidité des approvisionnements.

31 Québec, *Loi sur la pharmacie,* chapitre P-10, article 27.

Figure 4
Approvisionnement en médicaments



Tiret plein : lien prépondérant // Tiret discontinu : lien minime
Source : Commissaire à la santé et au bien-être, *Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec,* 2014, p. 113.

franchise, une bannière[32] ou un grand magasin. Les pharmacies indépendantes sont plutôt rares. Contrairement à la perception répandue dans la population, une forte majorité de pharmaciens et de pharmaciennes du Québec sont salariés. Ils travaillent principalement au sein du réseau public de la santé, par exemple, dans les centres hospitaliers ou dans les pharmacies communautaires.

En règle générale, les pharmacies communautaires s'approvisionnent auprès des grossistes et, plus rarement, directement auprès du fabricant pharmaceutique (seulement 9 % de la totalité de la distribution au Québec[33]). Cette façon de procéder permet au pharmacien de mieux gérer ses stocks, les rappels et les retours de médicaments et lui donne accès à une diversité de produits. Les pharmacies d'hôpitaux se procurent leurs médicaments par l'intermédiaire de groupes d'achats qui négocient et octroient des contrats publics auprès des grossistes, assurant ainsi un approvisionnement constant et à meilleurs coûts.

Une pharmacie communautaire est une entreprise dont l'équipe (personnel salarié, pharmaciens et pharmaciennes) travaille pour fournir des biens ou des services à des clients et des clientes. On y retrouve souvent une panoplie de produits cosmétiques, d'alimentation, d'accessoires pour bébés, de papeterie, de produits de consommation courante, etc., qui sont toutes des sources de revenus complémentaires pour le pharmacien ou la pharmacienne. En règle générale, les ventes d'une pharmacie sont composées à 70 % des ventes de médicaments d'ordonnance, 10 % des médicaments en vente libre et 20 % des autres produits de la partie commerciale[34]. En somme, c'est un commerce à but lucratif qui doit, pour être rentable, générer suffisamment de revenus pour couvrir ses frais d'exploitation et dégager des profits. Autrement dit, un pharmacien et une pharmacienne propriétaire est un entrepreneur.

Les honoraires versés par prescription diffèrent selon le type de couverture du patient. Lorsque le patient est couvert par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), le gouvernement du Québec négocie les honoraires avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)[35]. Aujourd'hui, le RPAM verse environ 9 $ à titre d'honoraires pour une nouvelle ordonnance ou un renouvellement. Les pharmaciens et les pharmaciennes sont dans l'obligation de respecter ce tarif. Pour toutes les autres personnes couvertes par des régimes privés, ce sont les règles du libre marché qui s'appliquent. En effet, les honoraires ne sont pas réglementés et les pharmaciens et les pharmaciennes sont libres de les établir à leur guise. Le montant de leurs honoraires se fonde

32 La différence entre chaque type s'explique par le degré d'autonomie dont dispose le pharmacien à l'égard de certaines activités (ex. : commercialisation, marchandisage, achats, marketing, etc.).

33 Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, *op. cit.* p. 112.

34 Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), *À la recherche de stratégies négociées, porteuses et durables pour le Régime général d'assurance médicaments, mémoire présenté à la Commission des finances publiques dans le cadre des consultations sur le projet de loi n° 28,* janvier 2015, p. 10.

35 Les principes à la base de la négociation entre le ministère de la Santé et les professionnels de la santé se trouvent dans la *Loi sur l'assurance maladie* (article 19).

alors sur leurs frais de gestion (par exemple, les salaires versés à leur personnel, le montant du loyer de leur établissement, les pertes et les coûts liés à la gestion des stocks, etc.) et la marge bénéficiaire souhaitée.

Les allocations professionnelles, communément appelées ristournes, sont des montants versés par les compagnies de médicaments génériques aux pharmaciens et aux pharmaciennes. Ces sommes représentent les rabais octroyés par les fabricants de médicaments génériques aux pharmaciens et aux pharmaciennes pour qui achètent leurs produits. Leur utilisation est fortement encadrée par le gouvernement du Québec. Les allocations professionnelles ne doivent pas dépasser 15 % de la valeur totale des ventes de médicaments génériques inscrits sur la liste de médicaments de la RAMQ. Ces sommes doivent être utilisées à des fins bien précises tels la rémunération du personnel, le financement d'activités de formation continue, l'amélioration des services destinés au grand public ou l'achat de certains équipements utilisés en pharmacie. Les pharmaciens et les pharmaciennes sont tenus de présenter un rapport annuel à la RAMQ à cet effet.

CHAPITRE 3 – LE RÉGIME HYBRIDE PUBLIC – PRIVÉ : DANS L'IMPASSE

Après vingt ans d'existence, force est de constater que le régime québécois d'assurance médicaments fait piètre figure du point de vue des coûts, de l'équité et de l'accessibilité. Tous ces facteurs créent un fardeau financier impossible à gérer pour les familles, les assureurs et le régime public d'assurance médicaments.

3.1 Un constat : le Québec dépense beaucoup trop pour ses médicaments

On le sait, la part de tous les médicaments dans le total des dépenses de santé est en croissance constante, passant de 15,1 % en 1997 à 18,5 % en 2017_p[36]. En 2017, ces sommes privées et publiques strictement allouées aux médicaments (ordonnance et vente libre) représentaient 9,98 milliards de dollars au Québec.

Les dépenses en médicaments d'ordonnance (8,85 milliards de dollars) sont réparties relativement également entre le secteur privé (assureurs et dépenses personnelles) avec 4,86 milliards de dollars et un peu moins de 3,99 milliards de dollars pour le secteur public (qui inclut les régimes publics du Québec et du fédéral, la CNESST et les cotisations au RPAM).

Dans l'historique des dépenses entre le secteur public et le secteur privé, on remarque que les coûts ont commencé à croître de façon plus importante pour le secteur privé à partir de 2009 (voir graphique). Est-ce une hausse marquée des primes d'assurances privées ? Ou une augmentation sensible des honoraires des pharmaciens et des pharmaciennes ? Ou est-ce l'arrivée de nouveaux médicaments très coûteux ? Malheureusement, aucun facteur clair ne se démarque pour expliquer ce bond dans les dépenses du secteur privé.

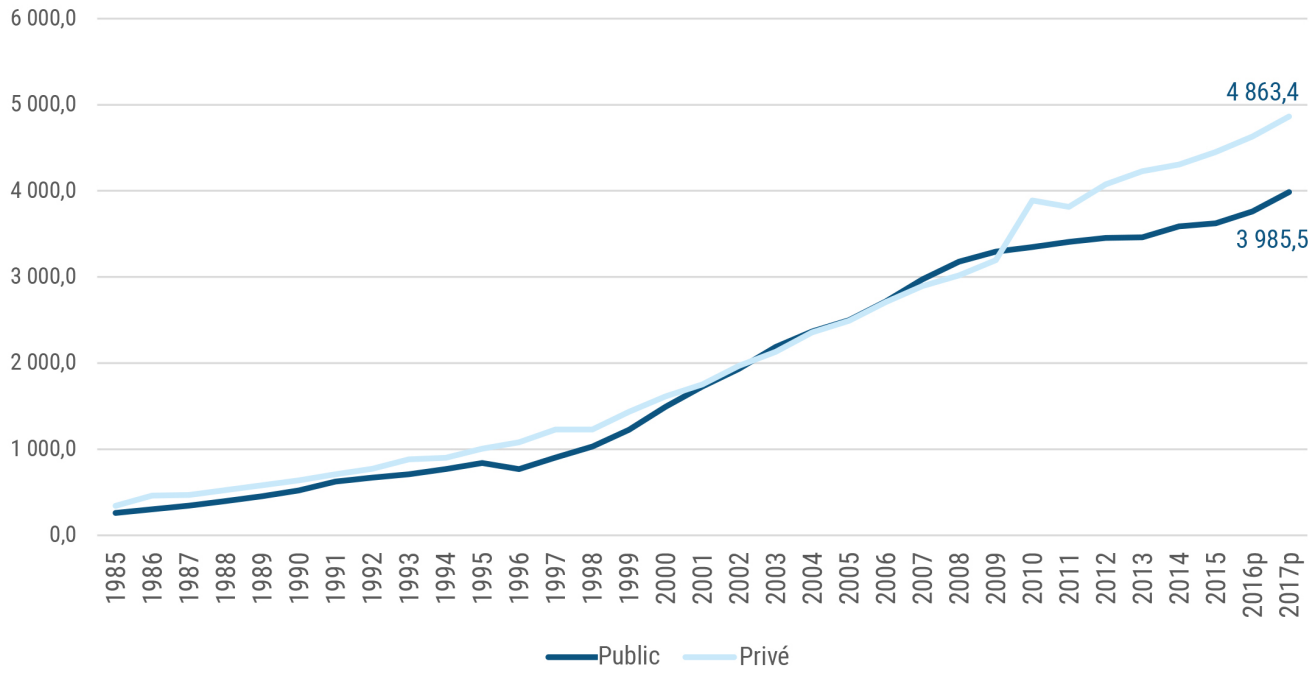
Sur une base par habitant, les dépenses totales en médicaments (ordonnance et vente libre) au cours de l'année 2017_p se sont élevées à 1 189,99 $ au Québec, soit une hausse de 4,3 % comparativement à l'année précédente. Pour les médicaments d'ordonnance seulement, les dépenses étaient de 1 055,60 $ par habitant.

Lorsqu'on compare le Québec aux autres provinces canadiennes, on constate que seuls les citoyens et les citoyennes du Nouveau-Brunswick déboursaient une somme supérieure à celle du Québec, soit 1 071,44 $ chacun en moyenne. Selon une étude canadienne, l'écart entre le Québec et le reste du Canada s'expliquerait par un plus grand nombre d'ordon-

36 ICIS, tableau D.1.5.2, *Dépenses de santé,* 2017.

Figure 5

Dépenses en médicaments prescrits entre secteur public et secteur privé (1985-2017_p), Québec (en millions de dollars)



Source : ICIS, tableau G.5.1, *Dépenses de santé,* 2017.

Tableau 2

Dépenses totales en médicaments d'ordonnance par habitant, par province, en dollars, 2017$_p$

Province	Dépenses totales en médicaments prescrits ($)
Nouveau-Brunswick	1 071,44
Québec	1 055,60
Nouvelle-Écosse	995,39
Ontario	972,99
Terre-Neuve-et-Labrador	918,99
Alberta	879,20
Saskatchewan	819,14
Île-du-Prince-Édouard	796,47
Manitoba	720,92
Colombie-Britannique	657,22

Source : ICIS, tableau G., *Dépenses de santé*, 2017.

nances (effet de volume), le choix par les prescripteurs de thérapies pharmaceutiques coûteuses, les prix élevés des médicaments, un usage plus faible par la population de médicaments génériques et l'application de la règle des 15 ans[37-38].

Une comparaison internationale donne la pleine mesure de l'ampleur des dépenses en médicaments du Québec avec les principaux pays industrialisés. En 2014[39], les dépenses totales pour les médicaments d'ordonnance et en vente libre étaient de 1 087 $ par personne au Québec. Dans le reste du Canada, la dépense s'élevait à 912 $ alors que la médiane pour l'ensemble des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) était de 603 $, soit

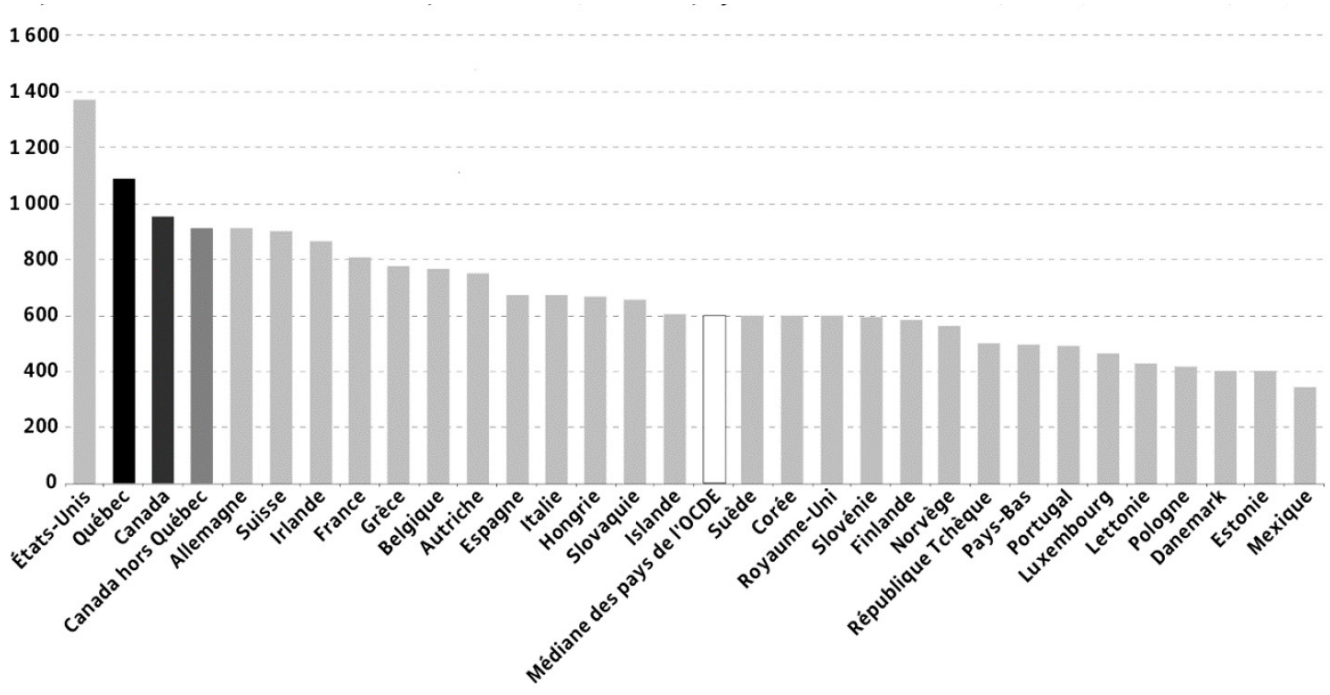
37 Steve G. Morgan et Kate Smolina, « The Drivers of Overspending on Prescription Drugs in Quebec », *Healthcare Policy,* Vol.10, n° 2, 2014, p. 25.

38 Règle par laquelle le gouvernement s'engageait à rembourser pendant 15 ans le prix d'un médicament breveté même si une version générique existait sur le marché. Elle a été abolie en 2013.

39 Dernière année où l'on dispose de données qui se comparent entre les pays.

Figure 6

Dépenses totales en médicaments par habitant, tous les pays déclarants de l'OCDE, 2014 ($ canadiens, PPA)



Source : IRIS, *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ?,* décembre 2017, p. 5.

45 % de moins qu'au Québec[40]. Seuls les États-Unis, le cancre des cancres de l'inefficience et des coûts élevés, font pire que le Québec !

Certains pourraient avancer que la hausse constatée des dépenses est uniquement attribuable à une augmentation de la consommation qui s'expliquerait par un usage accru des médicaments. Or, cela ne semble pas être le cas. Une analyse des dépenses de médicaments de 10 pays industrialisés montre que les dépenses élevées proviennent davantage des prix élevés et des choix de traitements médicamenteux plus coûteux que d'une grande consommation[41]. Rien ne permet de croire que le Canada aurait des comportements de consommation significativement différents de ces pays. Bref, la hausse vertigineuse du prix des médicaments et l'introduction de nouveaux médicaments très onéreux seraient à la source des dépenses élevées en médicaments d'ordonnance.

40 INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (IRIS), *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ?,* décembre 2017, p. 5.

41 Steven G. MORGAN *et al., Drivers of Expenditure on Primary Care Prescription Drugs in 10 High-Income Countries with Universal Health Coverage,* CMAJ, 12 juin 2017, vol. 189, n°23, p. E794 à E799.

3.2 Médicaments d'ordonnance : prix trop élevés

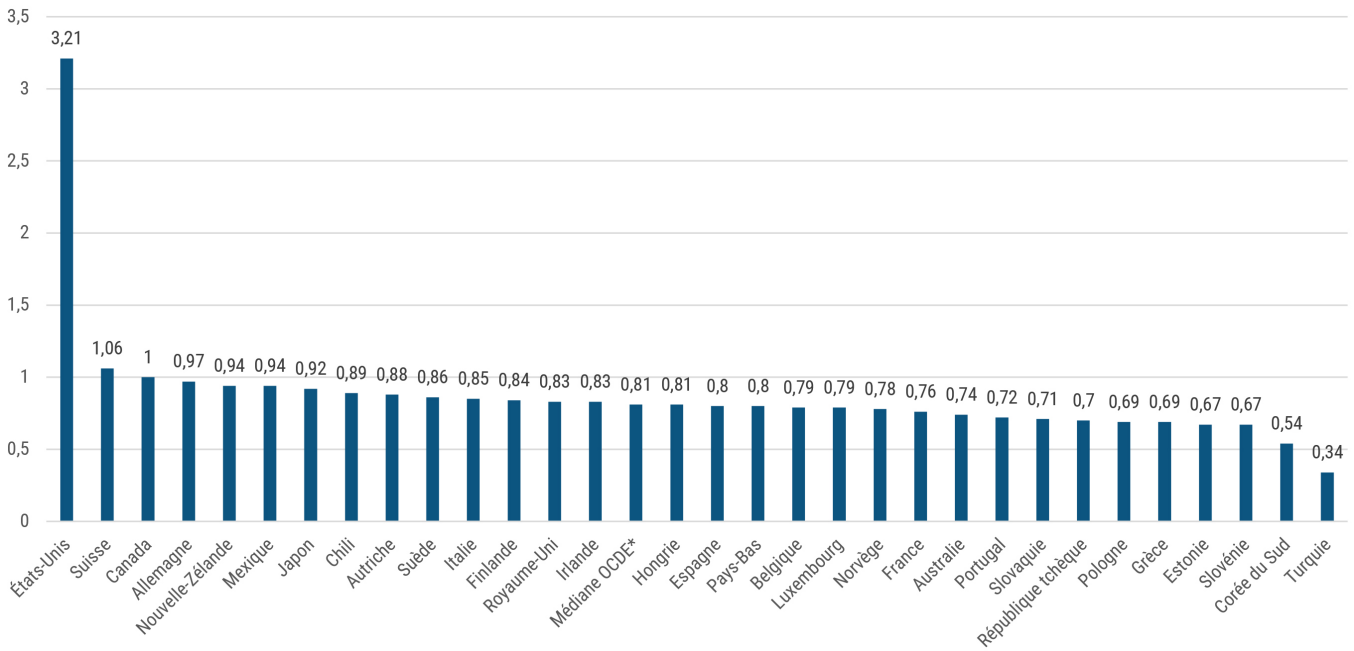
Lors de la mise en œuvre du régime général d'assurance médicaments en 1997, le médicament le plus cher coûtait 17 000 $ par an. Vingt ans plus tard, les prix de certains nouveaux médicaments peuvent atteindre plus d'un million de dollars par année ! Les médicaments dits de spécialité[42], utilisés pour le traitement de maladies chroniques ou complexes - dont font partie les médicaments biologiques - ont contribué à l'explosion des coûts. Selon le CEPMB, les médicaments brevetés dont le prix est de plus de 10 000 $ par année représentaient 7,6 % des ventes de ces médicaments au Canada en 2006 comparativement à 41,6 % aujourd'hui[43]. En outre, ces médicaments onéreux ne permettent de traiter que moins d'un pour cent de la population du Canada. Comme l'industrie réoriente ses activités vers de tels médicaments qui traitent des maladies rares, la situation n'ira pas en s'améliorant. L'accroissement marqué des dépenses des

42 Dont le coût annuel s'élève à plus de 10 000 $ par année. Source : TELUS SANTÉ, *Rapport annuel,* p. 5.

43 CEPMB, *rapport annuel 2017,* juillet 2018, p. 31.

Figure 7

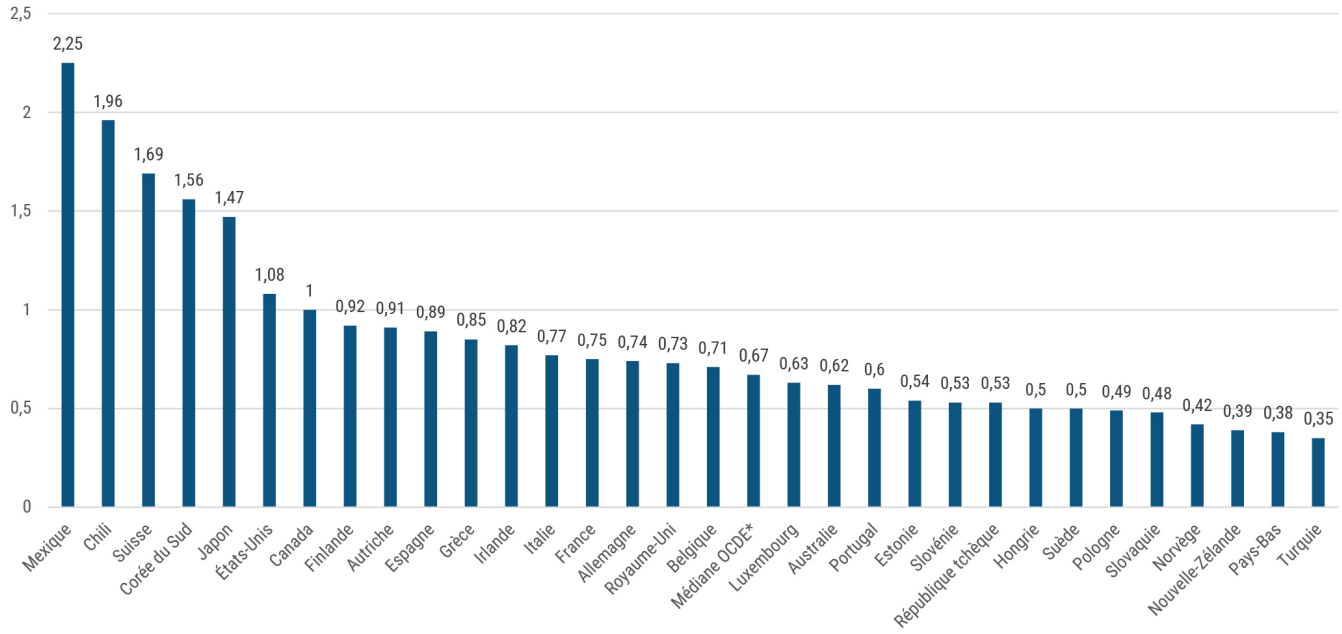
Ratios moyens des prix pratiqués dans les pays étrangers par rapport aux prix pratiqués au Canada, médicaments brevetés, OCDE, 2017



Source : CEPMB, *Rapport annuel 2017,* juillet 2018, p. 42.

Figure 8

Ratios des prix pratiqués dans les pays de comparaison par rapport aux prix pratiqués au Canada des médicaments génériques non brevetés, OCDE, T4-2016



Source : CEPMB, *Rapport annuel 2017,* juillet 2018, p. 42.

médicaments de spécialité est préoccupant pour la pérennité des régimes d'assurance médicaments, public et privés.

En général, les prix des médicaments d'ordonnance sont trop élevés au Canada. De l'aveu même du CEPMB, le prix médian des médicaments brevetés des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) est 19 % inférieur au prix pratiqué au Canada, ce qui le classe au troisième rang des prix les plus élevés (voir figure 7). La politique de prix élevés pratiquée par les gouvernements pour prétendument stimuler la recherche et le développement du secteur pharmaceutique contribue à maintenir le pays au sommet du palmarès des dépenses générales en matière de médicaments.

Bien que les prix pour les médicaments génériques ne s'inscrivent pas dans un tel registre, il demeure qu'ils sont plus chers au Canada que dans bon nombre d'autres pays de l'OCDE, et ce, malgré la mise en œuvre par les gouvernements de mesures (négociations avec l'industrie, tarification dégressive, etc.) qui ont beaucoup réduit leurs prix au cours des dernières années. Selon le dernier rapport du CEPMB, le Canada occupait le septième rang des pays de l'OCDE où les prix des médicaments génériques sont les plus élevés. Les prix médians des médicaments génériques des sept pays comparatifs[44] étaient de 30 % inférieurs à ceux du Canada[45]. Avec des dépenses de 165 $ par habitant, le Canada se situe au deuxième rang des pays de l'OCDE[46]. Les hauts prix pratiqués au Canada et au Québec ont un impact négatif sur l'accessibilité aux médicaments et à la viabilité des régimes d'assurance médicaments.

3.3 Défaillances dans les mécanismes de détermination des prix

3.3.1 Les médicaments brevetés

Force est de constater que le CEPMB, organisme devant s'assurer que les prix des médicaments brevetés ne soient pas excessifs, remplit mal son rôle. Plusieurs grandes raisons expliquent les défaillances du mécanisme de fixation des prix des médicaments brevetés[47]. Comme mentionné précédem-

44 Soit la France, l'Allemagne, l'Italie, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis.

45 CEPMB, *Génériques360 – Médicaments génériques au Canada,* 2016, p. ii, [En ligne] [www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1347&lang=fr#exec] (consultée le 17 octobre 2018).

46 *Ibid.,* p. 9.

47 Marc-André Gagnon, *Propositions quant à la modernisation réglementaire du conseil d'examen des prix des médicaments; Comment trouver l'équilibre nécessaire contre les prix excessifs dans un secteur pharmaceutique en mutation,* octobre 2016, 9 p.

ment, le mécanisme s'appuie sur une comparaison internationale à partir des prix « officiels » des médicaments dans les autres pays. Un des problèmes de ce mécanisme est que les prix des médicaments des sept pays étrangers concernés sont parmi les plus élevés au monde. Qui plus est, la comparaison s'effectue à partir des prix « officiels », ce qui ne prend pas en compte les rabais confidentiels consentis par les fabricants aux gouvernements. En conséquence, l'information de base sur laquelle s'appuie la comparaison se fonde sur des prix biaisés au départ.

Deuxièmement, les nouveaux plans d'affaires qu'ont adoptés les compagnies pharmaceutiques rendent le mécanisme de comparaison internationale caduc. Alors que, pendant plusieurs années, les fabricants de médicaments brevetés misaient sur des produits vedettes s'adressant à un grand nombre de consommateurs et de consommatrices à des prix relativement abordables, les médicaments introduits au cours des dernières années ciblent des petits groupes aux conditions de santé très spécifiques, et sont lancés sur le marché à des prix abusifs. Or, le processus d'évaluation du prix réalisé par le CEPMB est le prix suggéré par le fabricant. De plus en plus, il s'agit d'un prix démesuré, conçu pour satisfaire en premier lieu les actionnaires, ce qui ne reflète ni le coût de production ni les coûts de la recherche.

3.3.2 Les médicaments génériques

Quant au mécanisme de détermination des médicaments génériques, soit un pourcentage du prix du médicament breveté, il ne permet pas d'avoir les meilleurs prix possible. Dans un premier temps, on note que cette méthode est discutable, car le prix fixé ne reflète en rien les coûts de production. Dans la réalité, ces coûts ne représentent qu'une toute petite fraction du prix fixé; l'écart entre les coûts de production et le prix constitue donc des gains formidables pour le fabricant. Aussi, comme le gouvernement du Québec applique une tarification dégressive, c'est-à-dire que le taux diminue en fonction du nombre de fabricants présents, l'arrivée d'un nouveau concurrent sur le marché entraîne des prix plus bas. Bien que cette approche semble, de prime abord, profitable pour le gouvernement, dans les faits, elle n'encourage pas l'arrivée de nouveaux fabricants de médicaments génériques, ce qui ne stimule ni la concurrence ni de meilleurs prix.

Afin de réduire la pression exercée par les prix élevés des médicaments d'ordonnance sur les régimes d'assurance médicaments publics, le Québec a rejoint les rangs de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), laquelle négocie les prix des médicaments avec les fabricants au nom des gestionnaires de ces régimes publics. Cette approche permet de mettre en commun les pouvoirs d'achat des membres de l'Alliance en vue d'obtenir des prix plus bas que ceux consentis par l'industrie actuellement. Les efforts de l'APP ont eu un succès certain. La dernière entente négociée avec l'Association canadienne du médicament générique (ACMG), en 2018, indique que le prix de 70 médicaments les plus fréquemment prescrits au Canada sera fixé à 10 % ou à 18 % de leur équivalent breveté ce qui représente, selon le médicament, des réductions de 25 % à 40 %[48]. Pour les autres médi-

48 APP, *Déclaration commune de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et de l'Association canadienne du médicament générique,* 29 janvier 2018, communiqué de presse, [En ligne] [www.newswire.ca/fr/news-releases/declaration-commune-de-lalliance-pancanadienne-pharmaceutique-et-de-lassociation-canadienne-du-medicament-generique-671650984.html] (consulté le 17 octobre 2018).

Le prix du Sovaldi : indécent !

Le cas du Sovaldi, médicament de marque pour guérir l'hépatite C, est une illustration éclatante d'une stratégie commerciale visant le profit maximal. L'histoire débute avec Pharmasset, qui a développé un médicament très prometteur, le sofosbuvir (nom de la molécule). En 2009, la valeur boursière de Pharmasset était de 9 dollars l'action. En 2011, le fabricant Gilead a racheté Pharmasset au prix de 139 dollars l'action, soit une transaction de 11 milliards de dollars[1]. Les analystes constatent que pour assurer la rentabilité de l'opération, les ventes de Sovaldi doivent générer annuellement plus de 4 milliards de dollars de chiffre d'affaires. En 2014, ce médicament a donc été mis sur le marché aux États-Unis au prix astronomique de 1 000 dollars par jour. Ce prix déraisonnable est le reflet de spéculations boursières et non des investissements en R-D réalisés par l'entreprise. Alors que l'entreprise prétend que les prix élevés sont nécessaires pour stimuler la R-D, elle a consacré tous ses profits de l'année 2016 pour le versement de dividendes et le rachat d'actions[2].

Pendant des années, le gouvernement du Québec a limité l'accès à ce médicament aux personnes les plus malades à cause du coût du traitement (environ 60 000 $ en 2016[3]). De tels prix rendent impossible l'accès au traitement pour les populations de nombreux pays.

1 La Revue Prescrire, *Oser refuser un prix exorbitant pour Sovaldi !* octobre 2014, tome 34 n° 372, p. 765.

2 Michael Hiltzik, « Gilead says drug profits must stay high to pay for 'innovation', but 100 % of its profits went to shareholders », *Los Angeles Times,* 23 octobre 2017, [En ligne] [latimes.com/business/hiltzik/la-fi-hiltzik-gilead-profits-20171023-story.html] (consultée le 17 octobre 2018).

3 Alison D. Marshall, *et al.*, *A review of restrictions of reimbursement of direct-acting antiviral treatment for hepatitis C virus infection in Canada: a descriptive study »,* CMAJOpen, 14 octobre 2016, p. E605 à E614.

caments, le taux est de 85 % du prix du médicament breveté lorsqu'il y a un seul fabricant présent sur le marché, de 50 % s'il y en a deux et de 25 % lorsqu'il y en a plusieurs. En contrepartie, les gouvernements participant à l'Alliance s'engagent à ne pas procéder à des appels d'offres pour une période de cinq ans.

L'Assemblée nationale du Québec s'est dotée, en juin 2016, d'une loi visant à réduire le coût de certains médicaments génériques couverts par le régime général d'assurance médicaments[49]. En vertu de cette loi, le gouvernement s'autorisait à procéder par appels d'offres. Grâce à cette pratique, le ministère pourrait retenir l'offre du plus bas soumissionnaire pour les médicaments génériques d'ordonnance. Les résultats obtenus ailleurs dans le monde révèlent que les appels d'offres permettent d'obtenir de meilleurs prix pour les médicaments génériques. Toutefois, ce processus est fortement décrié par plusieurs acteurs de l'industrie pharmaceutique, qui allèguent des risques de pénuries et de ruptures d'approvisionnement, un désintérêt des grands fabricants de génériques, la perte des allocations professionnelles et des pertes d'emplois. À ce jour, le ministre de la Santé n'a utilisé l'appel d'offres qu'à titre de levier de négociation avec l'industrie pour conclure une entente censée donner lieu à une réduction intéressante du prix de certains médicaments génériques. Néanmoins, le ministre a reconnu que l'entente n'offrait pas nécessairement le meilleur prix, mais que l'utilisation d'un appel d'offres aurait pu susciter des pertes d'emplois.

3.3.3 Les ententes confidentielles

De plus en plus, les gouvernements négocient des ententes secrètes avec les fabricants pour obtenir des rabais sur le prix des médicaments brevetés. Au Canada, de telles ententes ont fait leur apparition en 2006[50]. Les entreprises pharmaceutiques utilisent cette stratégie pour consolider leur rapport de force face aux gouvernements. Puisque les prix des médicaments brevetés sont la plupart du temps établis en fonction des prix officiels dans les autres pays, elles ont tout intérêt à ce que ceux-ci demeurent élevés. En outre, elles utilisent la stratégie de « diviser pour mieux régner » en négociant séparément avec chaque gouvernement[51]. Cela est bien plus profitable que d'opter pour une approche transparente.

Par le biais d'une disposition du projet de loi nº 28[52], le ministre de la Santé peut désormais conclure des ententes d'inscription des médicaments avec des fabricants de médicaments. Ces ententes ont pour objectif l'obtention de meilleurs prix pour l'achat de médicaments brevetés. Comme ces ententes sont confidentielles, la seule information disponible est la somme globale annuelle provenant des fabricants en applications des ententes d'inscription[53]. Malheureusement, cette forme de négociation n'a aucun impact sur le prix « officiel » inscrit sur la liste de la RAMQ. Ces ententes permettent certes au gouvernement de contrôler son enveloppe budgétaire globale pour son propre régime d'assurance médicaments. Cependant, les assureurs privés doivent continuer à rembourser le prix inscrit sur la liste de la RAMQ et non le prix réduit négocié par le gouvernement.

Ces processus manquent totalement de transparence. Il serait évidemment souhaitable que ces négociations se soldent par une baisse du prix réel de vente des médicaments sur ordonnance pour tous et toutes.

3.4 Des freins à l'accessibilité aux médicaments

Au Québec, de nombreuses personnes paient pour leurs médicaments et ces sommes peuvent être considérables. Que ce soit pour les régimes privés ou le régime public, les personnes couvertes peuvent avoir à débourser plus de 1 000 $ par année (excluant les primes), ce qui représente une charge énorme pour les travailleurs et les travailleuses à bas salaire et les personnes moins bien nanties.

Dans le régime public, les médicaments sont offerts gratuitement pour plusieurs groupes, notamment les personnes âgées recevant la quasi-totalité du Supplément de revenu garanti[54], les prestataires d'aide financière de dernier recours (aide sociale et solidarité sociale) et les personnes à charge (ex. : enfants de moins de 18 ans). Toutefois, pour les autres

49 QUÉBEC, *Projet de loi nº 81, 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'offres,* sanctionné le 10 juin 2016.

50 Steven G. MORGAN *et al.*, « Canadian policy makers' views on pharmaceutical reimbursement contracts involving confidential discounts from drug manufacturers », *Health Policy,* nº 112, 2013, p. 248-254.

51 *Ibid.,* p. 251.

52 QUÉBEC, *Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016,* sanctionnée avril 2016.

53 Cinquante ententes concernant 20 fabricants et 59 produits étaient en vigueur au 31 mars 2017. La somme s'élevait à 121,8 millions de dollars. Source : RAMQ, *Rapport annuel 2016-2017,* p. 111.

54 La contribution maximale mensuelle est de 90,58 $ et de 53,16 $ pour les personnes de 65 ans et plus recevant entre 94 % et 100 % du supplément de revenu garanti.

Des hausses continues des paramètres du RGAM

Figure 9
Coassurance

La **coassurance**, c'est-à-dire le pourcentage des coûts assumés par la personne après avoir payé la franchise, a augmenté de façon importante au fil des ans. Elle était de 25 % en 1997 comparativement à 34,9 % en 2018-2019.

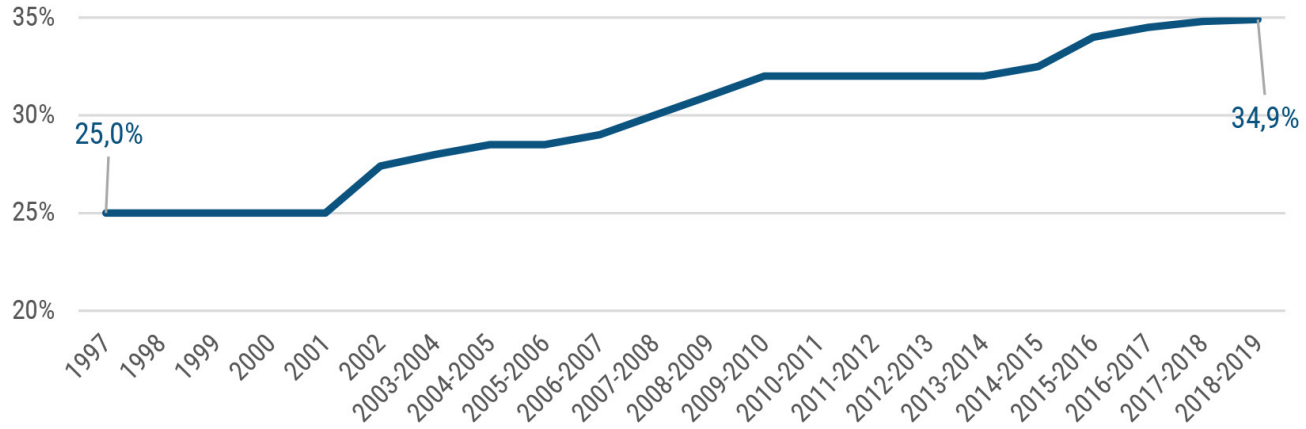
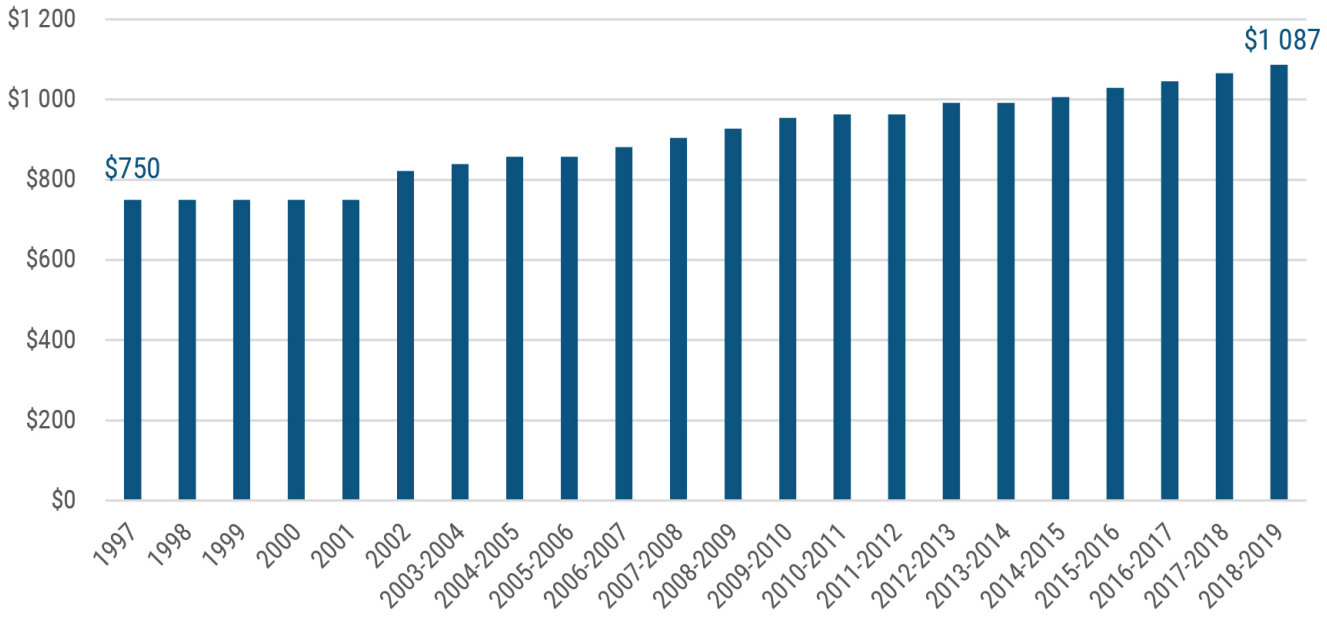


Figure 10
Contribution maximale annuelle

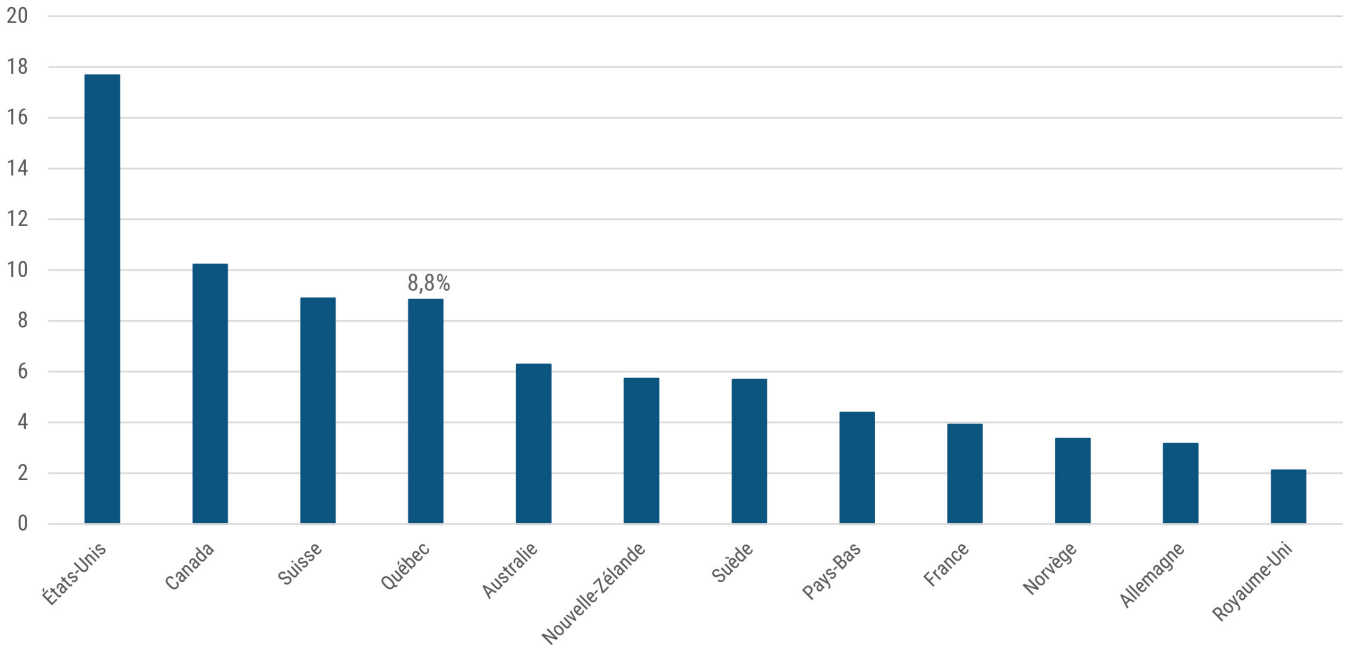
La **contribution maximale annuelle**, c'est-à-dire le maximum d'argent pouvant être consacré par un citoyen ou une citoyenne à ses médicaments, est quant à elle passée de 750 $ en 1997 à 1087 $ pour 2018-2019.



Sources : RAMQ, rapports annuels et infolettres; QUÉBEC, *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives,* RLRQ, chapitre C-32, 1996.
La discontinuité dans les années s'explique par une modification de la Loi sur l'assurance médicaments en 2002 afin que les primes soient ajustées le 1er juillet de chaque année.

Figure 11

Pourcentage de la population (18 ans +) n'ayant pas rempli au moins une ordonnance pour des raisons financières en 2016 (%)



Source : ICIS, *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'autres dans 11 pays*, Question 15, 2016.

personnes, comme les travailleuses et les travailleurs rémunérés au salaire minimum non couverts dans leur milieu de travail, le paiement d'une franchise mensuelle et d'une coassurance peut s'avérer un frein à l'achat des médicaments nécessaires à leurs conditions de santé. Même un montant aussi minime que 2 $ par ordonnance peut empêcher des personnes ayant un revenu relativement faible de même que des personnes un peu mieux nanties de se procurer les médicaments dont elles ont besoin[55].

Quant au secteur privé, rares sont les régimes qui remboursent 100 % du prix des médicaments. La plupart paient 80 %, certains seulement 65 %. Pour certaines personnes nanties, 20 % du coût peuvent s'avérer être une somme minime à acquitter. Mais dans les cas où la personne souffre d'une maladie chronique dont le traitement requiert un médicament biologique, par exemple, la facture annuelle peut être salée et représenter une part déraisonnable de ses revenus disponibles. La seule obligation qu'ont les employeurs est d'établir une contribution maximale annuelle et une coassurance ne dépassant pas celle du régime public. Contrairement au régime public qui prévoit une contribution maximale mensuelle qui protège les adhérents et les adhérentes d'une dépense anormalement élevée, il n'existe pas de plafond mensuel dans les régimes privés.

Plusieurs Québécois et Québécoises mettent, en effet, leur santé en péril parce qu'ils n'ont pas les moyens de se payer les médicaments dont ils ont besoin. Par exemple, l'abolition de la gratuité pour certains groupes vulnérables lors de l'instauration du régime hybride en 1997 a mené à une diminution de leur consommation et à une hausse de plusieurs effets négatifs comme des hospitalisations ou des visites à l'urgence. En 2016, 8,8 % des adultes n'ont pas rempli une ordonnance du médecin pour des raisons financières. Certes, le Québec offre un meilleur accès par rapport au Canada. Toutefois, si on le compare à des pays industrialisés tels que la France, la Norvège et le Royaume-Uni, qui offrent une couverture publique universelle, le Québec fait bien piètre figure. L'accès aux médicaments n'est pas un luxe. Personne ne devrait avoir à choisir entre renouveler une ordonnance ou payer l'épicerie.

3.5 Les honoraires trop élevés des pharmaciens et des pharmaciennes

Plusieurs recherches et enquêtes démontrent que le prix des médicaments varie énormément d'une pharmacie à l'autre pour les adhérents et les adhérentes des régimes privés.

55 Steven G. Morgan *et al., Pharmacare 2020 : L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada,* Consortium de recherche sur les politiques pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique, juillet 2015, p. 8.

Tableau 3

Coût des ordonnances de certains médicaments génériques et brevetés dans des pharmacies communautaires localisées dans la grande région de Montréal, selon le type de bénéficiaires, $ CAN, 2012

	Bénéficiaires				
		Régimes collectifs privés			
Médicaments	**RPAM**	**Pharmacie 1**	**Pharmacie 2**	**Pharmacie 3**	**Pharmacie 4**
Lipitor 10 (30 jours)	62,15 $	69,77 $	71,19 $	75,59 $	68,29 $
Apo-Atorvastatin 10 (30 jours)	21,70 $	30,99 $	33,69 $	26,29 $	30,99 $
Synthroid 0,1 (30 jours)	10,16 $	7,99 $	8,79 $	9,79 $	7,99 $
Altace 5 mg (30 jours)	33,58 $	37,69 $	38,49 $	40,89 $	36,99 $
Enbrel 50 (28 jours)	1 438,51 $	1 597,17 $	1 551,99 $	1 770,69 $	1 640,17 $

Source : Commissaire à la santé et au bien-être, *Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec,* extrait du tableau 2.16, 2014, p. 102.

Dans certains cas, il peut passer du simple au double[56] ! Cette situation s'explique par l'absence de réglementation sur les honoraires des pharmaciens et des pharmaciennes pour les régimes privés.

Pour le RPAM, le gouvernement effectue une négociation avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) pour fixer le niveau des honoraires et ainsi limiter les coûts. La dernière entente stipule que les honoraires sont d'environ 9 $ par ordonnance pour les 3,6 millions de Québécois et Québécoises couverts par le régime public. Les honoraires étant fixes, ces personnes se font offrir des médicaments aux mêmes prix dans toutes les régions, peu importe la pharmacie.

Au départ, le prix coûtant du médicament est le même. Il s'agit du prix de base établi sur la liste de la RAMQ. Ce qui change, ce sont les honoraires demandés par les pharmaciens et les pharmaciennes. Ces derniers facturent des honoraires beaucoup plus élevés lorsqu'ils vendent des médicaments aux personnes couvertes par le régime privé.

Selon un document du ministère de la Santé et des Services sociaux dont La Presse a obtenu une copie, les honoraires peuvent être de 22 $ pour un médicament courant comme les statines et monter jusqu'à 1 057 $ par ordonnance pour un médicament novateur contre l'hépatite C[57] !

Le moins qu'on puisse dire, c'est que les prix varient considérablement d'une pharmacie à l'autre et selon le type de régime (tableau 3). En 2012, le médicament biologique Enbrel se détaillait à 1 438 $ dans le régime public alors que pour les régimes privés, la facture oscillait entre 1 551 $ et 1 770 $, soit des variations de 8 % à 23 % !

Les honoraires sont tels que les marges bénéficiaires brutes des pharmaciens et des pharmaciennes explosent. C'est ce que démontre l'enquête du magazine Protégez-Vous : « les marges sont très élevées, particulièrement dans le cas des médicaments génériques. Nous en avons vu à 150 %, à 160 %, à 225 %... et même à 290 % dans le cas d'une pharmacie du Bas-Saint-Laurent[58] ». Au final, ces sommes abusives sont payées par les travailleurs et les travailleuses.

Que deux personnes qui entrent dans une pharmacie avec la même prescription en ressortent avec deux factures très différentes si l'une est assurée au privé et l'autre au public est inconcevable dans le cadre d'un régime qui se veut universel comme celui du Québec. Que les travailleurs et les travailleuses ayant une couverture privée paient le gros prix pour un service essentiel est carrément inadmissible.

De toute évidence, un même prix devrait être demandé pour un même service. Dans un rapport publié en 2015, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) recommandait un meilleur encadrement des honoraires pour les régimes collectifs privés, notamment en fixant un plafond sur le coût des ordonnances et en exigeant que les factures incluent le

56 Catherine Crépeau et Charles Désy, « Prix des médicaments : des écarts spectaculaires », *Protégez-vous,* 12 septembre 2017, [En ligne] [www.protegez-vous.ca/Sante-et-alimentation/prix-des-medicaments] (consultée le 17 octobre 2018).

57 Marie-Eve Fournier, « Presque 20 % plus cher pour les assurés du privé », *La Presse,* 5 mars 2018.

58 Catherine Crépeau et Charles Désy, *op. cit.*

montant des honoraires[59]. Ce dernier volet de cette recommandation du CSBE s'est réalisée. Depuis un an, le montant des honoraires pour chaque médicament servi est maintenant inscrit sur la facture remise aux clients. Bien qu'il soit désormais obligatoire de le faire, cette mesure ne semble pas avoir eu d'effet important pour le moment. Les consommateurs et les consommatrices n'ont pas changé leurs comportements et les pharmacies n'ont pas diminué leurs honoraires[60]. Il faut dire que la *Loi sur l'assurance médicaments* interdit le dirigisme, soit l'action de diriger des adhérents et des adhérentes vers une pharmacie plutôt qu'une autre pour obtenir des médicaments à meilleurs coûts, parce que cela aurait pour effet de restreindre le choix du pharmacien ou de la pharmacienne des personnes.

Les allocations professionnelles (ristournes) sont l'autre volet de la rémunération indirecte des pharmaciens et des pharmaciennes. Autrefois, ces ristournes étaient illégales. Une enquête de *La Presse* réalisée en 2003 a mis en lumière que les ristournes payées par les fabricants de médicaments génériques représentaient annuellement près de 500 millions de dollars à l'échelle canadienne et étaient versées à 85 % des pharmaciens et des pharmaciennes du Québec et d'autres provinces canadiennes[61]. Le gouvernement les a depuis autorisées. Dans le cadre de la Politique du médicament, le gouvernement a énoncé les principales règles visant les allocations professionnelles. Aujourd'hui, elles ne doivent pas représenter plus de 15 % de la valeur des achats de médicaments génériques et leurs usages sont très restreints. Malheureusement, ces rabais offerts aux pharmacies ne se traduisent pas par une baisse des prix des médicaments génériques. Au bout du compte, c'est le gouvernement du Québec et l'ensemble des citoyens et des citoyennes qui paient pour la pratique des ristournes.

3.6 Régime hybride : incapacité à contrôler les coûts

La principale menace à la viabilité et à la pérennité des régimes d'assurances collectives est l'augmentation insoutenable des coûts. Au cours des 20 dernières années, on estime que les coûts des assurances collectives ont augmenté entre 5 % et 8 % par année, et ce, principalement en raison de la forte hausse du coût des médicaments[62]. Alors que les assurances collectives représentaient de 2 % à 5 % de la masse salariale au milieu des années 1990, elles se situent entre 6 % et 12 % aujourd'hui[63]. Le coût du volet médicaments progresse ainsi beaucoup plus rapidement que l'inflation et les salaires. Malheureusement, la situation n'ira pas en s'améliorant en raison des coûts très élevés des médicaments qui feront leur entrée sur le marché.

En négociant les honoraires des pharmaciens et des pharmaciennes uniquement pour le régime public, le gouvernement encadre mieux l'évolution des coûts. Toutefois, il le fait aux dépens des adhérents et des adhérentes des régimes privés. Une analyse comparative du coût moyen d'une prescription selon le secteur montre que l'accroissement du coût pour

Tableau 4

Les 10 conditions de santé les plus coûteuses, Québec, 2017 – réclamants et réclamantes des régimes privés

Les ordonnances d'antibiotiques représentent près de 39 % des demandes de remboursement, mais ne constituent que 3,8 % des coûts totaux. Quant à eux, les médicaments visant le traitement des maladies inflammatoires représentent près de 13 % des coûts pour moins de 1 % des ordonnances, indiquant ainsi que ces médicaments sont très coûteux.

Rang	Conditions de santé	Valeur en $ (%)	Nombre d'ordonnances (%)
1	Polyarthrite rhumatoïde / maladies inflammatoires	12,6	0,5
2	Diabète	6,4	5,6
3	Dépression	6,1	15,3
4	Analgésiques narcotiques	5,8	6,3
5	Asthme	5,0	17,1
6	Problèmes dermatologiques	4,2	20,3
7	Hypertension	4,1	12,8
8	Sclérose en plaques	4,0	0,2
9	Cancer	3,8	1,6
10	Infections bactériennes (antibiotiques)	3,8	38,7

Source : Telus santé, *Évolution du marché des médicaments,* 2017, p. 4.

59 CSBE, *Les médicaments d'ordonnance : agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système,* mars 2015, p. 108.

60 Conseiller, *Les factures détaillées en pharmacie ont peu d'effet,* 4 avril 2018, [En ligne] [www.conseiller.ca/pme/nouvelles/les-factures-detaillees-en-pharmacie-ont-peu-deffet-31007] (consultée le 17 octobre 2018).

61 André Noël, « Des millions en primes illégales versées aux pharmaciens », *La Presse*, 22 février 2003, p. A1.

62 Yanick Comeau, *Si la tendance se maintient, Services Actuariels SAI, présentation au séminaire FTQ sur la retraite et les assurances,* Montréal, 2018, p. 4.

63 *Ibid.,* p. 3.

les régimes privés était de 27 % supérieur à celui du régime public entre 2007 et 2017[64]. Évidemment, cela se répercute sur leurs primes d'assurance médicaments. L'écart s'explique essentiellement par les honoraires des pharmaciens et des pharmaciennes. Cette situation a grandement contribué à la hausse des coûts des régimes privés d'assurances collectives.

Il faut reconnaître que les régimes privés sont généralement plus généreux que celui du public; cependant, ils sont beaucoup plus chers. Les régimes privés bénéficient toutefois de meilleurs avantages comme une coassurance plus faible, des franchises moins élevées, aucune restriction sur les médicaments remboursables, etc. Ces couvertures font évidemment grimper les coûts de l'assurance privée.

Dans la mesure où la hausse des primes des régimes privés ne les remet pas en cause, le contrôle des coûts ne constitue pas une priorité pour les compagnies d'assurances, d'autant plus qu'elles sont rémunérées en fonction d'un pourcentage des dépenses totales et des frais d'administration. Réduire les montants des primes revient à diminuer leurs revenus. Le régime public, pour sa part, a intérêt à contrôler les coûts de son régime parce que le financement provient de l'impôt sur le revenu ainsi que des primes versées par les citoyens et citoyennes couverts par le régime public, ceux-ci pouvant difficilement faire l'objet de hausses majeures sans débat public.

64 TELUS SANTÉ, *Régimes d'assurance médicaments – Rétrospective 2017,* p. 29.

Mesures de contrôle des coûts : exemples

- Adoption d'une liste réduite des médicaments remboursés
- Substitution générique obligatoire
- Partage plus important de la prime entre les travailleurs et les travailleuses et l'employeur
- Hausse de la franchise ou de la coassurance
- Délivrance de la prescription pour 90 jours (au lieu de 30)
- Utilisation de la pharmacie postale
- Indexation des franchises
- Regroupement de petits groupes pour réduire les frais administratifs
- Non-remboursement des médicaments d'ordonnance en vente libre
- Remboursement du médicament le moins cher d'une même catégorie thérapeutique

Aussi, les frais administratifs pour l'assurance privée sont considérablement plus élevés que le régime public. Il est difficile de chiffrer avec exactitude les frais, mais des évaluations montrent que ceux-ci varient énormément en fonction de la taille du groupe. Pour les grands groupes, ils peuvent s'établir à moins de 5 % de la prime versée alors qu'ils vont jusqu'à 15 % pour les petits groupes[65]. Dans le régime public, les frais d'administration sont très faibles. Pour l'année 2017, ceux-ci s'élèvent à 53,3 millions de dollars pour des revenus de 3 861 millions de dollars[66], soit un ratio d'environ 1,5 %.

Mesures de contrôle de coûts des régimes privés : soutenables à court terme seulement

Afin que le volet médicaments n'occupe pas une place démesurée dans la rémunération des travailleurs et des travailleuses, il est apparu pressant d'en contrôler les coûts. Comme la négociation s'inscrit dans un cadre où l'enveloppe salariale globale est fixe, il est fort probable que les travailleurs et les travailleuses assument déjà une plus grande part du coût de leurs assurances par des salaires moins élevés. Dans des cas extrêmes, les hausses sont tellement démesurées que des travailleurs et des travailleuses examinent la possibilité de mettre fin à leur adhésion aux assurances collectives qui constituent, pourtant, une partie intégrante de leur rémunération globale, de leur sécurité financière et de leur bien-être.

Dans plusieurs milieux de travail, des mesures ont été implantées pour contrôler les hausses des primes des assurances

65 FTQ, *Comprendre pour agir en assurances collectives,* juin 2018, p. 28.

66 RAMQ, *Rapport annuel de gestion 2016-2017,* p. 115.

CAS SYNDICAL

Abandonner les assurances collectives en raison des coûts

Dans une entreprise du secteur manufacturier, les membres d'une section locale ont tout simplement abandonné leurs assurances collectives à cause du volet médicaments. « Dans ce groupe, il y avait des gens qui consommaient des médicaments extrêmement chers. Deux années de suite, les coûts ont explosé. En assemblée générale, les membres ont pris la décision d'abandonner leurs assurances collectives. » Les travailleurs et les travailleuses ont ainsi perdu l'ensemble de leurs protections parce que le volet médicaments occupait une trop grande place.

Source : Entrevue FTQ, août 2018.

CAS SYNDICAL

Jouer à l'équilibriste pour satisfaire tout le monde

Dans le commerce de détail, il existe un éventail varié de statuts d'emplois notamment des postes réguliers (40 heures par semaine) et de nombreux postes à temps partiel (dont certains peuvent représenter entre 20 à 40 heures de travail, d'autres à peine quelques heures par semaine). Dans plusieurs milieux de travail, le critère d'éligibilité aux assurances collectives repose sur le nombre d'heures travaillées. Certaines conventions collectives retiennent les heures travaillées l'année précédente pour permettre à un travailleur ou une travailleuse de se qualifier l'année suivante. D'autres sont plus contraignantes, puisque le travailleur ou la travailleuse doit avoir atteint un certain nombre d'heures à chaque période de 6 mois pour se qualifier les 6 mois suivants.

« C'est notre syndicat qui négocie le nombre d'heures nécessaires pour adhérer aux assurances collectives. Quel est le niveau souhaitable d'heures travaillées pour se qualifier ? Entre 1 000 et 2 000 heures ? La réponse n'est pas évidente. Intuitivement, on pourrait penser qu'il serait souhaitable d'abaisser ce seuil afin qu'un plus grand nombre de travailleurs et de travailleuses bénéficient d'assurances collectives. Mais compte tenu de l'hétérogénéité des groupes et de leurs besoins, ce n'est peut-être pas la solution optimale. Plusieurs personnes qui occupent volontairement des postes à temps partiel ne veulent pas nécessairement des assurances, car les primes sont trop élevées comparativement de leur revenu. Ou elles sont déjà assurées avec leurs parents, leurs conjoints, leur université, ou avec la RAMQ dans le cas des temps partiel et occasionnels retraités. »

Source : Entrevue FTQ, septembre 2018.

CAS SYNDICAL

La réalité particulière des décrets de convention collective

Dans ce secteur d'activité économique, assujetti à un décret de convention collective, les employeurs ne contribuent pas au financement des assurances collectives afin d'éviter toute forme de concurrence déloyale entre des entreprises syndiquées et non syndiquées. Les travailleurs et les travailleuses de ce syndicat assument donc 100 % de la prime. Le salaire horaire se situe en bas de la moyenne québécoise tout comme le nombre hebdomadaire d'heures travaillées.

« Dans notre secteur, les assurances collectives sont un net avantage pour recruter des membres. Même si ça coûte cher, les membres en ont besoin. Plusieurs personnes travaillent 10 heures par semaine uniquement pour y avoir accès. Souvent, ils occupent un autre emploi où il n'y a pas d'assurances collectives. »

« Jusqu'à dernièrement, notre régime était très avantageux. La franchise n'avait pas été haussée en 15 ans. À cause du volet médicaments, la prime a considérablement augmenté. Pour régler le problème, tout était sur la table : abandonner ou modifier des protections, soumissionner auprès d'un autre assureur, créer un régime autoassuré et même abandonner complètement le régime. Pour que les augmentations soient moins élevées que prévu, on a finalement augmenté la franchise et la coassurance et coupé dans certaines protections comme les soins dentaires. Les membres ont voté en faveur de ces coupes, mais on a reçu plusieurs coups de téléphone quand c'est entré en vigueur. Ça a été très ardu. Depuis plusieurs années, les augmentations de salaire passent dans les assurances collectives. Les membres sont un peu sur les dents là-dessus. »

Source : Entrevue FTQ, août 2018.

CAS SYNDICAL

S'unir pour diminuer les coûts

Considérant le coût élevé des primes, plusieurs petits milieux de travail sont incapables de s'offrir des assurances collectives. Pour contrer cet obstacle, des syndicats affiliés leur offrent la possibilité de s'unir afin d'adhérer à un régime d'assurances collectives à un prix avantageux.

Comment est-ce possible ? En regroupant les petits groupes, des économies sont réalisées sur les frais d'administration – lesquels sont négociés annuellement – et sur les frais des courtiers d'assurances. De plus, comme le regroupement comprend plusieurs milliers d'adhérents et d'adhérentes, le pouvoir de négociation syndical s'en trouve renforcé.

Cette approche ne change toutefois rien au problème de fond : sans un meilleur contrôle des coûts des médicaments, les primes vont continuellement grimper, mettant sous pression les petits milieux de travail… comme les grands !

Source : Entrevue FTQ, septembre 2018.

CAS SYNDICAL

Des mesures de contrôle de coûts qui ont des limites

Pour certains syndicats, l'assurance médicaments ne pose pas de problème majeur. Pour d'autres, l'impasse est totale. Un représentant syndical d'une organisation du secteur public exprime son désarroi face à l'impossibilité de contrôler les coûts de façon durable. « On a adopté la substitution générique et la liste RAMQ.

On a augmenté la contribution des adhérents et des adhérentes. Maintenant, on est rendus dans la diminution de services. Je n'ai plus de marge de manœuvre et de trucs dans mon arsenal pour contrôler les coûts. On veut trouver des solutions pour survivre parce qu'on a frappé un mur. On est tellement dans l'urgence et dans l'écoute du problème de nos membres qu'on n'a même pas commencé à parler du régime public et universel d'assurance médicaments. »

Source : Entrevue FTQ, août 2018.

CAS SYNDICAL

Situation difficile pour les travailleurs et les travailleuses à faible revenu

Les assurances collectives sont devenues un enjeu de négociations dans un grand nombre de milieux de travail. Malheureusement, les augmentations de salaire sont toutes englouties par la hausse des coûts des assurances.

« La masse salariale c'est une tarte. Si on prend le quart de la tarte pour l'envoyer dans les primes, c'est votre choix; l'employeur va donner moins d'argent ailleurs », constate un représentant syndical. « La paye nette des travailleurs et des travailleuses n'augmente pas; elle diminue même dans certains cas extrêmes. »

« Les personnes préposées aux bénéficiaires, surtout des femmes, sont rémunérées pour la plupart à des taux de salaire variant entre 13 $ et 15 $ de l'heure. Elles sont dans l'obligation d'adhérer à un régime lorsqu'elles occupent un poste régulier soit de 20 heures semaine ou de 560 heures par 6 mois. Les autres travailleuses prennent une chance; elles vont manger avant de prendre des assurances. »

Source : Entrevue FTQ, octobre 2018.

collectives. Il n'existe pas de remède miracle à cet effet. Si les travailleurs et les travailleuses choisissent de maintenir le statu quo, ils devront accepter des hausses de leur contribution financière. Sinon, il faut envisager la mise en place de mesures pouvant aider à contrôler les coûts à court terme (voir encadré).

En ce qui a trait à l'assurance médicaments, certains régimes ont opté pour une stratégie de partage des coûts entre l'employeur et les travailleurs et les travailleuses en haussant le niveau de la franchise, de la coassurance ou les deux. Cette approche peut avoir des conséquences fâcheuses surtout auprès des personnes dont les revenus ne sont pas élevés.

La substitution obligatoire des médicaments d'origine par des médicaments génériques est un mécanisme efficace pour éviter de payer les coûts élevés de certains médicaments brevetés. Les médicaments génériques représentent 74 % des ordonnances au Canada, mais ne comptent que pour 28 % des dépenses totales[67]. Dans les régimes privés, le Québec est la province dont le taux d'utilisation des génériques est le plus faible, soit 60 % contre 63 à 69 % pour le reste du Canada[68]. Il y a donc de l'espace pour réduire les coûts. Le non-remboursement des médicaments d'ordonnance disponibles en vente libre, le remboursement du médicament le moins cher d'une même catégorie thérapeutique ou l'adoption d'une liste de médicaments réduite, comme celle de la RAMQ, sont des mesures assez fréquentes. La réduction de la couverture de l'assurance médicaments pour les personnes retraitées (où le régime public devient le premier payeur) ou son élimination complète sont perçues malheureusement par les entreprises comme une des solutions à la hausse des coûts.

En bout de piste, quelles que soient les mesures adoptées, elles aboutissent la plupart du temps à un transfert des coûts sur les seules épaules des travailleurs et des travailleuses. Immanquablement, ce sont ces derniers qui paieront soit en termes de frais supplémentaires directement payés de leurs poches ou en bénéfices reçus moindres. En plus, ces mesures affectent davantage ceux et celles qui font une utilisation plus importante de médicaments, ce qui risque de réduire leur accessibilité aux médicaments.

3.7 Le financement est inéquitable

Avec la création du régime général d'assurance médicaments, le gouvernement souhaitait réduire plusieurs injustices, notamment celles où les personnes aînées mieux

67 CEPMB, *op. cit.*, p. 7.

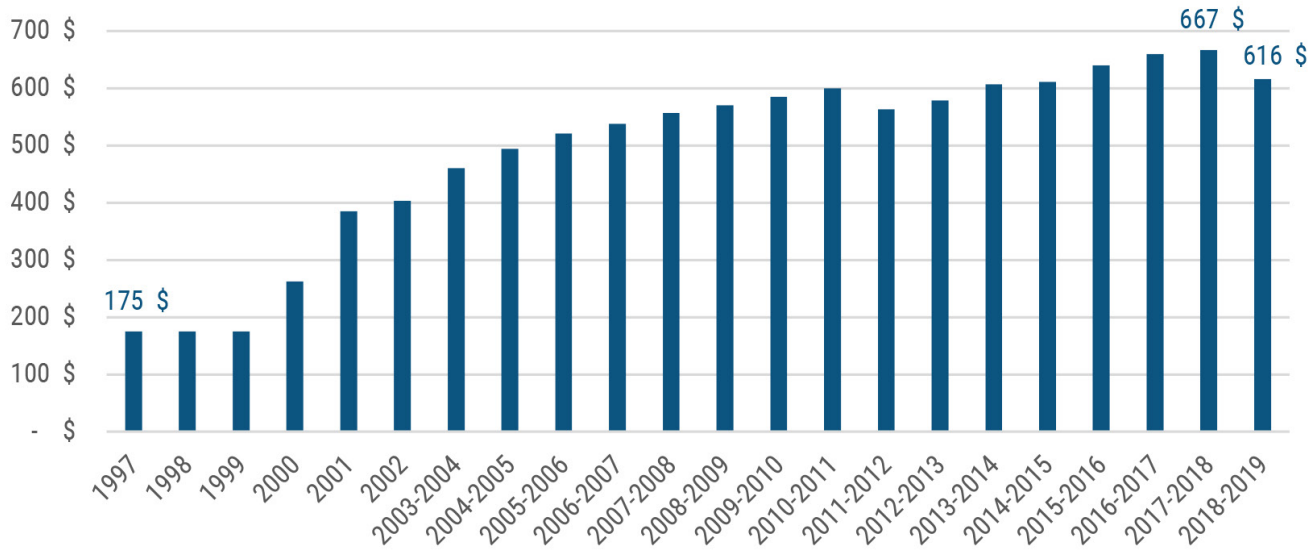
68 TELUS SANTÉ, *Rétrospective 2017*, p. 24.

Figure 12

RPAM : un accroissement du fardeau financier

Depuis la mise en place du régime, la prime annuelle est passée de 175 $ en 1997 à 616 $ en 2018-2019. Autrement dit, elle a plus que triplé en l'espace de vingt ans. La prime a diminué deux fois, soit en 2011-2012 et récemment en 2018-2019. Ces deux baisses font suite à une dimunition du prix des médicaments génériques.

Niveau de la prime du RGAM (1997-2019)



Sources : RAMQ, rapports annuels et infolettres; Québec, *Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, RLRQ, chapitre C-32, 1996.

La discontinuité dans les années s'explique par une modification de la Loi sur l'assurance médicaments en 2002 afin que les primes soient ajustées le 1er juillet de chaque année.

CAS SYNDICAL

Un drame pour les travailleuses et les travailleurs à temps partiel

Pour les travailleurs, mais plus particulièrement pour les travailleuses d'une organisation du secteur public, les dysfonctionnements du régime hybride d'assurance médicaments entraînent des conséquences dramatiques. « Une travailleuse obtient un poste de 15 heures et demie par semaine avec un salaire d'environ 20 $ de l'heure. Les assurances collectives lui coûtent 172 $ aux deux semaines parce que la loi l'oblige à prendre la couverture familiale pour les médicaments. Je ne suis pas comptable, mais il n'en reste pas tant que ça sur le chèque de paie. Des membres dans cette situation m'appellent pour me dire qu'ils ne sont pas capables de payer leur épicerie. C'est déchirant. De plus en plus, on observe que des travailleurs et des travailleuses démissionnent à cause du coût des assurances collectives. »

Source : Entrevue FTQ, août 2018.

nanties bénéficiaient d'une couverture publique généreuse alors que les travailleurs et les travailleuses à faible revenu n'étaient pas couverts. Au moment de l'implantation du régime en 1997, alors que les prestataires de l'aide sociale et du Supplément de revenu garanti bénéficiaient de la gratuité des médicaments, ils ont été dans l'obligation de payer une franchise et une coassurance. Après d'intenses pressions, le gouvernement a dû rectifier le tir quelques années plus tard pour instaurer à nouveau la gratuité pour ces groupes.

Dans son financement, le régime public tient compte, en partie, de la capacité de payer des personnes adhérentes, donc de leurs revenus. Les citoyennes et les citoyens les plus démunis (les personnes aînées qui reçoivent du Supplément de revenu garanti et les personnes inscrites à l'aide sociale) voient leur prime réduite et même annulée si leur revenu annuel est trop faible et ils ont accès gratuitement aux médicaments. Ils ne paient donc ni franchise ni coassurance. Ensuite, la prime est modulée en fonction du revenu net, jusqu'à ce qu'elle atteigne 616 $ (en 2018-2019). Même

Tableau 5
Impact fiscal selon la consommation de médicaments, déclaration de revenu 2016-2017

	Personne seule consommant beaucoup de médicaments	Personne seule consommant peu de médicaments
Revenu net	31 000 $	31 000 $
Prime payée	667 $	667 $
Contribution annuelle	1046 $	250 $
Poids des médicaments par rapport au revenu	5,5 %	3,0 %

Source : Calculs FTQ à l'aide de l'Annexe K de la déclaration de revenus (Revenu Québec).

si ce mécanisme n'est pas entièrement équitable et progressif, il permet malgré tout de protéger les personnes les plus défavorisées.

Néanmoins, des iniquités persistent. Ce régime a haussé le fardeau financier de certains groupes, notamment les ménages moins nantis. Voici un cas pour illustrer cette situation. Pour l'année fiscale 2017, les personnes seules ayant un revenu net se situant entre 0 $ et 15 790 $ ne paient pas de primes. Ensuite, la prime augmente jusqu'à un revenu net de 30 299 $ pour atteindre le maximum, soit 667 $. Lorsqu'une personne consomme plusieurs médicaments de manière à atteindre le maximum de la contribution annuelle, la part des dépenses de médicaments dans ses revenus représente 5,5 %, alors qu'elle n'est que de 3 % pour une personne qui consomme peu de médicaments. Il est injuste qu'une personne qui n'a pas choisi d'être malade ait à consacrer une plus grande part de ses revenus pour guérir. Cela s'apparente à une taxe sur la maladie.

Quant aux régimes privés, tous les travailleurs et les travailleuses sont obligés par la loi d'adhérer à l'assurance médicaments si elle est offerte en milieu de travail. Contrairement au régime public, les assureurs n'ont pas à mettre en place de mécanisme de financement qui tienne compte de la capacité de payer des adhérents et des adhérentes. La prime est établie en fonction notamment de « l'expérience du groupe » (la consommation passée de médicaments) ainsi que de la taille et de l'âge moyen du groupe (la consommation augmente avec l'âge). En règle générale, plus le groupe consomme de médicaments, plus la prime est élevée. Comme la prime n'est pas modulée selon les niveaux de revenus, les travailleurs et les travailleuses à faible revenu y consacreront donc une importante partie de leur revenu si la prime n'est pas payée par l'employeur. D'ailleurs, il est plutôt rare, aujourd'hui, que les employeurs paient l'entièreté de la prime.

En somme, le régime d'assurance médicaments a accentué les iniquités chez de nombreuses personnes vulnérables, notamment chez les travailleurs et les travailleuses précaires, les travailleurs et les travailleuses autonomes et les personnes à faible revenu, puisque la franchise réclamée par les régimes privés et public représente une dépense beaucoup plus lourde pour eux que pour les personnes à revenu plus élevé.

Les patrons coupent sur le dos des personnes retraitées

C'est connu, les personnes âgées consomment plus de médicaments que les jeunes. Dans certains milieux de travail, les personnes retraitées qui participent toujours aux régimes d'assurances collectives peuvent représenter un fardeau financier important. Les employeurs utilisent alors des tactiques pour les « décourager » à maintenir leur participation au régime privé.

Dans le secteur du commerce de détail, les personnes sur le point de prendre leur retraite reçoivent une lettre de l'employeur dans laquelle il indique qu'elles peuvent continuer à bénéficier des assurances collectives, cependant à des coûts astronomiques. La plupart du temps, les travailleurs et les travailleuses laissent tomber leur régime d'assurances collectives et toutes les protections qui y sont rattachées pour se tourner uniquement vers le régime public d'assurance médicaments. Dans d'autres milieux de travail, les employeurs offrent des sommes forfaitaires de quelques milliers de dollars pour que les personnes retraitées renoncent volontairement à leurs assurances collectives.

Dans la fonction publique fédérale, où l'employeur paie 100 % de la prime, la principale mesure de contrôle des coûts des dernières années a été la majoration des contributions pour les personnes retraitées qui doivent, depuis le 1er avril 2018, payer 50 % de la prime. Cette clause injuste a été imposée par l'ancien gouvernement conservateur sous la menace d'une loi spéciale. C'est le problème avec un employeur qui est aussi le législateur : il n'y a pas de réelles négociations libres.

Source : Entrevue FTQ, septembre 2018.

Situations préoccupantes pour des groupes ciblés de personnes

On le sait, à cause de l'obligation d'adhérer à une couverture d'assurance médicaments si elle est offerte, des travailleuses et des travailleurs à temps partiel doivent parfois assumer une prime disproportionnée par rapport à leurs revenus. Dans des cas extrêmes, la prime annuelle peut représenter jusqu'à près de 37 % de leur revenu[69]. C'est, évidemment, une situation intenable. Des personnes envisagent même de démissionner de leur emploi – ou le font carrément – en raison des coûts faramineux des assurances collectives.

Aussi, les personnes qui ont choisi de prendre leur retraite avant 65 ans et qui sont admissibles à un régime privé sont dans l'obligation d'y adhérer, et ce, même si le coût de la prime est trop élevé pour leurs moyens financiers. En 2017, on rapportait qu'un travailleur retraité de la construction devait payer une prime annuelle de 1 760 $ alors que son revenu était de moins de 20 000 $[70]. Encore une fois, le coût des primes à assumer est souvent déraisonnable par rapport à leur capacité de payer. Pour ceux et celles qui prennent leur retraite plus tôt, cette obligation peut avoir une incidence dramatique sur leur revenu disponible.

Les personnes touchées par le VIH, pour leur part, en plus d'être malades, risquent de subir des discriminations dans leur milieu de travail. Les traitements pour lutter contre la maladie – notamment les antirétroviraux qui composent les trithérapies – sont très coûteux. À l'heure actuelle, une personne séropositive qui s'inscrit à un régime privé fait grimper la facture pour tous ses collègues de travail. Lorsque leurs réclamations deviennent « publiques », ces personnes peuvent être la cible de discriminations, de harcèlement voire même de pressions dans leur milieu de travail pouvant les mener à vivre des épisodes d'anxiété et de dépression.

Ces exemples ne sont pas des cas uniques. Malheureusement, plusieurs travailleurs et travailleuses rencontrent des conditions semblables. Malgré le fait que ces cas soient connus, le gouvernement n'a rien fait pour alléger le fardeau de ces personnes.

3.8 Les abus et les promesses brisées de l'industrie pharmaceutique

Comme mentionné précédemment, les gouvernements du Canada et du Québec favorisent des prix élevés afin de créer un climat économique propice pour attirer sur leur territoire les investissements en recherche et développement (R-D) dans le domaine pharmaceutique. Or, les données recueillies par le CEPMB montrent plutôt un désengagement de l'industrie à cet égard.

Dans les années 1980, l'industrie pharmaceutique s'est engagée à investir considérablement en R-D en contrepartie de prix élevés pour les médicaments. Depuis 15 ans, l'industrie ne respecte pas ses engagements. Censée consacrer au moins 10 % des recettes tirées des ventes de médicaments brevetés au Canada en R-D, elle n'en consacrait que 4,1 % en 2017[71]. Au Québec, les investissements en R-D sont en chute libre après avoir atteint un sommet en 2007. Ceux-ci sont passés de 562 millions de dollars en 2007 à 227 millions de dollars en 2015 pour remonter légèrement à 283 millions de dollars en 2017[72]. Cette politique a clairement des ratés et doit être révisée à la lumière de ces résultats.

Le plan d'affaires des compagnies pharmaceutiques à l'égard de la R-D a aussi changé. Les grandes entreprises dépensent des sommes faramineuses en marketing et en administration plutôt que de les consacrer à la R-D.[73] Aujourd'hui, elles sous-traitent leurs activités de R-D vers des centres de recherche hospitaliers universitaires ou encore vers de petits laboratoires qui sont, par la suite, rachetés par des grandes entreprises qui en tirent tous les bénéfices.

Ces compagnies affirment que la R-D requiert des sommes importantes afin de créer de nouveaux médicaments. Elles estiment que le développement d'un nouveau médicament nécessite en moyenne plus d'un milliard de dollars. Plusieurs chercheurs et chercheuses mettent en doute cette estimation. Étant donné l'opacité de l'industrie et l'absence de données fiables, l'argument selon lequel l'industrie doit vendre ses médicaments brevetés à gros prix est difficile à évaluer.

69 Radio-Canada, « Une assurance médicaments qui peut coûter très cher », *La Facture,* 8 janvier 2013, [En ligne] [ici.radio-canada.ca/emissions/la_facture/2012-2013/Reportage.asp?idDoc=265986#leplayer] (consultée le 17 octobre 2018).

70 Johanne Roy, « Assurance-médicaments : un retraité obligé de souscrire à un régime privé qu'il juge trop cher », *Journal de Québec,* 29 avril 2017, [En ligne] [www.journaldequebec.com/2017/04/29/assurance-medicaments-un-retraite-oblige-de-souscrire-a-un-regime-prive-quil-juge-trop-cher] (consultée le 17 octobre 2018).

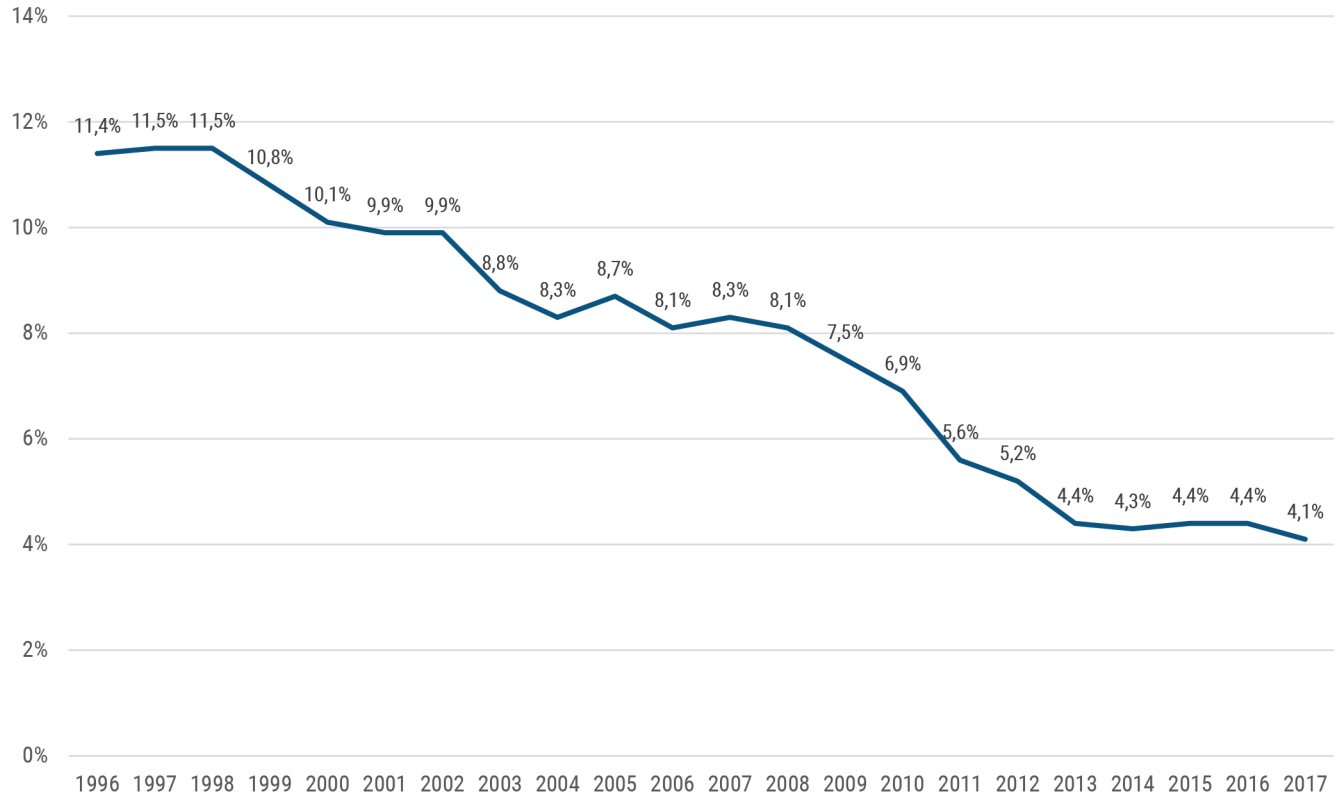
71 CEPMB, *Rapport annuel,* 2017, p. 54.

72 CEPMB, *rapports annuels 2007 à 2017,* pages diverses.

73 En raison de l'opacité de l'industrie, il est difficile de savoir combien elle dépense en publicité. Selon une estimation de Joel Lexchin, l'industrie aurait dépensé près de 700 millions de dollars en 2016 pour la promotion et la publicité de ses produits. Cette étude comporte d'importantes limites et il convient donc d'interpréter ces résultats avec prudence. Source : Joel Lexchin, « Pharmaceutical company spending on research and development and promotion in Canada, 2013-2016: a cohort analysis ». *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, vol. 11, nº 5, 2018.

Figure 13

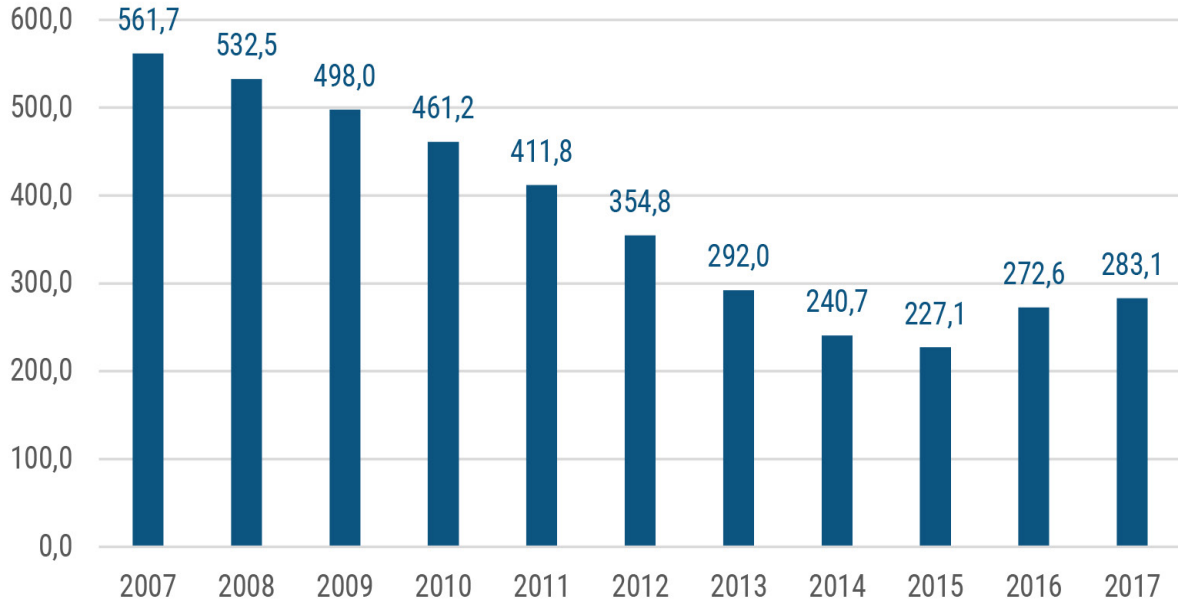
Ratios des dépenses en recherche et développopement au Canada par rapport aux recettes tirées des ventes



Source : CEPMB, rapports annuels 1996 à 2017, pages diverses.

Figure 14

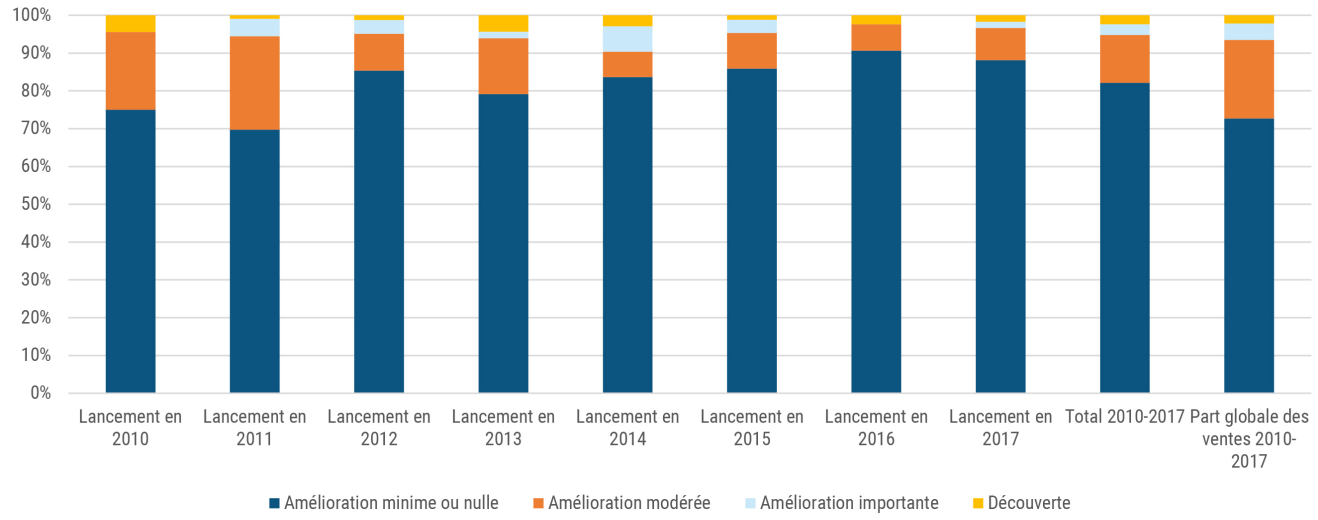
Dépenses courantes de R-D au Québec 2007-2017 (en millions de dollars)



Source : CEPMB, rapports annuels 2007 à 2017, pages diverses.

Figure 15

Ventilation des nouveaux produits médicamenteux brevetés par niveau d'amélioration thérapeutique



Source : CEPMB, *Rapport annuel* 2017, p. 11.

Par conséquent, la politique gouvernementale des prix élevés pour stimuler la R-D n'est plus pertinente aujourd'hui.

Devant l'échéance de plusieurs brevets, l'industrie pharmaceutique a aussi déployé une stratégie de mise en marché de nouveaux médicaments avec peu de valeur thérapeutique ajoutée comparativement à ceux déjà sur le marché, afin de profiter de la protection offerte par les brevets. Des organismes spécialisés constatent qu'il y a peu de nouveaux médicaments qui contribuent véritablement à améliorer la santé des patients. La réputée revue *Prescrire* observe que sur les 92 médicaments mis en marché en 2017, seuls trois apportaient une contribution mineure[74]. C'est donc très peu. Au Canada, le CEPMB effectue une analyse similaire par l'entremise du Groupe consultatif sur les médicaments pour usage humain. Sur les 691 nouveaux produits médicamenteux brevetés de la période 2010-2016, seulement 17 constituent une découverte (2,5 %) et 20 présentent une amélioration importante (2,9 %)[75]. Ainsi, la très grande majorité des nouveaux médicaments qui reçoivent des brevets offre peu de valeur ajoutée « supplémentaire » pour améliorer la santé de la population. L'innovation du secteur privé est en panne.

Enfin, les profits de l'industrie sont carrément abusifs. Comme toutes les autres entreprises, les fabricants de produits pharmaceutiques ont pour objectif de maximiser leurs profits, en vendant le plus de produits possible, le plus cher possible, pour le moins de frais possible. La compagnie Pfizer excelle dans ce domaine : elle a dégagé, en 2017, 21,3 milliards de dollars de profits, se classant ainsi au 1er rang mondial des fabricants de médicaments les plus profitables[76]. L'examen des marges bénéficiaires brutes[77] – un des indicateurs qui mesure la rentabilité – des principales entreprises pharmaceutiques dans le monde a de quoi donner le tournis. En 2015, les 10 premières entreprises mondiales dégageaient des marges oscillant entre 75 % à 92 % ! À titre de comparaison, la marge bénéficiaire moyenne de l'industrie canadienne s'élevait, en 2016, à 59 % alors que la moyenne de l'ensemble du secteur de la fabrication était de 42,5 %[78]. Selon le classement du magazine *Fortune 500*, 11 entreprises pharmaceutiques s'inscrivaient parmi les 500 entreprises les plus profitables au monde ! Des marges « hors norme » qui devraient continuer à augmenter dans les années à venir.

74 PRESCRIRE.ORG, *Le palmarès 2017 des médicaments,* [En ligne] [www.prescrire.org/Fr/109/528/53757/5497/SubReportList.aspx] (consultée le 17 octobre 2018).

75 « Découverte : Premier produit médicamenteux de sa catégorie disponible sur le marché canadien qui traite avec efficacité une maladie ou une condition particulière ». Source : CEPMB, *Rapport annuel 2016,* p. 10.

76 FORTUNE 500, [En ligne] [fortune.com/fortune500/list/filtered?sortBy=profits&industry=Pharmaceuticals] (consultée le 17 octobre 2018).

77 Il s'agit du pourcentage du chiffre d'affaires qu'une entreprise conserve après avoir couvert tous les coûts directs liés à son exploitation.

78 STATISTIQUE CANADA, *Performance financière - Statistiques relatives à l'industrie canadienne – Fabrication et Fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments*, [en ligne] [www.ic.gc.ca/app/scr/app/cis/performance/31-33?lang=fre] et [www.ic.gc.ca/app/scr/app/cis/performance/32541].

Tous ces travers de l'industrie pharmaceutique contribuent à l'augmentation des coûts des assurances collectives. En raison de politiques publiques extrêmement généreuses à son égard, les prix des médicaments sont beaucoup trop élevés au Québec. En payant plus cher qu'ils ne le devraient, les consommateurs et les consommatrices subventionnent indirectement l'industrie pharmaceutique.

PARTIE 2

UN RÉGIME QUI RÉPOND AUX BESOINS DES TRAVAILLEURS ET DES TRAVAILLEUSES

Incapable de contrôler les coûts, inéquitable, défaillant à plusieurs égards, le régime hybride d'assurance médicaments est condamné à disparaître. Depuis plusieurs années, la FTQ est d'avis que seul un régime 100 % public et universel est en mesure de faire face aux défis actuels et de répondre aux besoins des travailleurs et des travailleuses. En raison de ses lacunes, le volet public du régime hybride ne doit pas être retenu. Il nous appartient de tracer les contours d'un nouveau régime en fonction de nos valeurs syndicales de solidarité, d'égalité et de justice sociale. Le chapitre 4 pose les principes qui devraient être à la base d'un régime public et universel d'assurance médicaments. Le chapitre 5 présente certaines actions prioritaires qui devraient être mises en œuvre par les deux ordres de gouvernement.

CHAPITRE 4 – LES PRINCIPES D'UN RÉGIME PUBLIC ET UNIVERSEL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Adoptée en 1984, la *Loi canadienne sur la santé* définit plusieurs principes que les provinces doivent respecter afin de recevoir une contribution financière du palier fédéral pour le financement des divers régimes provinciaux d'assurance maladie. Nonobstant le fait que cette loi empiète sur les champs de compétence du Québec, les principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité ont bien servi la population québécoise. De tels principes demeurent toujours pertinents aujourd'hui, bien que d'autres doivent aussi guider l'action des gouvernements.

Pour la FTQ, un régime d'assurance médicaments qui correspond aux besoins des travailleurs et des travailleuses se doit d'être :

- **Sous gestion publique** : le régime d'assurance médicaments doit être géré sans but lucratif par une autorité publique.
- **Universel** : toutes les personnes doivent avoir droit aux médicaments assurés selon des modalités uniformes.
- **Accessible** : aucun obstacle, financier ou autre, ne doit entraver l'accès aux médicaments.
- **Équitable** : le financement du régime d'assurance médicaments doit tenir compte de la capacité de payer de chacun et chacune.
- **Québécois** : le gouvernement fédéral doit respecter les champs de compétence du Québec en matière de santé.
- **Viable** : le régime d'assurance médicaments doit rembourser les médicaments dont les Québécois et les Québécoises ont besoin, tout en ayant pour objectif d'obtenir les meilleurs résultats de santé au moindre coût.
- **Indépendant** : le régime d'assurance médicaments doit être en mesure de répondre aux besoins de la population en toute indépendance des lobbys et des pressions politiques.

4.1 Sous gestion publique : un rôle complémentaire pour les régimes privés

Comme mentionné antérieurement, le régime québécois d'assurance médicaments est qualifié d'hybride, car il comporte un volet public et un volet privé. Le futur régime d'assurance médicaments doit être intégré à l'assurance maladie en tant que système à payeur unique. Actuellement, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) assume le rôle de payeur pour le volet public du régime général d'assurance médicaments (RGAM). Il serait tout à fait logique qu'elle soit responsable de l'administration du régime public et universel d'assurance médicaments.

En établissant un seul régime public pour tous et toutes, la question de l'assurance médicaments devient un enjeu collectif au même titre que l'assurance maladie. Tous les citoyens et les citoyennes auront donc intérêt à assurer sa viabilité. En outre, cela permet de sortir l'assurance médicaments du cadre de la négociation collective. Les syndicats pourraient ainsi mettre leurs énergies ailleurs afin d'améliorer les conditions de travail de leurs membres plutôt que de trouver des façons de contrôler les coûts de l'assurance médicaments.

Avec la mise sur pied d'un régime public et universel, quelle sera la place des régimes privés d'assurances collectives ? Cela soulève d'importantes inquiétudes chez les travailleurs et les travailleuses qui craignent de perdre des protections dont ils bénéficient à l'heure actuelle, par exemple une longue liste de médicaments couverts. Pour la FTQ, les travailleurs et les travailleuses doivent être en mesure de souscrire à une couverture privée d'assurance médicaments. Toutefois, son rôle doit être complémentaire et bien circonscrit. Cette assurance privée ne doit pas être utilisée pour rembourser les médicaments qui le sont déjà par le régime public. Son rôle doit se limiter à améliorer les protections disponibles, par exemple en remboursant des médicaments qui ne sont pas couverts par le régime public. Dans un scénario idéal, la protection de base offerte par le régime public et universel serait suffisamment généreuse pour qu'il ne soit pas du tout nécessaire de recourir à l'assurance privée.

4.2 Universel : des modalités uniformes

Au Québec, il y a obligation de souscrire à un régime privé d'assurance médicaments lorsque disponible dans un milieu de travail ou au régime public lorsque ce n'est pas le cas. Les régimes privés sont tenus de rembourser tous les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ et de respecter les critères de participation financière (coassurance et contribution

annuelle maximale). Vu sous cet angle, le régime hybride québécois pourrait être considéré comme étant partiellement universel puisque tous et toutes bénéficient de certaines protections de base.

Dans un régime public et universel d'assurance médicaments, le principe d'universalité signifie que tous les citoyens et les citoyennes bénéficient de cette protection selon des modalités uniformes. Si le Québec se dote d'un tel régime, il faudra établir une liste commune de médicaments remboursables. Les prix des médicaments ne varieront plus d'une pharmacie à l'autre, comme c'est le cas en ce moment.

4.3 Accessible : la gratuité totale des médicaments

Comme démontré dans le chapitre 3, une proportion importante de la population québécoise ne prend pas ses médicaments pour des raisons financières. À l'instar de tous les autres services médicaux fournis gratuitement à la population québécoise, la FTQ estime que les personnes ayant besoin de médicaments ne doivent faire face à aucun obstacle financier. Les personnes qui tombent malades ne le font pas par choix. En les privant des médicaments dont elles ont besoin, on aggrave ainsi leurs problèmes de santé, ce qui est dommageable pour celles-ci et coûteux pour la société. Conformément à ses positions traditionnelles (voir encadré), la FTQ prône la gratuité totale des médicaments couverts par un régime public et universel d'assurance médicaments. Il n'y aurait donc ni franchise, ni coassurance ou ticket modérateur. Comme pour une consultation chez un médecin, on n'aurait qu'à montrer sa carte soleil pour obtenir ses médicaments, et ce, sans aucun montant à débourser.

Certaines personnes pensent que la gratuité des médicaments constitue un choix irresponsable et très coûteux pour la société québécoise. Au contraire, le maintien de barrières financières demeure une mesure profondément injuste, inefficace et incohérente. De petites contributions peuvent avoir un impact majeur sur l'accessibilité des personnes à faible revenu et même pour celles dont le revenu est plus élevé. Certes, la gratuité des médicaments pourrait faire augmenter leur consommation et donc les dépenses. Toutefois, cela devrait permettre d'éviter de nombreux problèmes lourds de conséquences, notamment des hospitalisations liées au non-respect du traitement médicamenteux. Toute la société gagnerait à ce qu'il n'y ait plus de barrières financières pour accéder aux médicaments d'ordonnance (voir encadré). De plus, il apparaît incohérent que la consultation d'un médecin soit gratuite, mais que les médicaments prescrits résultant de cette même consultation ne le soient pas.

Les positions historiques de la FTQ sur la gratuité des médicaments

« La gratuité des médicaments est une autre revendication qui est fondamentale mais qui nécessite des nuances. Il va de soi qu'il est scandaleux que des fractions importantes de la population ne puissent se procurer des médicaments dont elles ont besoin faute d'argent. La gratuité des médicaments pour les assistés sociaux et les gens du troisième âge est un début : elle doit être étendue à toute la population. Cependant, pour que la gratuité ne soit pas d'abord et avant tout une incitation à la surconsommation de médicaments, à la "surprescription" de la part des médecins, tout cela pour le plus grand profit des pharmaciens, des mesures complémentaires telles l'abolition de toute publicité sur les médicaments et la confection d'une liste restreinte de médicaments admissibles sont indispensables. Une régie d'État devrait être créée dans ce domaine. »

Source : FTQ, *Procès-verbal,* 16e Congrès de la FTQ, Québec, 1979, p. 18.

La gratuité des médicaments comporte d'importants bénéfices sociaux et permet une action globale en matière de santé publique

- Elle enlèverait un important fardeau pour toutes les personnes en situation de vulnérabilité, notamment les travailleurs et les travailleuses à faible revenu ou pour ceux et celles qui viennent de perdre leur emploi.
- Elle favoriserait l'égalité entre les hommes et les femmes. Toute contribution financière affecte davantage les femmes considérant qu'elles gagnent moins que les hommes et ont tendance à consommer plus de médicaments. De plus, pourquoi les femmes devraient-elles payer pour leurs contraceptifs oraux alors que les hommes n'ont rien à débourser ? Déjà, on offre gratuitement la pilule abortive ainsi que la contraception d'urgence (pilule du lendemain).
- Elle permettrait d'améliorer les résultats en matière de santé publique. Déjà, plusieurs médicaments sont offerts gratuitement. Dans la lutte contre la crise des opioïdes, le gouvernement a récemment rendu gratuite la naloxone, un médicament qui vise à prévenir les surdoses. Les médicaments pour traiter les maladies transmises sexuellement sont gratuits depuis 1992. Toutefois, certains médicaments ne le sont pas, notamment la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour la prévention du VIH/SIDA. Afin de limiter la propagation de la maladie, ce médicament est offert gratuitement pour les patients et les patientes à risque en Colombie-Britannique.

4.4 Équitable : exiger une contribution des entreprises

Un régime public et universel d'assurance médicaments ne doit plus être financé par des primes, car celles-ci imposent un fardeau plus grand pour les personnes à faible revenu (voir chapitre 3). Pour le volet privé, les primes peuvent avoir des conséquences dramatiques, en particulier pour les travailleurs et les travailleuses à temps partiel. La FTQ estime que le système de santé doit être financé grâce à l'impôt progressif sur le revenu, puisque ce dernier tient compte de la capacité de payer des citoyens et des citoyennes. Il devrait en être ainsi pour le nouveau régime d'assurance médicaments.

Comme la plupart des milieux de travail disposent d'une couverture pour les médicaments, les employeurs paient déjà des primes à cet effet. Il faut donc s'assurer que leur contribution soit redirigée vers le nouveau régime d'assurance médicaments. Pour y arriver, le gouvernement pourrait tout simplement augmenter les cotisations au Fonds des services de santé (FSS) auquel les employeurs contribuent déjà afin de financer le système de santé. Une telle augmentation demeure préférable à une augmentation de l'impôt des entreprises, car il est plus difficile de se soustraire aux cotisations au FSS. Comme c'est déjà le cas en ce moment, cette hausse de cotisation pourrait être modulée afin que les grandes entreprises contribuent davantage que les plus petites. Les entreprises n'offrant pas d'assurances collectives paieront davantage, mais il ne devrait pas s'agir d'un trop lourd fardeau quand on tient compte de tous les avantages d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

À cet égard, autant les travailleurs et les travailleuses que les employeurs peuvent y trouver leur compte. En sortant l'assurance médicaments du cadre de la négociation collective, une marge de manœuvre est libérée pouvant être utilisée à bonifier les conditions de travail et les avantages sociaux. Les travailleurs et les travailleuses n'auraient plus à sacrifier des hausses salariales pour tenter de régler le problème insoluble de l'augmentation immodérée des coûts de l'assurance médicaments. En outre, des personnes salariées ne seraient plus obligées de quitter leur emploi parce que les assurances collectives coûtent trop cher. En raison de son efficacité, un régime public et universel pourrait contribuer à réduire les coûts de main-d'œuvre et donc à améliorer la compétitivité des entreprises québécoises[79]. Un meilleur accès aux médicaments favoriserait le maintien d'une bonne santé et pourrait donc améliorer la productivité. Voilà quelques arguments pour vaincre les réticences des employeurs.

Un petit peu d'histoire

La Commission Castonguay-Nepveu proposait que les employeurs contribuent au financement du régime d'assurance maladie avec une cotisation de 0,8 % de la masse salariale. Comme mentionné dans le rapport, un tel prélèvement fiscal « tend à égaliser, pour tous les emplois et toutes les industries, les coûts des entreprises qui contribuent à un régime privé d'assurance maladie. »

Source : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *La santé – Le régime de la santé (suite),* deuxième partie, rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, vol. 4, tome 3, 1970, p. 26-27.

4.5 Québécois : un droit de retrait avec pleine compensation

La *Loi constitutionnelle de 1867* établit le partage des compétences entre les provinces et le fédéral. Celle-ci stipule que ce sont les provinces qui détiennent la responsabilité exclusive de faire des lois quant à « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine[80] ». Depuis l'avènement de l'État-providence, le gouvernement fédéral n'a cessé de s'ingérer dans le domaine de la santé grâce au soi-disant pouvoir de dépenser. D'ailleurs, l'un des objectifs de la *Loi canadienne sur la santé* consiste à établir les conditions que les provinces doivent respecter pour obtenir le financement du palier fédéral.

Dans le budget de 2018, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments qui, comme son nom l'indique, doit soumettre des recommandations à ce sujet. Le document de réflexion en soutien à cette consultation n'aborde pas les enjeux en matière de fédéralisme[81]. Il faut envisager la possibilité que le gouvernement fédéral empiète une fois de plus dans les champs de compétence du Québec pour forcer l'adoption d'un régime pancanadien d'assurance médicaments. Il s'agirait certes d'un gain social majeur pour la population québécoise, mais une telle façon de faire ne respecterait pas l'autonomie du Québec et ne constituerait pas un moyen légitime d'atteindre un objectif

79 Steven G. Morgan, *et al.*, *Pharmacare 2020 – L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada,* 15 juillet 2015, p. 11.

80 Canada, *Loi constitutionnelle de 1982,* 1982, article 92 (7), [En ligne] [laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-4.html].

81 Dans le document de réflexion, on mentionne que le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments devra « considérer le rôle crucial des provinces et des territoires relativement au système canadien de soins de santé et relativement à la prestation d'assurances-médicaments aux Canadiens ».

louable. Pour la FTQ, les modalités d'un régime public et universel d'assurance médicaments doivent d'abord et avant tout être discutées au Québec et établies en fonction des besoins de sa population.

Voilà pourquoi le Québec doit pouvoir se retirer avec pleine compensation de tout régime d'assurance médicaments imposé par le gouvernement fédéral. Conformément aux positions traditionnelles de la FTQ[82], il serait préférable que cette compensation soit versée sous forme de points d'impôt sur le revenu des particuliers plutôt que de procéder par un transfert en espèces, comme c'est le cas actuellement avec le Transfert canadien en matière de santé. Autrement dit, le gouvernement fédéral devrait céder une partie de son espace fiscal au Québec. Cette façon de faire comporte plusieurs avantages, dont la stabilité et la prévisibilité des revenus pour l'État québécois. De plus, cela permettrait de protéger le système public de santé de certaines décisions politiques néfastes du gouvernement fédéral. Pensons aux compressions sauvages des années 1990 ou à la récente décision de limiter la hausse des transferts à la croissance du PIB avec un plancher de 3 % par année.

Qui plus est, le gouvernement fédéral ne peut discuter de l'assurance médicaments sans aborder les problèmes de financement du système de santé. Lors de la création de l'assurance maladie, le gouvernement fédéral contribuait à parts égales avec les provinces. Aujourd'hui, sa part ne dépasse pas le quart des dépenses en santé des provinces. Le désir du gouvernement libéral d'élargir la couverture publique des soins de santé en y incluant les médicaments apparaît incohérent avec son intention de limiter les transferts en santé aux provinces. Selon le dernier budget québécois, « la contribution fédérale dans les dépenses en santé des provinces diminuera progressivement au cours de la prochaine décennie, passant de 23,0 % en 2017-2018 à 20,4 % en 2026-2027[83] ». Pour assurer la viabilité du système de santé québécois, la part du financement fédéral doit être rehaussée.

Cela dit, une collaboration respectueuse entre les provinces et le gouvernement fédéral pourrait s'avérer nécessaire, notamment pour convenir d'une liste commune de médicaments remboursables ou pour accroître le rapport de force des divers gouvernements face aux entreprises pharmaceutiques. Déjà, le Québec participe à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique qui regroupe les provinces, le gouvernement fédéral et les territoires. Cette organisation a pour objectif de faire diminuer le prix des médicaments grâce à un meilleur rapport de force. Une telle forme de collaboration est préférable à l'empiétement du fédéral dans les champs de compétence des provinces.

En outre, la mise sur pied d'un régime pancanadien d'assurance médicaments ou de plusieurs régimes provinciaux nécessitera de régler la question de la transférabilité, l'un des cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé.* Cette dimension demeure importante pour ceux et celles qui ont à recevoir des soins à l'extérieur du Québec ou qui doivent changer de province de résidence. Actuellement, le régime public d'assurance médicaments québécois ne couvre pas les médicaments achetés hors Québec et les régimes privés ne les remboursent pas toujours. À l'instar des services assurés par la RAMQ, des ententes auront à être négociées entre les provinces afin que tous les médicaments achetés hors de la province d'origine puissent être remboursés. Un tel esprit de coopération s'avère nécessaire, mais le Québec doit être libre de ses choix et n'être contraint d'aucune façon par le gouvernement fédéral.

CAS SYNDICAL

Le casse-tête des entreprises de compétence fédérale

Une grande entreprise de compétence fédérale offre un régime d'assurance médicaments qui ne respecte pas la contribution maximale annuelle comme stipulé dans la *Loi sur l'assurance médicaments.* « Avant 2008, il y avait un plafond qui s'appliquait, mais on a perdu ce droit-là en négociation. Par la suite, on s'est retrouvés avec des cas où des personnes payaient de 500 $ à 600 $ par mois pour leurs médicaments. Il fallait trouver des solutions. On a rapidement négocié un protocole d'entente avec l'employeur. Les travailleurs et les travailleuses peuvent donc renoncer au volet médicaments du régime privé et s'inscrire au régime public, tout en conservant les autres couvertures des assurances collectives. » Que l'employeur soit de compétence fédérale ou provinciale ne devrait rien changer aux protections minimales offertes aux travailleurs et aux travailleuses par un régime d'assurance médicaments.

Source : Entrevue FTQ, août 2018.

82 FTQ, *Mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) présenté à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada,* mars 2002, p. 13.

83 Québec, *Le Plan économique du Québec,* budget 2018-2019, mars 2018, Québec, p. H.11.

4.6 Viable : les meilleurs résultats de santé au moindre coût

Le principe d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que « tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés […][84] ». Un régime public et universel d'assurance médicaments se doit également d'être intégral dans le sens où les Québécois et les Québécoises doivent avoir accès aux médicaments nécessaires pour les maintenir en santé. Cependant, les dépenses en médicaments sont actuellement beaucoup trop élevées et mettent une pression importante sur le système de santé.

Dans un tel contexte, il apparaît urgent d'aborder de front la question de la viabilité du régime d'assurance médicaments en entamant une réflexion collective sur l'utilisation des médicaments. Plutôt que de rembourser tous les médicaments quel que soit le prix, un régime public et universel doit avoir comme objectif d'obtenir les meilleurs résultats de santé au moindre coût. Ainsi, l'on pourrait assurer uniquement les médicaments qui répondent aux besoins de la population québécoise ainsi que ceux dont l'évaluation coût-bénéfice est avantageuse. Cela signifie également de mettre sur pied des politiques publiques pour réduire la consommation de médicaments. Toute mesure qui touche de près le choix des médicaments peut être très sensible; mais dans le contexte actuel, le statu quo n'est pas une option. Des choix collectifs s'imposent pour réduire les coûts en médicaments et ainsi assurer la viabilité du futur régime d'assurance médicaments.

Sortir l'assurance privée du médicament permettra aux Québécois et aux Québécoises d'en avoir plus pour leur argent. Comparativement à un régime public, les régimes privés sont plutôt inefficaces. Les frais d'administration seront beaucoup plus faibles pour un seul régime public que pour une myriade de régimes privés. En outre, une recherche sur l'industrie canadienne de l'assurance démontre que la proportion des bénéfices versés aux adhérents et aux adhérentes par rapport aux primes versées est en constante diminution[85]. Selon cette dernière, l'explication la plus plausible serait que les assureurs privés font davantage de profits et versent de plus gros dividendes aux actionnaires. Ainsi, la nécessité de faire des profits rend l'assurance médicaments privée beaucoup moins efficace.

Plusieurs chercheurs et chercheuses ont tenté d'évaluer les économies potentielles résultant de la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments. D'après une première estimation, le Québec pourrait réduire ses dépenses annuelles en médicaments de 2 milliards de dollars[86]. Selon une deuxième, les économies iraient de 828 millions de dollars jusqu'à environ 3,35 milliards de dollars en fonction des changements apportés à la politique industrielle[87]. Les économies ainsi réalisées permettront de financer des médicaments très onéreux ou d'autres services essentiels en matière de prévention, de santé publique ou de soins à domicile.

4.7 Indépendant : libre de l'influence des lobbys et des pressions politiques

En ce moment, les lobbys, et plus particulièrement celui de l'industrie pharmaceutique, occupent une place trop importante dans les politiques publiques entourant le médicament. Ces entreprises disposent d'importants moyens pour influencer les gouvernements et ainsi faire pencher la balance en leur faveur. Par exemple, elles financent des groupes de patients et de patientes qui font pression sur les gouvernements pour que davantage de médicaments soient remboursés par le régime public, et ce, même si leur prix est trop élevé par rapport à leur efficacité. Au palier fédéral, l'industrie a réussi à faire adopter une politique de prix élevés à la fin des années 1980 et n'a pas respecté sa promesse d'investir au moins 10 % de ses recettes en R-D pendant 17 longues années. Les droits de propriété intellectuelle pour les médicaments brevetés ont été progressivement renforcés au fil des ans et l'influence de l'industrie sur les activités de Santé Canada demeure inquiétante. Au Québec, la Politique du médicament adoptée en 2007 visait à concilier les intérêts de l'industrie et utilisait le régime d'assurance médicaments pour favoriser le développement du secteur pharmaceutique.

Le principe d'indépendance suppose que plusieurs décisions relatives au régime d'assurance médicaments ne soient pas influencées par les divers lobbys ou le pouvoir politique. Cela signifie également que le régime d'assurance médicaments doit d'abord et avant tout répondre aux besoins de la

84 CANADA, *Loi canadienne sur la santé,* L.R.C., 1985, ch. C-6, article 9.

85 Michael R. LAW, Jillian KRATZER et Irfan A. DHALLA, « The increasing inefficiency of private health insurance in Canada », *Canadian Medical Association Journal,* vol. 186, nº 12, 2014.

86 Il s'agit d'estimations selon le scénario de base. L'étude a également évalué les impacts de deux autres scénarios (pire des cas et meilleur des cas). Steven G. MORGAN *et al.*, « Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada », *Canadian Medical Association Journal,* 2015, p. 3.

87 Marc-André GAGNON, *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada,* Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, Ottawa, 2014, p. 75-76.

population et non pas s'inscrire dans le cadre d'une politique industrielle. Si les gouvernements souhaitent favoriser le développement économique de cette industrie, ils disposent d'autres outils pour le faire comme les crédits d'impôt ou les subventions.

4.8 En résumé : les contours d'un régime public et universel

Pour résumer, voici à quoi ressemblerait un régime public et universel d'assurance médicaments qui correspond aux besoins des travailleurs et des travailleuses :

- Le régime couvrirait sans exception l'ensemble des citoyens et des citoyennes. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) agirait comme payeur unique pour les médicaments d'ordonnance.
- L'assurance privée aurait un rôle complémentaire en remboursant uniquement les médicaments qui ne sont pas assurés par la RAMQ.
- Les citoyens et les citoyennes n'auraient pas à débourser un seul sou de leur poche pour avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Il n'y aurait donc pas de franchise ou de coassurance.
- Pour des raisons d'équité, le régime d'assurance médicaments serait financé par l'impôt progressif sur le revenu et non par des primes. Pour s'assurer que les entreprises continuent de contribuer au financement de l'assurance médicaments, les cotisations au Fonds des services de santé seraient rehaussées.
- Tout en assurant un accès aux médicaments dont les Québécois et les Québécoises ont besoin, le régime d'assurance médicaments aurait pour objectif d'obtenir les meilleurs résultats de santé au moindre coût. Cela signifie d'effectuer certains choix collectifs pour réduire les dépenses en médicaments.
- Le régime d'assurance médicaments devrait d'abord répondre aux besoins de la population et être suffisamment indépendant des lobbys et des pressions politiques.

CHAPITRE 5 – RÉÉQUILIBRER LE RAPPORT DE FORCE EN NOTRE FAVEUR

Pour qu'un futur régime 100 % public et universel d'assurance médicaments corresponde véritablement aux besoins des travailleurs et des travailleuses, les deux ordres de gouvernement devront faire preuve d'une volonté politique ferme et entreprendre d'importantes réformes. Malgré un appui considérable de la population pour mettre sur pied un tel régime, divers lobbys, notamment les assureurs et les entreprises pharmaceutiques, feront tout en leur pouvoir pour protéger leurs intérêts et faire échouer ce projet.

Pour le Québec, la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments doit absolument s'accompagner d'une nouvelle politique du médicament mieux adaptée et qui vise uniquement à protéger les intérêts de la population et non ceux de l'industrie. Dans un monde idéal, le Québec disposerait de tous les leviers d'un État souverain. Malheureusement, il faut encore composer avec la réalité canadienne où certains pouvoirs importants sont exercés par le palier fédéral.

5.1 Reprendre le contrôle des dépenses en médicaments

À l'heure actuelle, les gouvernements n'utilisent pas tous les leviers à leur disposition pour s'assurer que les dépenses en médicaments d'ordonnance soient raisonnables. C'est l'une des raisons expliquant la hausse fulgurante des coûts de l'assurance médicaments. Pour assurer la viabilité d'un futur régime public et universel d'assurance médicaments, les deux ordres de gouvernement doivent agir avec fermeté.

Extrait des résolutions nos 110 et 111 adoptées au 29e Congrès de la FTQ (2010)

QU'IL SOIT RÉSOLU QUE la FTQ appuie la campagne en vue de l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments au Québec;

QU'IL SOIT DE PLUS RÉSOLU QU'afin d'assurer un contrôle des coûts et la pérennité du régime universel, la FTQ revendique :

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

5.1.1 Limiter les droits de propriété intellectuelle

Si le prix des médicaments brevetés est si élevé, c'est principalement en raison des droits de propriété intellectuelle accordés par les brevets. Avec un régime public et universel, le Québec peut se doter de nouvelles capacités institutionnelles afin d'améliorer son rapport de force face aux entreprises pharmaceutiques (voir section 5.1.2). Toutefois, c'est le gouvernement fédéral qui détient la compétence exclusive en matière de brevets. Il est donc le seul pouvant réglementer le prix des médicaments brevetés. Il doit utiliser tous les outils disponibles et modifier des lois, lorsque nécessaire, pour les prix des médicaments brevetés doivent être raisonnables tout en récompensant de manière adéquate les réelles innovations. Il s'agit certes d'une question complexe considérant les obligations découlant des accords internationaux signés par le Canada (voir encadré). Malgré ces contraintes, le gouvernement fédéral peut agir.

Revoir le rôle du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB)

Considérant l'échec patent du CEPMB, un véritable débat de société doit être amorcé sur la façon dont les prix des médicaments brevetés sont établis. Pour que l'organisme joue pleinement son rôle de protection des intérêts de la population, des réformes sont urgentes. À cet égard, plusieurs propositions ont été soumises au fil des ans pour revoir le fonctionnement du CEPMB :

- Inclure davantage de pays dans l'analyse comparative externe et exclure ceux dont les prix sont trop élevés, notamment les États-Unis;
- Fixer les prix en fonction de la valeur thérapeutique des médicaments. Par exemple, le prix d'un nouveau médicament ne présentant pas d'amélioration significative pourrait être fixé selon celui du générique d'une même catégorie thérapeutique.
- Fixer les prix selon les coûts de développement d'un médicament. Ainsi, le prix d'un médicament permettrait à une entreprise de récupérer ses dépenses de R-D et de mise en marché en plus de réaliser un profit raisonnable. Une telle approche nécessite davantage de transparence de la part des entreprises pharmaceutiques. Pour le moment, il est très difficile de connaître l'ensemble des coûts pour développer un médicament.

Les accords commerciaux et les droits de propriété intellectuelle

La négociation et la ratification des accords commerciaux – en particulier l'Accord de libre-échange canado-américain (ALÉ), l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) et l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'OMC – ont eu pour conséquence un renforcement important des droits de propriété intellectuelle, particulièrement pour les médicaments brevetés. Par exemple, on a assisté à l'allongement de la durée des brevets, de 17 à 20 ans et à l'abolition du régime des licences obligatoires pour les médicaments. De tels accords ont permis d'accroître le pouvoir des entreprises pharmaceutiques et de considérablement réduire la capacité des gouvernements d'agir dans l'intérêt collectif.

Malheureusement, le Canada continue de conclure des accords commerciaux qui favorisent l'intérêt des entreprises pharmaceutiques. Dans le cadre de l'Accord économique et commercial global (AÉCG) entre le Canada et l'Europe, le gouvernement fédéral a fait adopter le projet de loi C-30 afin de prolonger la durée des brevets des médicaments brevetés. Cela aura pour conséquence de retarder l'arrivée sur le marché de médicaments génériques moins coûteux et, conséquemment, d'augmenter les dépenses en la matière. D'après les évaluations du Directeur parlementaire du budget (DPB), cette politique aurait fait augmenter les dépenses de 392 millions de dollars pour le Canada et de 90 millions de dollars pour le Québec si elle avait été en place en 2015. En incluant les médicaments fournis par les hôpitaux et les établissements de santé, on estime les coûts supplémentaires à plus de 500 millions de dollars pour l'ensemble du Canada.

Dans le cadre de la renégociation de l'ALENA, la FTQ a fait part de ses préoccupations au sujet des brevets en mentionnant qu'il faut refuser toute prolongation des brevets sur les médicaments afin de protéger le système de santé public. Les négociations pour le renouvellement de l'ALENA ont mené au nouvel Accord États-Unis Mexique Canada (AEUMC) qui prévoit d'augmenter la protection des données de 8 à 10 ans pour les médicaments biologiques, ce qui fera encore une fois augmenter les coûts.

Sources : Joel Lexchin, *Private profits versus public policy: the pharmaceutical industry and the Canadian state,* 2016, Toronto, University of Toronto Press; Bureau du directeur parlementaire du budget, *La prolongation de la durée des brevets et le coût des médicaments,* avril 2018, Ottawa, p. 3-4; FTQ, *Mémoire de la FTQ sur la renégociation de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA)*, présenté dans le cadre des consultations en ligne Consultations ALENA, Affaires mondiales Canada, 18 juillet 2017, p. 20; Canada, *Chapitre sur la propriété intellectuelle,* Accord États-Unis-Mexique-Canada (AEUMC), [En ligne] [international.gc.ca/trade-commerce/trade-agreements-accords-commerciaux/agr-acc/usmca-aeumc/ip-pi.aspx?lang=fra] (consultée le 18 octobre 2018).

Un enrobage à 300 000 $

Depuis une vingtaine d'années, les patients et les patientes atteints de cystinose, une maladie rénale très rare, avaient accès à un traitement relativement abordable. Le Cystagon coûtait environ 5000 dollars par année pour traiter un individu. Comme ce médicament n'était pas disponible sur le marché canadien, les patients et les patientes devaient se le procurer grâce au programme d'accès spécial de Santé Canada. Récemment, l'entreprise Horizon Pharma a obtenu l'autorisation de mettre en marché au Canada le Procysbi, un médicament qui contient les mêmes ingrédients actifs que le Cystagon, mais avec un enrobage différent qui permet une libération plus lente. Son prix est toutefois beaucoup plus élevé : environ 300 000 dollars par année. Comme un traitement est maintenant officiellement disponible sur le marché canadien pour traiter cette maladie, il n'est plus permis d'obtenir le Cystagon grâce au programme d'accès spécial. Le prix démesuré du Procysbi soulève d'importants problèmes d'accès pour les patients et les patientes qui ont besoin de ce médicament. Le CEPMB mène présentement une enquête afin de déterminer si ce prix est excessif. En outre, ce sont les patients et les patientes qui, par différentes activités de collecte de fonds, ont eux-mêmes financé la recherche fondamentale ayant permis de trouver ce remède.

Sources : Justine Hunter, « Rare diseases, expensive drugs - Health Canada showdown coming », *The Globe and Mail*, 24 juin 2018, [En ligne] [www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-rare-diseases-expensive-drugs-health-canada-showdown-coming] (consultée le 17 octobre 2018), Kelly Crowe, « Canadian families stunned by 3,000 % increase in price of life-saving drug », *CBC*, 10 mars 2018, [En ligne] [www.cbc.ca/news/health/second-opinion-procysbi-cystagon-march10-1.4570152] (consultée le 17 octobre 2018).

Des profits abusifs : un impératif moral

« Le dirigeant d'une société pharmaceutique américaine a invoqué mardi "l'impératif moral" pour justifier la multiplication par cinq du prix d'un traitement contre l'infection de la vessie, en pleine polémique sur le coût des médicaments aux États-Unis. Nirmal Mulye, le patron de la société Nostrum Laboratories, basée dans l'État du Missouri, a expliqué la flambée du prix d'une bouteille de l'antibiotique Nitrofurantoïne par "l'impératif moral de gagner de l'argent quand on le peut" et de "vendre le produit au prix le plus élevé possible", selon des propos rapportés par le *Financial Times*. Ce traitement a vu son prix aux États-Unis passer de 474,75 dollars en janvier 2017 à 2392,32 dollars fin août 2018, selon les données de la société d'analyse Elsevier, soit une multiplication du prix par cinq. »

Source : Agence France-Presse, « "L'impératif moral" pour justifier l'explosion du prix d'un traitement », *La Presse*, 11 septembre 2018, [En ligne] [www.lapresse.ca/affaires/economie/etats-unis/201809/11/01-5196137-limperatif-moral-pour-justifier-lexplosion-du-prix-dun-traitement.php] (consultée le 17 octobre 2018).

En 2016, le CEPMB a procédé à des consultations afin de revoir la réglementation des prix des médicaments brevetés. Par la suite, un projet de règlement a été déposé à la fin 2017. Selon les évaluations du CEPMB, cette nouvelle réglementation devrait faire baisser les dépenses en médicaments brevetés au Canada de 8,6 milliards de dollars sur 10 ans. Il s'agit certes d'un pas dans la bonne direction, mais il faudra évaluer si cette réforme va suffisamment loin. Soulignons que le CEPMB a mis sur pied un comité afin de formuler des recommandations sur cette nouvelle réglementation. La présence de plusieurs grandes entreprises de l'industrie au sein du comité laisse craindre le pire[88]. Mais, peu importe l'issue de ces discussions, le gouvernement fédéral a la responsabilité de s'assurer que les prix des médicaments brevetés soient raisonnables afin d'assurer la viabilité d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

Restreindre l'accès aux brevets

Pour être admissible à un brevet, une invention doit être nouvelle, utile et inventive. D'après les évaluations du CEPMB et de la revue française Prescrire, on constate que la très grande majorité des nouveaux médicaments brevetés n'apportent rien de nouveau par rapport à ce qui existe déjà (voir chapitre 3). Cela fait en sorte que des médicaments coûteux, mais pas nécessairement plus efficaces, obtiennent un monopole temporaire de l'État. Une telle situation fait augmenter les dépenses totales en médicaments. Pour limiter les droits de propriété intellectuelle aux véritables inventions, il apparaît nécessaire de resserrer les critères qui permettent d'accorder un brevet. Les entreprises qui commercialisent des médicaments d'imitation (*me-too drugs*) qui n'apportent aucun bénéfice thérapeutique supplémentaire ne devraient pas obtenir de brevet.

De plus, les entreprises pharmaceutiques utilisent le régime des brevets de manière abusive pour protéger leurs parts de marché et retarder l'arrivée des médicaments génériques sur le marché. Cette stratégie de perpétuation des brevets, que l'on appelle *evergreening* en anglais, consiste à effectuer des modifications mineures à un médicament existant afin d'obtenir de nouveaux brevets[89]. Il peut s'agir, par exemple, du même médicament avec un nouveau mécanisme de libération, d'une nouvelle combinaison de deux molécules existantes ou d'une nouvelle façon d'utiliser le médicament (indication). La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, dans son rapport final publié en 2002, s'en inquiétait et demandait au gouvernement fédéral d'examiner la situation de plus près[90]. Le régime des brevets ne devrait pas permettre de tels abus qui ne visent qu'à protéger les intérêts des entreprises et non à améliorer la santé des travailleurs et des travailleuses.

Utiliser les licences obligatoires

Comme indiqué au chapitre 2, une licence obligatoire permet à un État d'accorder le droit de fabriquer, d'utiliser ou de vendre une invention brevetée sans la permission du titulaire du brevet. Elles permettent donc la production de médicaments génériques moins coûteux avant l'expiration des brevets. Ce régime a toutefois été aboli dans les années 1990 par le gouvernement conservateur de l'époque, ce qui correspondait aux demandes de l'industrie pharmaceutique.

L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) laisse pourtant une certaine flexibilité aux États dans l'octroi de licences obligatoires afin de protéger la santé publique[91]. Le gouvernement fédéral peut légitimement contrer les abus des détenteurs de brevets grâce aux licences obligatoires. Ainsi, il est possible de produire des médicaments génériques moins coûteux et, conséquemment, d'améliorer l'accès pour les personnes malades. C'est globalement une question de volonté politique.

Au-delà des brevets

Dans un monde idéal, il n'y aurait pas de brevets pour les médicaments considérant leur importance pour la santé des populations. Les médicaments ne sont pas des biens de consommation comme les autres. Dans cette optique, plusieurs estiment qu'il est nécessaire de revoir les droits de propriété intellectuelle et de trouver des solutions de rechange au régime des brevets. Aux États-Unis, un sénateur démocrate a introduit à plusieurs reprises des projets de loi afin de remplacer le régime des brevets pour les médicaments par des prix à l'innovation[92]. Dans un tel système, l'État n'accorderait aucun monopole pour la vente de médicaments et il n'y

88 CEPMB, *Mandat du comité directeur sur les Lignes directrices visant la modernisation du processus d'examen du prix du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB),* 2018, [En ligne] [www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1377&lang=fr] (consultée le 17 octobre 2018).

89 Joel Lexchin, *Private profits versus public policy: the pharmaceutical industry and the Canadian state,* Toronto, University of Toronto Press, 2016, p. 136-137.

90 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada*, rapport final, novembre 2002, p. 229-230.

91 Céline Grillon, « Brevets et accès aux médicaments : les blocages sont politiques et non juridiques », *Institut de relations internationales et stratégiques*, avril 2017, p. 3.

92 *The Medical Innovation Prize Fund*, 26 mai 2011.

aurait aucune barrière à l'introduction de médicaments génériques moins coûteux. Plutôt que de récompenser les innovations par une politique de prix élevés, l'État distribuerait des fonds aux individus ou aux entreprises dont les médicaments répondent à certains critères, comme la valeur thérapeutique du médicament ou le nombre de personnes pouvant bénéficier de ladite innovation. Pour d'autres, les prix à l'innovation peuvent jouer un rôle complémentaire intéressant afin de pallier les lacunes du régime des brevets et du libre-marché[93].

Considérant le cadre fédéral canadien et les contraintes des accords commerciaux, l'abolition du régime des brevets pour les médicaments ne risque pas de se produire de sitôt. Toutefois, les gouvernements devraient évaluer ces nouveaux modèles, comme les prix à l'innovation, afin de déterminer s'ils peuvent contribuer à la découverte de nouveaux médicaments et éviter certains abus causés par le régime des brevets.

5.1.2 Revoir la liste de médicaments remboursables

Pour certains *think tanks* de droite, la qualité d'un régime d'assurance médicaments est essentiellement déterminée par le nombre de médicaments couverts[94]. Or, ce n'est pas parce qu'un régime rembourse moins de médicaments que les soins offerts seront de moins grande qualité. Comme expliqué précédemment, les nouveaux médicaments ne sont pas nécessairement meilleurs comparativement à ceux qui sont déjà disponibles.

Du point de vue de la viabilité financière du régime, une longue liste pose problème. Comme l'indique l'Organisation mondiale de la Santé : « aucun gouvernement ni système d'assurance maladie ne peut se permettre de fournir ou de rembourser tous les médicaments existants sur le marché[95]. » La liste de la RAMQ comprend plus de 8 000 entrées sur un total de 13 000 médicaments disponibles au Canada[96]. À titre de comparaison, environ 2 000 médicaments sont remboursés par le régime public d'assurance maladie en Nouvelle-Zélande[97]. En remboursant autant de médicaments, le Québec augmente ses dépenses en médicaments et met sous pression le système de santé. En outre, une longue liste de médicaments couverts comporterait d'autres désavantages, comme des problèmes plus importants d'accès et des prescriptions moins appropriées[98].

Pour reprendre le contrôle, le Québec doit d'abord établir une liste de médicaments couverts plus courte qui répondrait tout aussi bien aux besoins des Québécois et des Québécoises. Ainsi, des médicaments pourraient être exclus de la liste, notamment ceux dont le prix est trop élevé par rapport à leur efficacité ou ceux qui peuvent être facilement substitués par un médicament moins cher.

Instaurer des contraintes budgétaires

Considérant que les ressources financières ne sont pas illimitées et que les dépenses dans ce domaine doivent être contrôlées, le Québec devrait s'inspirer de l'exemple néo-zélandais en établissant un budget pour les médicaments. Dans ce pays, l'agence gouvernementale Pharmac est responsable de gérer la liste de médicaments qui seront couverts par le régime public, et ce, dans une perspective d'obtenir les meilleurs résultats de santé possible tout en respectant certaines contraintes budgétaires[99]. Ainsi, le ministre de la Santé de la Nouvelle-Zélande fixe le montant du budget pour les médicaments dont Pharmac tient compte lorsqu'elle décide si un médicament sera inscrit ou non sur la liste[100]. Pour son budget, l'agence dispose d'une certaine marge de manœuvre dans les cas où, par exemple, l'utilisation des médicaments serait plus importante que prévu. En procédant ainsi, le gouvernement néo-zélandais s'assure que les dépenses en médicaments n'aient pas d'impacts négatif ssur les autres pans du système de santé.

Au Canada, un consensus semble s'établir quant à la nécessité d'adopter un tel budget pour assurer la viabilité du régime d'assurance médicaments. Selon des spécialistes de ce sujet,

93 Joseph E. Stiglitz, « Prizes, not patents », *Real-World Economics Review*, nº 42, 2007.

94 Canadian Health Policy Institute, « Comparing Access to New Drugs in Canada's Federal and Provincial Public Drug Plans », *Canadian Health Policy,* Toronto, 2014.

95 Organisation mondiale de la Santé, *La sélection des médicaments essentiels,* Genève, juin 2002, p. 1.

96 Comité permanent de la santé, *Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les canadiens : une nécessité, Rapport du comité permanent de la santé*, Canada, 42e législature, 1ère session, avril 2018, p. 80, [En ligne] [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/medicaments-couverts.aspx] (consulté le 17 octobre 2018).

97 Jacqueline Cumming *et al.*, « How New Zealand has contained expenditure on drugs » *British Medical Journal*, vol. 340, 2010.

98 Navindra Persaud et Haroon Ahmad, « Canadian list of essential medications. Potential and uncertainties », *Le médecin de famille canadien*, vol. 63, avril 2017, p. 266.

99 « The objectives of Pharmac are to secure for eligible people in need of pharmaceuticals, the best health outcomes that are reasonably achievable from pharmaceutical treatment and from within the amount of funding provided […]. » Source : New Zealand, *New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, partie 4, article 47.

100 Pharmac, *Setting and managing the Combined Pharmaceutical Budget (CPB),* Fact sheet nº 8.

« un budget de programme garantira que l'assurance-médicaments publique et universelle ne soit pas perçue comme un chèque en blanc pour les fabricants, les prescripteurs et les patients, mais comme un système rationnel maximisant les bienfaits pour la santé de chaque dollar dépensé en médicaments et en investissements dans la santé et les soins de santé des Canadiens[101] ». Une telle approche comporte des avantages indéniables pour contenir la hausse des dépenses en médicaments d'ordonnance, ce qui est un objectif défendu par la FTQ. De plus, il s'agit d'une façon d'engager un dialogue sur les médicaments devant être remboursés.

Dépolitiser le choix des médicaments

La décision d'inscrire ou non un médicament sur la liste de la RAMQ soulève des questionnements éthiques majeurs. Régulièrement, les médias font état d'histoires où des patients et des patientes s'élèvent contre le fait qu'un médicament très coûteux ne soit pas remboursé. Les discussions à ce sujet peuvent être difficiles, car elles sont souvent liées à de vives émotions. Comme la santé est un droit humain fondamental, les gouvernements ont la responsabilité que tous et toutes puissent obtenir les médicaments dont ils ont besoin. Cependant, il est impossible de tout rembourser, quel que soit le prix, sans que cela n'ait d'impacts majeurs sur les autres pans du système de santé. Cela ne veut pas dire qu'il faille abandonner certaines personnes malades à leur sort, mais plutôt de trouver un équilibre entre les divers besoins de la population et les ressources disponibles en santé.

En ce moment, c'est le ministre de la Santé qui décide d'inscrire ou non un médicament sur la liste de la RAMQ en se basant sur les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cette façon de procéder n'est peut-être plus adaptée dans l'optique où il faudra, de plus en plus, effectuer des arbitrages difficiles afin d'assurer la viabilité du régime d'assurance médicaments. Il apparaît donc nécessaire que le choix des médicaments couverts ne soit pas influencé par les pressions politiques, mais plutôt fondé sur les besoins de la population et les meilleures données disponibles. En d'autres mots, la gestion de la liste des médicaments devrait être dépolitisée et rationnelle.

Un organisme indépendant responsable de la liste des médicaments

Un régime public et universel d'assurance médicaments devra établir une liste de médicaments couverts en fonction de contraintes budgétaires et de manière dépolitisée. La meilleure façon d'atteindre ces objectifs serait de confier cette responsabilité à un organisme qui soit indépendant autant du pouvoir politique que de l'influence de l'industrie pharmaceutique. L'INESSS pourrait jouer ce rôle, mais il ne semble pas disposer de l'indépendance nécessaire face au ministre de la Santé. Une autre option consisterait à créer un tout nouvel organisme à but non lucratif et financé par l'État selon le modèle de la Société canadienne du sang, le pendant canadien d'Héma-Québec[102]. Ces options pourraient toutes deux convenir dans la mesure où le résultat est un organisme libre de tout conflit d'intérêts, suffisamment indépendant pour prendre des décisions dans l'intérêt général, disposant de l'expertise et des ressources nécessaires pour bien faire son travail, capable de négocier ferme avec l'industrie pharmaceutique, et qui consulte la population québécoise quant à ses besoins et ses préoccupations. En bref, un tel organisme doit susciter la confiance des Québécois et des Québécoises.

5.1.3 Négocier à armes égales avec l'industrie pharmaceutique

L'organisme indépendant qui sera responsable d'établir la liste des médicaments remboursables devra disposer de tous les outils nécessaires afin de négocier à armes égales avec l'industrie pharmaceutique. Bien que le gouvernement ait réalisé quelques avancées timides au cours des dernières années, il faut aller plus loin pour reprendre le contrôle des dépenses en médicaments. D'autres pays, en particulier la Nouvelle-Zélande, ont développé plusieurs stratégies intéressantes pour contrôler les coûts. Le Québec pourrait s'en inspirer et les adapter en fonction de sa réalité.

Avoir recours aux appels d'offres pour les médicaments génériques

Avec la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments, les appels d'offres constituent un outil intéressant pour s'assurer d'obtenir le meilleur prix pour les médicaments génériques. Comme le démontre l'exemple néo-zélandais, le développement de ces capacités peut prendre un certain temps. En 1996, Pharmac n'a lancé qu'un seul appel d'offres[103]. Aujourd'hui, près de la moitié des médicaments consommés, correspondant à 20 % du budget

101 Steven G. Morgan *et al.*, *Pharmacare 2020 – L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada*, 15 juillet 2015, p. 17.

102 Comité permanent de la santé, *Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les canadiens : une nécessité*, Rapport du comité permanent de la santé, Canada, 42e législature, 1ère session, avril 2018, p. 74.

103 Pharmac, *Pharmac – A 25 years history*, Wellington, 2018, p. 12.

annuel, sont obtenus de cette manière[104]. À moyen terme, le Québec pourrait adopter une stratégie similaire.

L'industrie s'oppose vivement à la possibilité que le Québec utilise les appels d'offres. Selon cette dernière, cela occasionnerait plusieurs problèmes : ruptures d'approvisionnement plus fréquentes, arrivée moins rapide des génériques sur le marché, pertes d'emplois, diminution des services en pharmacie et fermeture de pharmacies[105]. Mais surtout, les appels d'offres constituent une menace directe pour les fabricants, les grossistes et les chaînes de pharmacies. En permettant de mieux contrôler les coûts, on limite les profits réalisés par ces entreprises, dont plusieurs sont cotées en bourse.

Cela dit, le gouvernement doit évaluer l'ampleur des risques associés aux appels d'offres et les atténuer, le cas échéant.

Qu'est-ce qui cause les ruptures d'approvisionnement en médicaments ?

Au Québec, et partout dans le monde, les ruptures d'approvisionnement en médicaments sont de plus en plus graves. Leur nombre et leur durée augmentent. Le comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments, formé de l'Ordre des pharmaciens du Québec, du Collège des médecins du Québec, de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec et de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires a produit un rapport et des recommandations sur cette question. Selon ces derniers, « les causes principales des ruptures sont les arrêts ou les délais de production associés à des contraintes de fabrication, réglementaires ou de nature économique ». La fusion d'entreprises et la consolidation du secteur ont fait diminuer le nombre de fabricants. Les problèmes de qualité peuvent interrompre la production. Des entreprises délaissent la production de médicaments moins payants, mais tout de même essentiels. Les matières premières peuvent manquer. La demande pour certains médicaments peut augmenter de manière subite. Les pratiques de certains distributeurs, de chaînes et de bannières limitent la distribution de médicaments. Il s'agit donc d'un problème complexe ayant de multiples causes..

Source : Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec, Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec et Association québécoise des pharmaciens propriétaires, *Les ruptures d'approvisionnement en médicaments – Un enjeu de santé publique qui nécessite des actions concertées*, recommandations du comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments, 2012.

La question des liens entre les ruptures d'approvisionnement et les appels d'offres suscite les plus importantes inquiétudes. Pourtant, les causes de ces ruptures se trouvent le plus souvent du côté des entreprises (voir encadré). Comme le souligne un expert, « la mise en place d'un pôle d'achat centralisé recourant à des clauses d'achat prudentes pour assurer la stabilité de l'approvisionnement pourrait s'avérer la meilleure façon de réduire les pénuries[106] ». C'est d'ailleurs ce que fait la Nouvelle-Zélande. Ainsi, les appels d'offres pourraient jouer un rôle positif dans la diminution des ruptures d'approvisionnement.

Établir des prix de référence

En établissant un prix de référence, un régime d'assurance médicaments rembourse au même prix tous les médicaments d'une même catégorie pharmaceutique. Il s'agit en quelque sorte d'un prix plafond. Ainsi, une personne souhaitant se procurer un médicament dont le prix dépasse le plafond dispose de deux options. Elle peut payer la différence de sa poche ou se procurer un médicament tout aussi efficace, mais dont le prix est moins élevé. De cette façon, les médicaments génériques généralement moins coûteux compétitionnent avec les médicaments brevetés qui sont plus chers[107].

Le régime d'assurance médicaments québécois a recours à une stratégie similaire en établissant un prix maximum payable (PMP) pour certains médicaments. Ainsi, le régime fixe un prix plafond de la même manière qu'un prix de référence. Au moment d'écrire ces lignes, seuls les inhibiteurs de pompe à protons (IPP), qui servent à traiter les reflux gastriques et les ulcères d'estomac, faisaient l'objet d'un PMP. Une publication de la RAMQ explique ce choix : « Les IPP sont des médicaments coûteux dont le prix unitaire peut varier du simple au triple. Puisque ces médicaments sont reconnus par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux comme étant d'efficacité similaire sur le plan thérapeutique, il a été décidé de revoir le montant remboursé pour ces produits afin que les économies qui en découleront soient réinvesties ailleurs dans le système de santé[108]. »

104 Pharmac, *Medicines and medical devices contract negotiation*, 11 octobre 2016, [En ligne] [www.pharmac.govt.nz/about/your-guide-to-pharmac/factsheet-05-contract-negotiation] (consultée le 17 octobre 2018).

105 Aidan Hollis et Paul Grootendorst, *Tendering generic drugs: What are the risks ?*, Association canadienne du medicament générique, 2012, p. 1.

106 Marc-André Gagnon, *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*, La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, Ottawa, 2014, p. 22.

107 Marc-André Gagnon, *Le modèle kiwi : Comprendre la politique néo-zélandaise d'achat de médicaments prescrits*, Journée d'étude de l'Union des consommateurs sur le contrôle du coût des médicaments, UQAM, 21 octobre 2010, p. 6.

108 Régie de l'assurance maladie du Québec, *Médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons – Baisse du prix maximum payable*, juillet 2015.

Ce raisonnement peut également s'appliquer pour d'autres catégories thérapeutiques. En effet, pourquoi accepter de rembourser des médicaments coûteux dont l'efficacité n'est pas supérieure à ce qui se trouve déjà sur le marché ? À cet égard, le gouvernement devrait regarder de près les pratiques de la Nouvelle-Zélande et de la Colombie-Britannique qui se sont dotés de prix de référence depuis plusieurs années. Une telle stratégie permettrait de réaliser d'importantes économies sans compromettre l'accessibilité aux médicaments.

Négocier des ententes avec les fabricants

Avec l'adoption du projet de loi nº 28 en 2016, le ministre québécois de la Santé et des Services sociaux peut maintenant conclure des ententes confidentielles avec les fabricants afin de faire diminuer le prix des médicaments. Comme expliqué précédemment, ces ententes peuvent prendre plusieurs formes. À l'échelle internationale, on dénombre d'autres types d'ententes dont le potentiel est fort intéressant (voir encadré).

Idéalement, de telles ententes secrètes n'existeraient pas. Malheureusement, elles risquent de faire encore partie du décor au cours des prochaines années. La mise sur pied d'un régime 100 % public et universel d'assurance médicaments permettrait toutefois d'en atténuer certains inconvénients.

D'autres types d'ententes avec les entreprises pharmaceutiques

L'agence gouvernementale néo-zélandaise Pharmac peut conclure des accords multiproduits, c'est-à-dire qu'elle négocie le prix de plusieurs médicaments à la fois. Ainsi, une entreprise peut offrir des prix plus bas pour des médicaments plus anciens en contrepartie de l'inscription d'un nouveau médicament plus coûteux. Pharmac peut aussi imposer des plafonds de dépenses pour un médicament afin de mieux gérer les risques de dépassement budgétaire.

D'autres pays, particulièrement en Europe, concluent des ententes de remboursement basées sur les résultats de santé. Dans certains cas, un médicament sera temporairement remboursé le temps que les autorités publiques recueillent des données pour en évaluer l'efficacité. Si ce dernier s'avère inefficace, il cessera d'être couvert. Dans d'autres cas, le montant payé dépendra des résultats de santé observés. Par exemple, si le médicament est moins efficace que prévu, le montant payé pour celui-ci sera ajusté en conséquence.

Sources : Lou Garrison et Josh Carlson, *Performance-Based Risk-Sharing Arrangements for Drugs and Other Medical Products*, University of Washington; Pharmac, *Medicines and medical devices contract negotiation*, 11 octobre 2016, [En ligne] [www.pharmac.govt.nz/about/your-guide-to-pharmac/factsheet-05-contract-negotiation] (consultée le 17 octobre 2018).

Avec la gratuité des médicaments, les économies permises par de telles ententes n'auraient pas d'impacts négatifs sur le portefeuille des citoyens et des citoyennes. Selon un expert, « les provinces devraient au minimum se doter des capacités institutionnelles nécessaires pour négocier ensemble, plutôt que les unes contre les autres, les rabais confidentiels[109] ». Que ce soit pour les ententes secrètes ou toute autre mesure de contrôle de coûts, le Québec devrait examiner la possibilité de collaborer davantage avec les autres provinces, notamment au sein de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne. Tout en respectant l'autonomie du Québec, une telle stratégie permettrait d'améliorer son rapport de force.

5.1.4 Négocier des honoraires raisonnables pour les pharmaciens et les pharmaciennes

D'après l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires du Québec (AQPP), 70 % des ventes d'une pharmacie proviennent des médicaments d'ordonnance[110]. C'est donc dire que la majorité de leurs revenus provient des honoraires versés pour exécuter des ordonnances. De plus, la loi québécoise permet aux fabricants de médicaments génériques de verser des allocations professionnelles (ristournes) aux pharmaciennes et aux pharmaciens propriétaires.

Les pharmaciens et les pharmaciennes jouent un rôle important dans le système de santé. Dans le contexte où ceux-ci fournissent et souhaitent fournir davantage de services à la population, leur rémunération doit faire l'objet d'une attention particulière. À l'instar des médecins, le gouvernement procède déjà à des négociations avec les pharmaciens et les pharmaciennes, mais uniquement pour le RPAM. Avec un régime public et universel, ces honoraires seront uniformes à l'échelle du Québec. À cet effet, le gouvernement devrait s'assurer que leur rémunération soit raisonnable et éviter qu'elle plombe les finances publiques, comme c'est le cas avec les médecins spécialistes.

De plus, les allocations professionnelles versées par les fabricants de médicaments génériques devraient être abolies. En plus de ne pas être transparent, ce mode de rémunération soulève plusieurs questions sur l'indépendance des pharmaciens et des pharmaciennes face aux fabricants de médica-

109 Marc-André Gagnon, *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada,* La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, Ottawa, 2014, p. 16.

110 Association québécoise des pharmaciens propriétaires, *À la recherche de stratégies négociées, porteuses et durables pour le Régime général d'assurance médicaments*, Mémoire présenté à la Commission des finances publiques dans le cadre des consultations sur le projet de loi nº 28, janvier 2015, p. 10.

Résolutions 33, 34, 36, 37 et 39 adoptées au 12e Congrès de la FTQ (1971)

« QU'IL SOIT RÉSOLU que la FTQ entreprenne des études sur le fonctionnement et sur le coût à la société du régime d'assurance santé gouvernemental et qu'elle fasse des représentations appropriées pour obtenir :

1. la gratuité de l'ensemble des services médicaux, y compris les médicaments, les prothèses, les soins dentaires et de chiropractie;
2. l'établissement dans les meilleurs délais, de cliniques communautaires de façon à réduire le gaspillage des services de la santé;
3. l'installation d'un régime de salariat pour les professionnels de la santé, y compris les médecins spécialistes et les pharmaciens;
4. la nationalisation ou, à tout le moins, le contrôle rigoureux de la fabrication et du commerce des médicaments, tant au point de vue de la qualité qu'au point de vue des prix.

ments génériques. L'Ontario les a d'ailleurs abolies en 2013 avec pour objectif de réduire le coût de ces médicaments et mettre fin à certains abus dans l'utilisation des sommes versées. Aussi, le recours aux appels d'offres remet en question la pertinence de ce modèle. En effet, les allocations professionnelles n'ont plus aucun sens dans la mesure où un fabricant obtient l'exclusivité pour un médicament donné. Pour les médicaments d'ordonnance, il serait préférable que la rémunération des pharmaciens et des pharmaciennes s'effectue uniquement grâce aux honoraires préalablement négociés.

Par rapport à ces négociations, le gouvernement devrait tenir compte des impacts sur l'accès aux pharmacies, en particulier pour les régions rurales et éloignées. Si des problèmes se présentent, des solutions devront être trouvées. Au Danemark, le secteur des pharmacies est très réglementé. Il existe un système de péréquation entre les pharmacies afin d'assurer une présence dans les régions rurales considérant que la rentabilité de ces établissements est plus difficile à atteindre[111]. Dans le cas de l'Ontario, le gouvernement a opté pour une augmentation des honoraires pour les pharmacies situées en région rurale. Le gouvernement du Québec devrait évaluer la nécessité et la pertinence de telles mesures à la suite de la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

111 Association of Danish Pharmacies, *The pharmacy sector in Denmark*, 2017.

5.1.5 En résumé

- Le gouvernement fédéral devrait limiter les droits de propriété intellectuelle pour faire diminuer le prix des médicaments breveté. À cet effet, il faudrait revoir de fond en comble le rôle du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), limiter l'obtention d'un brevet aux véritables innovations et contrer les abus en permettant la production de médicaments génériques avant l'expiration des brevets (licences obligatoires).
- Le gouvernement québécois devrait confier à un organisme indépendant le mandat d'établir la liste des médicaments couverts d'après un budget prédéterminé. Cet organisme aurait la responsabilité de négocier avec les entreprises pharmaceutiques afin d'obtenir les meilleurs résultats de santé au moindre coût.
- Le gouvernement québécois devrait négocier des honoraires raisonnables avec les pharmaciennes et les pharmaciens propriétaires.

5.2 Limiter le pouvoir des entreprises du secteur pharmaceutique

Les entreprises pharmaceutiques ont pour mission principale de réaliser des profits pour leurs actionnaires. La banque Goldman Sachs a récemment affirmé que guérir des maladies n'était pas un modèle d'affaires rentable[112]. Une telle franchise a quelque chose d'assez rafraîchissant. Au Canada et au Québec, les entreprises pharmaceutiques ont trop d'influence et les divers gouvernements, en particulier au palier fédéral, leur ont laissé le champ libre. Une telle situation entraîne plusieurs problèmes : gaspillage de fonds publics, remboursement de médicaments trop chers, surmédicalisation, mauvaises habitudes de prescription et des morts. Considérant l'historique peu reluisant de l'industrie pharmaceutique, les gouvernements doivent s'attaquer à ce problème (voir encadré). Ce ne sera pas chose aisée, car l'industrie pharmaceutique demeure très puissante. Toutefois, plusieurs gestes peuvent être posés pour faire primer l'intérêt collectif.

5.2.1 Assurer l'indépendance de Santé Canada

Dans un ouvrage important, un chercheur canadien démontre à quel point le travail de Santé Canada est aligné sur les inté-

112 Tae Kim, « Goldman Sachs asks in biotech research report: "Is curing patients a sustainable business model?" », *CNBC*, 11 avril 2018, [En ligne] [ww.cnbc.com/2018/04/11/goldman-asks-is-curing-patients-a-sustainable-business-model.html] (consultée le 17 octobre 2018).

Une histoire jalonnée de scandales

Dans l'ouvrage *Deadly Medicines and Organised Crimes*, le chercheur et médecin danois Peter Gøtzsche défend de manière très convaincante l'idée selon laquelle l'industrie pharmaceutique se comporte comme le crime organisé. Au mépris de la vie humaine, les entreprises de ce secteur sont prêtes à tout pour protéger leurs parts de marché et leurs profits : mensonges, fraudes, corruptions ou entraves à la justice. Deux exemples, un contemporain et un ancien, illustrent bien les dérives de cette industrie.

L'exemple le plus connu est probablement celui de la thalidomide, un médicament causant d'importantes malformations chez les nouveau-nés. On estime qu'il y aurait eu plus d'une centaine de victimes au Canada. L'entreprise fabriquant la thalidomide était au courant des problèmes et a quand même décidé de continuer à en vendre. Ce scandale des années 1960 a montré à quel point la population était mal protégée et a provoqué d'importantes réformes quant à la réglementation des médicaments.

La crise actuelle des opioïdes montre qu'il y a encore de graves problèmes avec l'industrie pharmaceutique. Alors que l'entreprise Purdue Pharma savait que son opioïde, l'OxyContin, causait d'importants problèmes de dépendance, elle a maintenu une stratégie de commercialisation mensongère vantant les bienfaits du médicament et minimisant les risques de dépendance. En 2017, il y aurait eu près de 4 000 décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada seulement. Plusieurs États américains et la province de la Colombie-Britannique ont poursuivi en justice les entreprises fabriquant des opioïdes.

Sources : Peter Gøtzsche, *Deadly Medicines and Organised Crimes - How big pharma has corrupted healthcare*, CRC Press, 2013; Canada, *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada*, 2018, [En ligne] [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-septembre-2018.html] (consultée le 17 octobre 2018); Association canadienne des victimes de la thalidomide, *La tragédie de la thalidomide au Canada*, [En ligne] [thalidomide.ca/la-tragedie-canadienne] (consultée le 17 octobre 2018); Barry Meier, « Origins of an Epidemic: Purdue Pharma Knew Its Opioids Were Widely Abused », *New York Times*, 29 mai 2018, [En ligne] [www.nytimes.com/2018/05/29/health/purdue-opioids-oxycontin.html] (consultée le 17 octobre 2018).

rêts de l'industrie pharmaceutique[113]. Ces liens malsains avec l'industrie font en sorte que la population québécoise est moins bien protégée des risques associés à la consommation de médicaments. Le gouvernement fédéral devrait faire preuve de volonté politique et assurer l'indépendance totale de Santé Canada. Une telle question mériterait un examen plus approfondi, mais le gouvernement fédéral peut agir dès maintenant.

D'abord, le financement de Santé Canada devrait être assuré uniquement par le Trésor public. Aussi fou que cela puisse paraître, les entreprises pharmaceutiques paient depuis 1994 des tarifs pour l'évaluation de leurs nouveaux médicaments. Une telle situation donne l'impression que les entreprises pharmaceutiques sont les clients de Santé Canada. Pour marquer la rupture entre Santé Canada et l'industrie, le gouvernement fédéral devrait abolir ce mode de financement. En outre, les budgets consacrés à la mission de cet organisme nécessiteraient d'être considérablement rehaussés.

Ensuite, Santé Canada devrait accroître son contrôle sur l'évaluation des nouveaux médicaments et appliquer le principe de précaution. En ce moment, les entreprises pharmaceutiques financent et conçoivent les études cliniques qui servent à démontrer qu'un médicament est efficace et sans danger. Motivées d'abord et avant tout par les profits, elles n'ont pas nécessairement intérêt à ce que ces évaluations soient réalisées de manière honnête et objective. C'est plutôt le contraire qui se produit. Il n'est pas rare que des entreprises produisent des analyses biaisées ou manipulent tout simplement les données afin d'obtenir le résultat souhaité. Cela a pour conséquence d'introduire sur le marché des médicaments pouvant être dangereux ou tout simplement inefficaces.

Santé Canada devrait jouer son rôle de chien de garde face à l'industrie afin d'assurer que les médicaments soient efficaces et sécuritaires. Pour garantir l'intégrité et la validité des études cliniques, elle pourrait confier leur conception, leur réalisation et leur analyse à des chercheuses et à des chercheurs indépendants et libres de tout conflit d'intérêts. Si des médicaments présentent des risques inacceptables à la santé de la population, Santé Canada ne devrait pas hésiter à les interdire. Dans un monde idéal, le financement de ces études cliniques proviendrait uniquement du Trésor public. Le gouvernement fédéral devrait évaluer avec sérieux la faisabilité d'une telle mesure. Entre-temps, les entreprises pharmaceutiques pourraient continuer de financer les études cliniques en n'ayant toutefois aucun droit de regard sur celles-ci.

5.2.2 Interdire la publicité sur les médicaments

Les entreprises pharmaceutiques dépensent énormément d'argent en publicité de toute sorte pour faire connaître leurs produits auprès des médecins ainsi que des patients

113 Joel Lexchin, *Private profits versus public policy: the pharmaceutical industry and the Canadian state*, Toronto, University of Toronto Press, 2016.

et des patientes. Dans la majorité des pays développés, mis à part les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, les entreprises pharmaceutiques n'ont pas le droit de diffuser des messages publicitaires à propos de leurs médicaments aux consommateurs et aux consommatrices. Bien que censée être illégale au Canada, la publicité directe auprès des consommateurs et des consommatrices est toutefois permise par Santé Canada sous condition que ladite publicité ne mentionne pas simultanément le nom du produit et la maladie qu'il traite. Ainsi, deux types de messages publicitaires sont permis[114] :

- Les annonces de rappel : le nom d'un médicament sur ordonnance est mentionné, mais sans aucune référence à une maladie ou à un problème de santé;
- Les invitations lancées aux patients : un problème de santé est abordé, mais sans aucune référence à un médicament sur ordonnance.

La frontière entre les messages publicitaires conformes et non conformes demeure plutôt floue (voir encadré). Il faut noter que de telles restrictions ne s'appliquent pas aux médicaments en vente libre qui peuvent faire l'objet de messages publicitaires comprenant le nom de la marque et le problème de santé. Par exemple, il est permis de faire promotion du Tylenol, de l'Advil ou de l'Aspirin pour soigner les maux de tête.

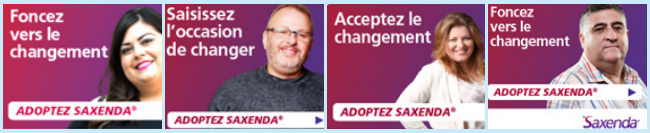
Malgré sa défense par l'industrie pharmaceutique, la publicité directe aux consommateurs et aux consommatrices pour les médicaments d'ordonnance n'a aucune raison d'être. Elle sert à mousser les ventes de médicaments et non à informer le public. Cela est incompatible avec la protection des intérêts des personnes malades. Une revue de la littérature sur le sujet montre que la publicité directe aux consommateurs entraîne plusieurs effets négatifs[115] :

- Une augmentation du volume de prescriptions et de la demande pour des médicaments d'ordonnance;
- Des prescriptions moins appropriées;
- Une utilisation de médicaments dont le rapport coût/efficacité est plus faible.

Deux exemples de messages publicitaires

On se souviendra des publicités pour le médicament Viagra, la fameuse petite pilule bleue traitant les problèmes érectiles. Dans l'une d'entre elles, des dizaines d'hommes surexcités, parfois accompagnés de leur conjointe, célèbrent, dansent et lèvent les bras vers le ciel sur la chanson *We are the Champions*. Même si cette publicité ne fait pas mention de manière explicite d'un problème de santé ou d'une maladie, ça ne prend pas la tête à Papineau pour deviner à quoi sert le Viagra.

En 2018, il ne suffit que de quelques minutes sur Internet pour observer de telles publicités. Le Saxenda est un médicament pour la perte de poids. Les messages publicitaires observés sur Internet (voir ci-bas) véhiculent un message d'espoir pour les personnes en situation de surpoids. Bien que le problème de santé ne soit pas mentionné explicitement, le message sous-jacent est assez explicite. Pour augmenter ses ventes, cette entreprise exploite la vulnérabilité de ces personnes et les stigmates associés à l'obésité.



En plus de ne présenter aucun avantage, ce type de publicité comporte des risques pour la santé des Québécois et des Québécoises et fait augmenter les dépenses en médicaments. Alors que Santé Canada est censée protéger la population contre de tels abus, elle a plutôt permis à l'industrie de diffuser de tels messages publicitaires. En outre, cet organisme fédéral a abandonné son rôle de chien garde en privilégiant l'autoréglementation de l'industrie en la matière. Il apparaît donc nécessaire d'interdire toute forme de publicité sur les médicaments pour des raisons de santé publique et parce que cela fait augmenter les dépenses en médicaments d'ordonnance.

5.2.3 Mieux encadrer les relations de l'industrie avec les médecins

En prescrivant des médicaments aux personnes malades, les médecins jouent un rôle fondamental dans le système de santé. Conséquemment, l'industrie pharmaceutique consacre des moyens importants pour les inciter à prescrire leurs produits. Des espaces publicitaires sont achetés dans les revues médicales. Des représentantes et des représentants des entreprises pharmaceutiques visitent régulièrement les médecins afin de faire la promotion de leurs nouveaux produits. Des activités de formation continue sont financées et parfois même contrôlées par l'industrie. En recevant de

114 Santé Canada, *Publicité de produits de santé sur des sites Web de médecins - Questions et réponses*, Canada, 2011, [En ligne] [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/exigences-reglementaires-publicite/politiques-lignes-directrices/publicite-produits-sante-medecins-questions-reponses.html] (consultée le 17 octobre 2018).

115 Joel Lexchin, *Private profits versus public policy: the pharmaceutical industry and the Canadian state Private profits vs public policy,* Toronto, University of Toronto Press, 2016, note 75 (chapitre 4).

l'argent de l'industrie en tant que personnes consultantes ou conférencières, les médecins se placent en conflit d'intérêts. Plusieurs associations médicales reçoivent même de l'argent de l'industrie pour financer leurs activités. La promotion agressive des opioïdes auprès des médecins serait, selon plusieurs, en grande partie responsable de la crise actuelle. Aux États-Unis, Purdue Pharma a reconnu avoir induit le public en erreur par rapport aux risques de dépendance associés à son opioïde, l'OxyContin. L'entreprise a dû verser plus de 600 millions de dollars américains en amendes. Au Canada, plusieurs voix s'élèvent pour l'ouverture d'une enquête criminelle sur les activités de promotion de cette entreprise.

Ces quelques exemples démontrent que les liens entre l'industrie et les médecins sont très nombreux et inquiétants. Le chercheur Joel Lexchin, lui-même médecin, estime qu'il existe suffisamment de preuves démontrant que les relations entre l'industrie et la profession médicale ont un effet négatif sur les habitudes de prescription des médecins ainsi que sur la qualité des soins offerts[116]. Pour assurer l'indépendance de la profession médicale et faire primer les intérêts des patients et des patientes, un mur doit être érigé entre les médecins et l'industrie pharmaceutique.

D'abord, les représentants et les représentantes des diverses entreprises pharmaceutiques ne devraient pas avoir le droit de rencontrer les médecins. En effet, l'information fournie est la plupart du temps biaisée, partiale et incomplète[117]. En d'autres mots, elle est inadéquate. Elle vise avant tout à accroître les ventes. Les entreprises pharmaceutiques disposent même de bases de données sur les habitudes de prescription des médecins pour mieux influencer leurs choix[118]. L'information transmise aux médecins devrait être basée sur les meilleures preuves scientifiques et offerte par l'État ou tout organisme indépendant (voir section 5.3).

Ensuite, l'industrie pharmaceutique ne devrait pas être autorisée à financer les activités en lien avec le travail des médecins, que ce soit la formation continue, les dîners, les conférences, etc. La publicité dans les revues médicales devrait être interdite tout comme le financement des associations médicales. Les médecins disposent déjà de suffisamment de moyens pour financer eux-mêmes leurs activités professionnelles.

Finalement, l'État devrait mieux réglementer et surveiller les relations entre les médecins et l'industrie afin de limiter les conflits d'intérêts et leurs conséquences pour les patients et les patientes. Au Danemark, les médecins doivent obtenir la permission de l'Agence des médicaments s'ils souhaitent travailler pour l'industrie, à l'exception de contrats de moindre importance[119]. Le Québec pourrait s'inspirer de cet exemple en établissant des sanctions sévères en cas de non-respect des règles et en divulguant automatiquement tout montant d'argent versé aux médecins par l'industrie.

Ce que la FTQ a dit lors des consultations sur la politique du médicament

« Les méthodes de mise en marché des médicaments, qu'ils soient génériques ou innovateurs, sont tout à fait scandaleuses. Les professionnels de la santé sont laissés à eux-mêmes. La population est révoltée de voir une partie importante des dépenses des fabricants dirigée vers le marketing des médicaments. La FTQ demande au gouvernement de reprendre le contrôle en interdisant certaines pratiques et en encadrant plus sérieusement l'industrie pharmaceutique. La santé de la population est trop importante pour être le sujet d'une guerre commerciale financée par notre propre argent. »

Source : FTQ, *Mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) présenté à la Commission des affaires sociales sur le document intitulé* « Politique du médicament », février 2005, p. 11-12.

5.2.4 Assurer l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des pharmaciennes

Au Québec, seuls les pharmaciens et les pharmaciennes peuvent être propriétaires d'une pharmacie; une situation exceptionnelle en Amérique du Nord, mais assez courante en Europe. Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, « cette indépendance professionnelle assure au consommateur que la personne qui lui fournit ses médicaments répond personnellement de ses actes et de ses décisions devant l'Ordre des pharmaciens du Québec, qui a pour mandat la protection du public[120] ».

116 Joel Lexchin, *Doctors in Denial – Why Big pharma and the Canadian Medical Profession are too close for comfort*, Lorimer, Toronto, 2017, p. 251.

117 Mintzes, Barbara, *et al.*, « Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 28, nº 10, 2013.

118 Éric Yvan Lemay, « Vos médecins fichés par les pharmaceutiques », *TVA Nouvelles*, 29 mai 2017, [En ligne] [www.tvanouvelles.ca/2017/05/29/exclusif--vos-medecins-fiches-par-les-pharmaceutiques] (consultée le 17 octobre 2018).

119 Peter Gøtzsche, *Deadly Medicines and Organised Crimes - How big pharma has corrupted healthcare*, CRC Press, 2013, p. 72.

120 Ordre des pharmaciens du Québec, *Le pharmacien communautaire : une figure familière et rassurante,* [En ligne] [www.opq.org/fr-CA/grand-public/le-pharmacien/pharmacien-communautaire] (consultée le 17 octobre 2018).

La très grande majorité des pharmaciennes et des pharmaciens propriétaires entretiennent des liens commerciaux avec des entreprises privées comme des bannières, des chaînes, des franchiseurs et des grossistes. Pour accroître leurs profits, ces entreprises n'hésitent pas à orienter leurs choix. Par exemple, certains grossistes concluent des ententes qui prévoient des avantages financiers lorsque les pharmaciens et les pharmaciennes achètent une très grande partie des médicaments chez ce même grossiste[121]. De plus, des chaînes possèdent leur propre marque de médicaments génériques, ce qui contribue à augmenter leurs profits (voir encadré).

Pourquoi créer des marques maison de médicaments ?

« Les chaînes de pharmacies Jean-Coutu et Pharmaprix ont quant à elles créé leurs propres marques maison de médicaments génériques prescrits, soit Pro-Doc et Sanis. Mais Pro-Doc et Sanis ne produisent rien, elles ne font que lancer des appels d'offres avec les fabricants de génériques et revendent les produits sous leur marque maison en empochant la différence entre le coût d'achat et le coût de revente. Des enquêtes récentes de la RAMQ ont montré que ces marges étaient en moyenne de 89 %. Un médicament coûtant 11 $ est revendu à 100 $, et ce sont les patients et les contribuables qui paient la différence.

La question devenait évidente : pourquoi l'État québécois ne procède-t-il pas lui-même à de tels appels d'offres avec les fabricants afin de permettre de réduire le prix des génériques ? »

Source : Marc-André Gagnon, « Comment réduire le coût des génériques ? », *Le Devoir*, 14 juillet 2017, [En ligne] [www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/503427/comment-reduire-le-cout-des-medicaments-generiques] (consultée le 17 octobre 2018).

Ces liens commerciaux ne sont pas sans poser de problèmes. D'après une inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec, la moitié des pharmaciens et des pharmaciennes se disent limités dans le choix des médicaments génériques qu'ils prescrivent et 13 % d'entre eux affirment « avoir subi des pressions indues, du chantage ou des menaces pour vendre les médicaments d'une entreprise plutôt que ceux d'une autre[122] ». En outre, les contrats conclus entre ces entreprises privées et ces professionnels de la santé peuvent être très contraignants. Selon l'analyse d'une personne étant à la fois pharmacien et avocat, « les pharmaciens sont de moins en moins libres dans certains aspects de leurs décisions professionnelles et la logique intrinsèque de leur droit de propriété est menacée[123] ». Le moins que l'on puisse dire, c'est que la situation est inquiétante.

En 2017, le projet de loi nº 148 a été adopté afin que les achats auprès d'un fabricant de médicaments génériques ne puissent dépasser un plafond de 50 % de la valeur de ces produits. L'un des objectifs du gouvernement était d'accroître l'indépendance des pharmaciennes et des pharmaciens face aux fabricants de médicaments. Malheureusement, certains émettent de sérieux doutes quant à l'efficacité de cette loi[124]. Le gouvernement québécois devrait agir pour limiter le pouvoir des bannières, des chaînes et des grossistes par rapport aux pharmaciennes et aux pharmaciens. À l'instar de l'Ontario, il pourrait commencer par retirer les médicaments de marque privée (marque maison) de la liste des médicaments couverts par le régime public.

L'exception suédoise : une société d'État pour le commerce de détail des médicaments

En Suède, les pharmacies ont été entièrement nationalisées en 1971. Les pharmaciens et les pharmaciennes sont ainsi devenus des employés et employées de l'État. En 2009, le gouvernement suédois a mis fin au monopole public dans le commerce de détail des médicaments.

Il a toutefois maintenu son implication dans ce secteur. Jusqu'à récemment, deux sociétés d'État étaient en activité : le détaillant Apoteket AB et la chaîne Apoteksgruppen qui regroupe des pharmaciennes et des pharmaciens propriétaires.

En 2018, Apoteksgruppen a été vendue à une chaîne européenne. Le gouvernement suédois ne voyait pas l'intérêt de détenir deux sociétés d'État dans un même secteur d'activité économique. En 2017, le détaillant Apoteket AB comptait près de 400 pharmacies et 3 113 employés et employées. Ses profits se sont élevés à 566 millions de couronnes suédoises (environ 80 millions de dollars).

Source : Government offices of Sweden, *Annual report for state-owned enterprises 2017, 24 septembre 2018*, [En ligne] [www.government.se/4a890e/contentassets/9c99e9a92e8e44fd9434e75dfd568961/annual-report-for-state-owned-enterprises-2017] (consultée le 17 octobre 2018).

121 Éric Yvan Lemay, « Québec pourrait économiser des centaines de millions », *Le Journal de Montréal*, 7 juin 2015, [En ligne] [www.journaldemontreal.com/2015/06/07/quebec-pourrait-economiser-des-centaines-de-millions] (consultée le 17 octobre 2018).

122 Éric Yvan Lemay, « Des pharmaciens admettent ne pas choisir des médicaments », *Le Journal de Montréal*, 25 juin 2015, [En ligne] [www.journaldemontreal.com/2015/06/25/des-pharmaciens-admettent-ne-pas-choisir-des-medicaments] (consultée le 17 octobre 2018).

123 Paul Fernet, *La pharmacie au Québec : une profession sous influence ?*, mémoire préparé par Me Paul Fernet pour le Conseil de la Protection des Malades, juin 2015, p. 27.

124 Marc-André Gagnon, *Commentaires quant au projet de loi 148 « Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives. »*, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, 7 novembre 2017, p. 8-9.

5.2.5 En résumé

- Le gouvernement fédéral devrait assurer l'indépendance de Santé Canada en abolissant le financement de l'industrie et en reprenant le contrôle des études cliniques qui permettent de déterminer si un médicament est sécuritaire et efficace.
- Le gouvernement fédéral devrait interdire toute forme de publicité sur les médicaments, qu'ils soient en vente libre ou prescrits par un médecin.
- Le gouvernement du Québec devrait mieux encadrer les relations entre la profession médicale et l'industrie afin de limiter les effets négatifs sur la prescription de médicaments d'ordonnance.
- Le gouvernement du Québec devrait veiller au maintien de l'autonomie professionnelle des pharmaciennes et des pharmaciens.

5.3 Favoriser une utilisation optimale et sécuritaire des médicaments

Bien qu'ils puissent contribuer à améliorer ou à maintenir la santé de la population québécoise, les médicaments d'ordonnance ne sont pas sans danger. Ils peuvent causer d'importants effets secondaires, et parfois même la mort. Les gouvernements ont donc la responsabilité de s'assurer que les médicaments soient utilisés de façon sécuritaire et contribuent à améliorer véritablement la santé des populations.

5.3.1 Revoir la place du médicament dans les soins de santé

Le régime d'assurance maladie a été un important outil de progrès social. Il a permis de réduire les inégalités sociales et d'améliorer la santé de la population. Notre revendication pour un régime public et universel d'assurance médicaments poursuit les mêmes finalités. Plusieurs des maladies dont souffrent les Québécois et les Québécoises ont pour origine leurs conditions de vie et de travail. Par exemple, le fait d'être pauvre joue un rôle déterminant dans la santé d'un individu. À Montréal, l'espérance de vie peut varier d'une dizaine d'années entre les quartiers riches et pauvres[125]. De même, une organisation du travail inadéquate peut mener à des problèmes de santé mentale comme l'épuisement professionnel ou la dépression. Dans une telle situation, prescrire des antidépresseurs pourrait constituer une solution individuelle. Garantir un milieu de travail sain à tous et à toutes constitue plutôt une approche collective. Les gouvernements, même s'ils mettent sur pied un régime public et universel d'assurance médicaments, détiennent toujours la responsabilité de réduire les inégalités sociales de santé et de s'attaquer aux causes profondes des maladies dont souffrent les Québécois et les Québécoises.

En outre, on observe plusieurs phénomènes inquiétants reliés aux médicaments d'ordonnance, notamment leur surconsommation et leur mauvaise utilisation. Chez les personnes âgées, la consommation de plusieurs médicaments peut entraîner des effets indésirables ou des interactions qui sont souvent mal connues, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur santé. Des étudiants et des étudiantes ont commencé à utiliser des médicaments comme le Ritalin dans le seul but d'accroître leurs performances scolaires[126]. Dans le livre *The Push to Prescribe*, des autrices considèrent que l'industrie pharmaceutique a maintenant comme objectif de créer de nouvelles maladies afin de vendre davantage de médicaments[127]. Ces quelques exemples illustrent la nécessité d'une réflexion sur la place du médicament dans les soins de santé. Est-ce que les médicaments sont toujours le meilleur remède ou est-ce que d'autres approches conviendraient mieux aux besoins des Québécois et des Québécoises ? Quels services publics devrait-on améliorer pour réduire la consommation de médicaments ? Comment peut-on favoriser des approches préventives qui s'attaquent aux véritables causes des maladies ?

5.3.2 Assurer une meilleure pharmacovigilance

Les études cliniques, qui permettent de montrer qu'un médicament est efficace et sécuritaire, ne constituent pas des outils parfaits. Lorsqu'un médicament fait son entrée sur le marché, les problèmes et les effets indésirables associés à sa consommation ne sont pas nécessairement tous connus d'avance. Il arrive donc qu'un médicament soit retiré quelques mois, quelques années ou même quelques décennies après sa commercialisation. Les médecins peuvent également prescrire un médicament de façon non conforme, c'est-à-dire pour des groupes ou des conditions pour lesquels il n'y a aucune preuve que le traitement est sécuritaire ou efficace.

125 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Les inégalités sociales de santé à Montréal,* Rapport du directeur de santé publique 2011, Montréal, 2012.

126 Renaud Manuguerra-Gagné, « L'utilisation de psychostimulants en hausse, malgré des effets limités », *Radio-Canada*,17 août 2018, [En ligne] [ici.radio-canada.ca/nouvelle/1118645/utilisation-psychostimulants-effets-cerveau-ecole-travail] (consultée le 17 octobre 2018).

127 The Steering Committee of Women and Health Protection, « Introduction », *The Push to Prescribe – Women and Canadian Drug Policy*, Women's Press, Toronto, 2009, p. 13.

Afin de protéger les Québécois et les Québécoises contre de tels risques, un système efficace de pharmacovigilance s'avère un outil essentiel.

En la matière, le Québec et le Canada pourraient faire mieux. La fragmentation entre les régimes privés et le régime public ainsi que le partage de responsabilités entre les paliers fédéral et provincial ne contribuent pas à la mise sur pied d'un système efficace de pharmacovigilance. De son côté, Santé Canada ne protège pas bien la population contre de tels risques considérant le peu de ressources qui sont consacrées à la pharmacovigilance. La part du lion revient plutôt aux activités visant à accélérer le processus d'approbation des médicaments, ce qui correspond d'abord aux besoins de l'industrie et non à ceux de la population. Par exemple, Santé Canada a mis quatre ans avant de retirer du marché le Vioxx, un anti-inflammatoire qui augmentait considérablement les risques de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral.

Même dans l'éventualité où cette agence améliorerait profondément son fonctionnement, le gouvernement du Québec pourrait profiter de la mise sur pied d'un régime public et universel pour développer son expertise en matière de pharmacovigilance. Des ressources pourraient être consacrées, entre autres, à la collecte d'information sur les effets indésirables des médicaments, à un meilleur signalement et à la réalisation d'études cliniques. Ces nouvelles capacités permettraient ainsi une utilisation plus sécuritaire des médicaments.

5.3.3 Fournir une information fiable et de qualité aux médecins

Les médecins, en tant que principaux prescripteurs, jouent un rôle fondamental dans l'utilisation sécuritaire des médicaments. D'après le Commissaire à la santé et au bien-être, la formation initiale des médecins en pharmacologie présente des lacunes et l'information disponible sur les médicaments « est de qualité très variable, souvent incomplète ou à visée promotionnelle[128] ». Un consensus semble s'établir quant à la nécessité d'investir davantage afin de fournir une information fiable et de qualité aux médecins. Cela permettrait d'améliorer leurs habitudes de prescription, ce qui serait bénéfique pour les patients et les patientes d'un point de vue individuel. Collectivement, cela ferait probablement réduire les dépenses grâce à des prescriptions plus appropriées. En outre, si le gouvernement va de l'avant en limitant les interactions entre l'industrie et les médecins, il devra vraisemblablement prendre le relais.

128 CSBE, *op cit.*

Il n'existe pas de solution unique pour atteindre cet objectif. À cet égard, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé l'adoption d'un plan d'action provincial qui comprend une série de mesures. Pour certains, les visites académiques (*academic detailing*) recèlent un important potentiel. Dans ce système, un pharmacien, une pharmacienne ou tout autre personne compétente rencontrent directement un médecin afin de l'aider à améliorer ses habitudes de prescription. Plusieurs provinces canadiennes et pays ont mis en place un tel système. Bien qu'il nécessite des investissements importants, ses adeptes estiment que cela en vaut la peine. En effet, ce système permettrait d'améliorer les habitudes de prescription, prévenir les effets secondaires tout en obtenant plus de valeur pour chaque dollar dépensé[129]. Peu importe les solutions retenues, le gouvernement québécois doit prévoir des mesures pour fournir une information fiable et de qualité lors de la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

5.3.4 En résumé

- Une réflexion collective est nécessaire pour revoir la place du médicament dans les soins de santé afin qu'un régime public et universel d'assurance médicaments soit un véritable outil de progrès social.
- Les gouvernements devraient consacrer davantage de ressources en pharmacovigilance afin de s'assurer que les nouveaux médicaments soient sans danger et utilisés de façon sécuritaire.
- Les médecins devraient disposer d'une information fiable et de qualité afin d'améliorer leurs habitudes de prescription.

5.4 Assurer une transition juste pour les travailleurs et les travailleuses

La mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments fera quelques perdants et quelques perdantes, mais globalement, il s'agira d'un projet qui bénéficiera à l'immense majorité. Des employeurs qui n'offraient pas d'assurances collectives verront leur contribution fiscale augmenter. Les entreprises pharmaceutiques et les compagnies d'assurances devront peut-être revoir leur plan d'affaires dans l'éventualité où leurs profits diminueraient.

Actuellement, il est difficile d'évaluer les impacts de la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médica-

129 Margaret Jin *et al.*, « A brief overview of academic detailing in Canada: Another role for pharmacists », *Revue des pharmaciens du Canada*, vol. 145, nº 3, 2012, p. 142-146.e2.

ments sur l'emploi. L'histoire montre toutefois que les entreprises, ont très bien su s'adapter à de tels changements. En effet, la mise sur pied du régime d'assurance maladie ou du régime d'assurance automobile n'ont pas eu de conséquences catastrophiques pour le secteur des assurances. Au contraire, ils continuent d'engranger les profits. Pourtant, les détracteurs de cette revendication affirment sans nuance que cela provoquera d'importantes pertes d'emplois. De tels arguments ne servent qu'à semer le doute sur une politique publique qui bénéficierait à l'ensemble des Québécois et des Québécoises.

Cela dit, le gouvernement québécois doit tenir compte des besoins des travailleurs et des travailleuses touchés par la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments et inscrire ses actions dans une perspective de transition juste. À cet égard, il doit :

- Évaluer les impacts sur le marché du travail de l'instauration d'un régime public et universel d'assurance médicaments sur les travailleurs et les travailleuses.
- Accroître l'accès à de la formation qualifiante et transférable, des services de placement, des services de reclassement, des programmes de formation et des mesures de soutien du revenu spécifiques afin que les travailleurs et les travailleuses affectés puissent s'adapter à ces changements.

5.5 Revoir la politique industrielle du secteur pharmaceutique

Les politiques industrielles des deux ordres de gouvernement pour le secteur pharmaceutique ne sont plus adaptées au contexte actuel. De son côté, le gouvernement fédéral mise sur une politique de prix élevés en contrepartie d'une promesse de l'industrie d'investir en R-D. Cette promesse n'est plus tenue depuis près de 20 ans. Ces investissements ont considérablement diminué depuis 2007 (voir chapitre 3). Même le CEPMB reconnaît qu'il y a lieu de remettre en cause cette approche (voir encadré). Comme mentionné antérieurement, le gouvernement fédéral doit absolument revoir la façon dont le prix des médicaments brevetés est fixé afin d'assurer la viabilité d'un régime public et universel d'assurance médicaments (voir section 5.1).

Quant au gouvernement québécois, il a adopté une politique du médicament en 2007 qui faisait une grande place au développement économique du secteur pharmaceutique. Actuellement, le gouvernement du Québec met à la disposition de l'industrie plusieurs leviers financiers, notamment de généreux crédits d'impôt à la recherche et développement. Plus récemment, deux grandes stratégies ciblant notamment le secteur pharmaceutique ont été mises sur pied : la Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation 2017-2022[130] et la Stratégie des sciences de la vie 2017-2027[131].

L'analyse du CEPMB sur les prix élevés et les investissements en R-D

« Pris ensemble, les prix relativement élevés des médicaments brevetés et le creux record de la R-D remettent en cause l'efficacité du régime actuel dans l'atteinte de ses objectifs politiques initiaux. Depuis 1987, les données probantes empiriques n'ont pas confirmé la notion selon laquelle les prix et la protection de la propriété intellectuelle sont des facteurs importants de l'investissement de l'industrie pharmaceutique en R-D. Il est de plus en plus reconnu que d'autres facteurs, comme l'endroit où est situé le siège social, l'infrastructure des essais cliniques et les grappes scientifiques, sont plus importants pour déterminer où les investissements ont lieu dans une économie mondiale. »

Source : Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Plan stratégique 2015-2018,* Ottawa, 2015, p. 12, [En ligne] [www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/Publications/StrategicPlan/Strategic_Plan_2015-2018_fr.PDF].

Bien que les décisions gouvernementales doivent tenir compte de la vitalité du secteur pharmaceutique, un régime d'assurance médicaments ne doit pas servir d'outil de politique industrielle. Son objectif premier consiste à protéger la population et lui assurer un accès à des soins de qualité. Avec la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments, on peut s'attendre à certains bouleversements dans ce secteur d'activité économique. En effet, le développement de capacités institutionnelles comme les appels d'offres, les prix de référence ou une utilisation plus optimale des médicaments entraîneront probablement une baisse des dépenses en médicaments. Il y a donc là une opportunité de repenser la politique industrielle actuelle afin qu'elle soit mieux adaptée à ce nouveau contexte.

Compte tenu de la gigantesque profitabilité de ce secteur, est-ce que les aides publiques sont toujours justifiées ? À tout le moins, la FTQ estime que l'État doit être plus interventionniste en, par exemple, rendant l'aide publique conditionnelle à la création et au maintien d'emplois de qualité. En cas de non-respect, il faudrait obliger leur remboursement.

130 Québec, *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation 2017-2022*, 2017, 126 p.

131 Québec, *Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027,* 2017, 87 p.

Est-ce que le Québec tire le maximum des retombées économiques des diverses aides publiques consenties à l'industrie ? Est-ce que ces mesures atteignent leurs objectifs ou est-ce que ces sommes pourraient être investies ailleurs, par exemple, dans la recherche publique ? Quelles stratégies devrait-on adopter pour maintenir les entreprises au Québec ?

Comme démontré par le CEPMB, la très grande majorité des nouveaux médicaments n'apportent aucun bénéfice thérapeutique par rapport à ce qui existe déjà. Il y a lieu de se questionner sur le financement public d'activités de R-D pour de tels médicaments qui n'ont pas pour objectif d'améliorer le bien-être collectif d'une population. L'État doit jouer un rôle plus interventionniste et trouver des façons de financer des projets qui répondent aux besoins les plus pressants des Québécois et des Québécoises.

PARTIE 3

NOTRE ACTION SYNDICALE

Maintenant que les problèmes du régime hybride d'assurance médicaments ont été présentés et que les solutions pour y remédier sont clairement établies, il faut maintenant nous mobiliser afin de bâtir notre rapport de force. Le chapitre 6 présente les principales actions pouvant être menées pour favoriser la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments. Que ce soit la FTQ, ses syndicats affiliés ou les sections locales, tous et toutes ont un rôle à jouer dans cette lutte sociale.

CHAPITRE 6 – POUR DÉVELOPPER NOTRE RAPPORT DE FORCE

Les problèmes vécus par les travailleurs et les travailleuses par rapport à l'assurance médicaments ne peuvent malheureusement pas se régler individuellement dans chaque milieu de travail. Les outils disponibles sont limités et la plupart des mesures de contrôle de coûts ne font que transférer les risques sur les épaules des travailleurs et des travailleuses. En outre, plusieurs personnes n'arrivent toujours pas à payer leurs médicaments. Au même titre que les revendications pour l'assurance maladie ou pour la bonification des régimes publics de retraite, la lutte actuelle pour l'assurance médicaments est sociale et passe nécessairement par l'action politique. Les syndicats doivent donc se mobiliser, construire leur rapport de force et faire pression sur les gouvernements pour que les choses changent. Le défi est grand et la lutte risque d'être longue, mais il s'agit de la seule façon de mettre sur pied un régime d'assurance médicaments qui réponde non seulement aux besoins des travailleurs et des travailleuses, mais aussi de l'ensemble de la population québécoise.

Déjà, la FTQ s'est mise en marche. Une campagne pour un régime public et universel d'assurance médicaments a été lancée le 9 septembre 2018, conjointement avec la Confédération des syndicats nationaux (CSN). À ce moment, un microsite a été créé afin de présenter les revendications. Lors du Conseil général du 24 octobre 2019, un plan de campagne pour un régime public et universel d'assurance médicaments a été présenté. Une résolution a également été adoptée pour utiliser les sommes du Fonds de campagne national de la FTQ. Il s'agit des premières étapes d'une longue série d'actions qui devront être menées au cours des prochains mois, des prochaines années. Une telle campagne devra se déployer dans l'ensemble des régions québécoises afin que les militants et les militants puissent se l'approprier et la faire vivre.

6.1 Faire de l'éducation auprès des membres

Contrairement à d'autres enjeux, l'assurance médicaments demeure passablement complexe. Tous et toutes sont à même d'observer l'augmentation incontrôlable des coûts et ses conséquences dans les milieux de travail. Toutefois, les causes du problème sont moins bien connues et comprises. Pour mobiliser les travailleurs et les travailleuses ainsi que la population, il faut une trame narrative simple. Les problèmes du régime d'assurance médicaments et ses causes doivent être présentés de manière claire et accessible. La FTQ peut développer du matériel et des outils pour répondre à cet objectif.

Tout changement dans les politiques publiques, et particulièrement en matière de santé, peut susciter de fortes appréhensions. Il est donc tout à fait normal que la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments soulève certaines inquiétudes auprès des travailleurs et des travailleuses. Les *think tanks* de droite et les divers lobbys essaient déjà de tirer profit de cette situation pour que rien ne change. Des vidéos, des notes et des lettres aux médias ont été produits pour prévenir la population des soi-disant dangers d'un régime public et universel d'assurance médicaments. Les syndicats affiliés et les sections locales auront donc tout un travail à faire pour convaincre les membres du bien-fondé de cette revendication, déconstruire certains mythes et apaiser leurs craintes le cas échéant. Déjà, plusieurs syndicats ont commencé à produire du matériel de sensibilisation et d'information. La FTQ peut jouer un rôle pour mettre en commun toutes ces initiatives et ainsi faciliter l'éducation auprès des membres.

Comme pour la campagne sur le salaire minimum à 15 $ l'heure, il faudra déconstruire certains mythes et mettre de l'avant un argumentaire pour montrer les avantages d'un régime public et universel d'assurance médicaments. Par la suite, il pourra être décliné en différents formats que ce soit des capsules vidéo, des outils de formation, des tracts ou des publications sur les réseaux sociaux.

6.2 Se mobiliser pour les élections fédérales de 2019

Dans la foulée du budget fédéral de 2018, le gouvernement libéral a mis sur pied le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Celui-ci a pour mandat de faire des recommandations sur le sujet. Considérant que les prochaines élections fédérales auront lieu en octobre 2019, l'assurance médicaments risque fort bien de faire partie du débat politique. Le mouvement syndical doit donc saisir cette opportunité et faire pression sur tous les partis politiques afin que ceux-ci s'engagent à mettre sur pied un régime public et universel d'assurance médicaments et garantissent un droit de retrait avec pleine compensation pour le Québec.

Ailleurs au Canada, divers groupes d'intérêts et lobbys se mobilisent pour qu'il n'y ait pas de régime public et universel d'assurance médicaments. Pour ces derniers, le modèle hybride québécois représente une solution très intéressante

considérant qu'il permet de maintenir les régimes privés existants. Même le ministre canadien des Finances, semble privilégier cette avenue. Pourtant, le régime québécois d'assurance médicaments est loin d'être un bon modèle en matière d'accessibilité ou de contrôle des coûts.

6.3 Former des alliances

Au Québec, plusieurs organisations communautaires, syndicales et de la société civile revendiquent la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments. Pensons à Union des consommateurs et à Québec solidaire. Le Congrès du travail du Canada mène quant à lui une campagne sur le sujet depuis l'automne 2017. Que ce soit à l'échelle du pays, du Québec ou dans les régions, la formation d'alliances avec les autres groupes de la société civile permettra de bâtir un plus grand rapport de force, ce qui sera nécessaire pour atteindre cet objectif. Il pourrait être intéressant de collaborer davantage, notamment en mettant en commun le matériel argumentaire ou en organisant diverses activités pour les citoyens et les citoyennes.

6.4 Documenter la situation

Les dysfonctionnements du régime d'assurance médicaments provoquent des situations dramatiques pour les travailleurs et les travailleuses. Celles-ci sont toutefois peu ou mal connues des personnes élues. Les syndicats affiliés et les sections locales pourraient donc documenter des problèmes concrets causés par le régime général d'assurance médicaments. La FTQ pourrait les rassembler et dégager un portrait de la situation. Cela permettrait de faire du lobbying efficace auprès des députés et des députées. Les arguments en faveur d'un régime public et universel d'assurance médicaments ne peuvent que gagner en pertinence lorsqu'ils sont accompagnés de cas concrets. La FTQ pourrait également déployer une stratégie de communication, ce qui peut comprendre des capsules vidéo et des tracts, afin d'influencer l'opinion publique.

6.5 S'impliquer dans le dossier des assurances collectives

En matière de retraite, l'implication des travailleurs et des travailleuses est obligatoire en vertu de la loi, ce qui n'est pas le cas pour les assurances collectives. Elle est pourtant très importante pour les membres. Le contrôle syndical permet tout d'abord d'amorcer une réflexion sur les besoins des membres et de déterminer si le régime d'assurance collective a atteint ses objectifs. En étant preneur, le syndicat peut définir les protections, choisir l'assureur, mener les négociations et utiliser les ristournes à sa guise. Il a aussi accès à toute l'information (administration du régime, gestion des réclamations, rapports d'expérience de groupe, etc.). Être preneur ne comporte toutefois pas que des avantages. Cela requiert temps et ressources et il existe plusieurs obligations légales relatives à ce statut.

Même si les travailleurs et les travailleuses contribuent financièrement à leur régime en payant des primes, ils n'ont pas nécessairement accès à toute l'information s'ils ne sont pas responsables du régime (preneur ou copreneur). La loi oblige la compagnie d'assurance à fournir la police aux adhérents et aux adhérentes, mais les détails du groupe, du contrat-cadre et de la négociation entre l'employeur et l'assureur n'ont pas à être divulgués si le syndicat n'est pas copreneur. Sans ces informations, il est plus difficile pour les syndicats de trouver des solutions à la hausse des coûts et de négocier le renouvellement d'un contrat d'assurance. Les syndicats peuvent également négocier l'instauration d'un comité d'assurance pour s'impliquer davantage dans le dossier.

D'ailleurs, la FTQ offre une formation de trois jours sur les assurances collectives qui s'adresse aux conseillères syndicales et aux conseillers syndicaux ainsi qu'à toutes les personnes ayant à négocier ou à comprendre le fonctionnement de la négociation et de la tarification des assurances collectives.

LES MÉDICAMENTS, PIÈCE MAÎTRESSE DE NOTRE SANTÉ

Dans les années 1960, la FTQ militait pour un régime d'assurance maladie complet couvrant l'ensemble des risques inhérents et consécutifs à la maladie, ce qui incluait non seulement les médicaments d'ordonnance, mais d'autres services comme les soins dentaires et ophtalmologiques. Malgré des gains substantiels, force est de constater que plusieurs services essentiels ne sont toujours pas assurés par l'État et que des inégalités dans l'accès aux soins de santé persistent. Grâce aux syndicats, les travailleurs et les travailleuses ainsi que leur famille disposent d'assurances collectives et bénéficient de plusieurs protections importantes en matière de santé. Tout en continuant ce travail crucial, le mouvement syndical doit avoir à l'esprit que plusieurs n'ont pas accès aux assurances collectives.

En revendiquant un régime public et universel d'assurance médicaments, nous nous rapprochons de cet idéal fondateur, soit un régime d'assurance maladie complet. Le régime hybride d'assurance médicaments, mis sur pied il y a plus de 20 ans, a rapidement démontré que les solutions public-privé en santé ne répondent pas adéquatement aux besoins de la population. L'accès aux médicaments est encore problématique. Les hausses de coûts incontrôlables exercent une pression insoutenable sur le système de santé et sur les assurances collectives dans les milieux de travail. Les iniquités occasionnées par ce régime sont socialement inacceptables. Près de 50 ans après la création du régime d'assurance maladie, il est grand temps que le gouvernement québécois mette sur pied un régime public et universel d'assurance médicaments. Il s'agirait là d'un gain majeur pour les travailleurs et les travailleuses ainsi que pour l'ensemble de la société québécoise.