

Mémoire sur le projet de loi 33

**Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant
diverses dispositions législatives**

**Présenté à la
Commission parlementaire des affaires sociales**

Par le

Conseil de la santé et du bien-être

Le 5 juin 1996

Monsieur le Président,

Monsieur le Ministre,

Mesdames et messieurs, membres de cette Commission,

Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je tiens à vous remercier de l'occasion que vous nous donnez de nous faire entendre sur ce projet de loi concernant l'assurance-médicaments. Vous vous doutez bien que le sujet préoccupe vivement les membres du Conseil, eu égard aux fonctions que le Législateur lui a confiées et à la manière dont ceux-ci ont jusqu'à maintenant interprété leur mandat.

Dans la foulée de la tenue et la conduite d'un certain nombre d'événements et de travaux, le Conseil a cru nécessaire de s'interroger sur l'évolution du rapport public-privé à l'endroit de notre système de services de santé et de services sociaux. Le dépôt du présent projet de loi constitue une autre manifestation, particulièrement éloquente celle-là, de cette évolution. Les membres du Conseil s'y sont intéressés à la fois dans ce que ce projet représente comme instrument de protection sociale, mais aussi dans ce qu'il véhicule comme

conception du rôle de l'État, comme expression de l'exercice de la fonction régulatrice de l'État. Enfin, le Conseil s'est préoccupé de questions plus spécifiques découlant du régime proposé par ce projet de loi et certaines de ses dispositions.

L'assurance-médicaments : une nécessité

D'entrée de jeu, nous tenons à saluer l'initiative du gouvernement actuel qui, en toute cohérence et continuité avec son prédécesseur, a poursuivi la réflexion engagée sur le rôle et la place de l'État dans la couverture des risques conduisant à la prise de médicaments, tout en tenant compte de la situation des finances publiques et malgré certaines idéologies, disons dominantes plus à l'Ouest.

Il était d'ailleurs devenu pressant de conclure cette réflexion, étant donné notamment la place croissante occupée par le

médicament dans l'arsenal thérapeutique et son coût à la fois pour les utilisateurs et pour les contribuables. Tout porte également à croire que le développement de ce type de technologie, s'il s'accompagne de gains thérapeutiques significatifs, suscitera d'y avoir davantage recours, en particulier pour soutenir la consolidation des services offerts sous une forme ambulatoire, et en dépit du caractère dispendieux des nouvelles molécules. En outre, l'État se devait de revoir son intervention parce que ses propres programmes-clientèles d'assurance-médicaments participaient à des formes d'iniquités d'accès de moins en moins tolérables. Aussi partageons-nous cette conclusion d'ensemble à l'effet que la mise en place d'un outil de protection de base, d'application universelle, à l'égard du médicament était devenue une nécessité.

L'inclusion progressive des médicaments dans l'offre de services associés à l'assurance-maladie correspond d'ailleurs

à ce que préconisait la Commission Castonguay-Nepveu. La proposition actuelle visant à universaliser un régime d'assurance-médicaments et en mutualiser les risques rapproche le Québec des pays européens en termes de comportement en matière de sécurité sociale.

Par contre, le transfert obligé des risques à un tiers, tantôt l'État, tantôt un assureur privé, qui se partagent l'administration du nouveau régime, est une innovation. Bien que seul l'avenir dira s'il y a plus d'un gagnant, le Conseil croit utile de souligner ce qui lui apparaît les points forts de la formule proposée et de relever des inquiétudes qu'il entretient à son endroit.

Le Conseil tient d'abord à témoigner qu'il souscrit entièrement aux objectifs visés par ce régime et contenus à l'article 2 du projet de loi, à l'effet : "d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux

médicaments requis par l'état de santé des personnes". Il constate néanmoins que les notions d'accès raisonnable et d'accès équitable, ainsi que leur application, évoluent rapidement.

La notion d'accès raisonnable

Concernant le caractère raisonnable de l'accès à un bien ou à un service, il s'agit là d'un attribut que l'on cherche de plus en plus à circonscrire et à traduire concrètement sur une base normative, de façon à relier la production de services de même que leur utilisation à la poursuite d'objectifs ayant trait à leur pertinence, leur efficacité, leur efficience et leurs coûts.

Ainsi, au cours des dernières années, des précisions ont été apportées à la notion d'accès raisonnable par rapport aux délais qu'il était jugé normal d'encourir pour trouver réponse à des besoins de services. Notons à titre d'exemples, le

nombre de minutes pour avoir accès à des services pré-hospitaliers d'urgence, le nombre d'heures passées sur une civière à l'urgence, les durées de séjour en institution, etc. Bientôt devons-nous probablement préciser le délai raisonnable pour accéder à des services électifs de prélèvements, à des examens de laboratoires et à leurs résultats.

Ces précisions qui normalisent la tendance à produire et à consommer et qui balisent les écarts à ne pas dépasser sont importantes, particulièrement lorsqu'aucun tarif n'est requis de l'utilisateur. Non seulement interpellent-elles les consommateurs et les producteurs, mais elles imposent à l'assureur, en l'occurrence l'État, de rendre disponibles et d'organiser les ressources nécessaires au respect de ses propres normes.

Dans le cas présent, le Conseil constate que le caractère raisonnable prend un nouveau visage. En effet, assujetti à une participation financière des utilisateurs de médicaments

couverts par le régime, ce caractère raisonnable sera établi et revu à partir d'une conception de la modération entretenue par les décideurs, donc selon une posologie de freins à la consommation jugés économiquement et socialement requise. Ainsi, il sera périodiquement défini par le Ministre qui met à jour la liste de médicaments, ainsi que par le gouvernement qui, en ce qui a trait au régime de base, fixe la prime, la franchise, le pourcentage de coassurance et le plafond de contributions, bref la participation financière des personnes et des familles, "en tenant compte notamment de leur situation économique". En toute objectivité, le "notamment" suggère que d'autres variables puissent être prises en compte, dont certaines considérations apportées par le milieu de l'assurance. Il y aurait lieu de profiter de l'occasion pour préciser ces autres variables.

La notion d'accès équitable

Concernant le caractère équitable, c'est là le fondement même de la solidarité sociale. L'équité verticale commande que les moins favorisés, en raison de circonstances hors de leur contrôle (maladie, chômage, etc.) soient assurés que les soins nécessaires leur seront raisonnablement accessibles, et qu'ils pourront du même coup compter sur un revenu suffisant pour combler leurs besoins essentiels. L'équité horizontale exige que ceux dont la capacité de payer est supérieure contribuent davantage que les autres, en fonction d'une progressivité des revenus.

Dans le cas présent, le Conseil constate que le caractère équitable prend aussi un nouveau visage. En effet, bien que les moins fortunés auront peu ou n'auront pas à déboursier de primes et que leur plafond de coassurance sera plus bas, ils

auront une franchise à payer et cela fera très mal pour certains d'entre eux. Quant aux plus fortunés, leurs déboursés maxima seront les mêmes, quel que soit le revenu familial en haut de 30 000 \$. Par ailleurs, le régime proposé maintient une application douteuse de la taxation en matière d'assurance entre d'une part, les personnes couvertes par des régimes collectifs et d'autre part, celles couvertes par l'État ou par une assurance privée individuelle.

Le Conseil tient aussi à souligner que dans le domaine privé de l'assurance, l'équité se fonde d'abord sur la détermination d'une prime qui reflète bien le risque économique, ce qui tend à multiplier les catégories de risques, "pour être juste envers les assurés". Dans le domaine public, l'équité se fonde sur une application du principe de solidarité qui, à l'inverse, invite à diminuer les catégories de risques et à faire payer davantage les plus fortunés, au nom de l'accès plus égal à la santé et aux soins de santé sans égard au portefeuille. À

compter de maintenant, ces deux visions devront cohabiter dans un régime général, public-privé, d'assurance-médicaments. Ce choix raisonnable et équitable semble entre autres lié à la protection du marché privé de l'assurance des personnes de même que des revenus de taxes d'assurances encaissés par l'État, ainsi que lié au coût du service de la dette. Ce sont là des considérations différentes de celles qui ont prévalu en 1970, au moment de l'étatisation de l'assurance-maladie.

Dans les grandes lignes, il semble donc y avoir accord entre le gouvernement et les assureurs : le gouvernement fixe à peu près tous les barèmes du régime de base et crée aux assureurs l'obligation de ne refuser aucune personne non déjà assurée. En contrepartie, toute personne doit s'assurer, l'État conservant à sa charge les risques présentés par les personnes âgées et les plus démunis. Est-ce que les assureurs privés auraient pu refuser ce que comporte ce projet, s'ils n'avaient

pu agir auprès du ministre, par l'entremise du Conseil consultatif de pharmacologie, sur la liste de médicaments, leur utilisation et l'évolution des prix? Auraient-ils pu refuser s'ils n'avaient pu être consultés par le gouvernement et possiblement par l'Inspecteur général des institutions financières quant à la prime de risque en assurance individuelle à payer? Ce qui revient à dire qu'ils peuvent agir sur le caractère raisonnable. En outre, auraient-ils pu refuser si les non-assurés avaient eu le choix de plutôt adhérer à la RAMQ?

En résumé, dans le contexte actuel où l'État cherche à atténuer la dimension financière de sa présence dans plusieurs secteurs d'activités économiques, ce projet de loi donne des assises pour accroître l'équité dans l'accès à un bien et un service essentiels, en s'appuyant sur l'expertise, la place et la culture d'entreprise du secteur privé, faisant des assureurs, des partenaires du régime. Les interrogations du Conseil relè-

vent plus particulièrement d'une part, de l'ordre des engagements gouvernementaux à plus long terme à l'endroit du secteur privé et, d'autre part, de l'ordre des hypothèses quant aux comportements des uns et des autres, quant à la présence et la suffisance de mécanismes favorisant un équilibre entre les intérêts des assurés et ceux des assureurs (qui désormais se rejoignent dans un marché à économie partiellement planifiée). Manifestement, les assureurs étant les associés du gouvernement, et les assurés n'ayant pas le choix d'acheter ou non l'assurance, c'est le genre de formule qu'il n'est souhaitable de retrouver qu'en démocratie.

Les perspectives en matière de tarification et de coassurance

Par ailleurs, le Conseil s'interroge sur l'intérêt que porte le gouvernement à la coassurance dans le domaine des services

de santé et des services sociaux. Lorsque le ticket modérateur passe de 100 % à 25 %, les groupes sont généralement positifs, d'autant plus qu'ils ont le sentiment que les résidus d'iniquités sont un mal nécessaire à la modération. Un tel sentiment peut rejoindre facilement les élus, surtout en période de relative rareté des ressources. L'opinion du Conseil concernant la tarification et la coassurance est déjà connue. Elle a été formulée dans son premier avis sur l'efficiencia du système de santé, intitulé "*Un juste prix pour les services de santé*". Nous n'y reviendrons pas. Nous nous limiterons à rappeler qu'invariablement, la tarification et la coassurance ne modèrent pas la consommation des plus fortunés. En outre, dans un système où le consommateur peut difficilement évaluer le coût d'opportunité de ce qu'il achète, la modération doit particulièrement interpeller le producteur et l'appareil de production. Pour l'essentiel, l'interrogation du Conseil est la suivante : cette consécration de la tarification et de la coassurance peut-elle avoir un effet contaminant?

En effet, le Conseil s'est questionné sur l'évolution possible, voire probable, de ces technologies médicamenteuses. Il est déjà acquis que l'emploi de certaines molécules dans le traitement de nombreuses conditions de santé est la solution la meilleure. Dans un avenir rapproché, l'emploi de nouveaux médicaments devrait supplanter d'autres modes thérapeutiques jusque là reconnus pertinents. Cette situation présente, et bientôt amplifiée, fera ressortir l'incohérence, encore socialement tolérée, d'avoir d'un côté, une réponse à des besoins dont le financement est assuré à 100 % par l'État (ex.: services hospitaliers, actes de chirurgie), et de l'autre, une réponse de plus en plus efficace à des besoins comparables, mais dont le financement fait l'objet d'une contribution privée de l'utilisateur dans le cadre d'un régime jusque là qualifié de complémentaire. Est-ce à dire que le système de soins de santé est appelé à évoluer dans le sens d'un co-paiement et d'une tarification à l'utilisateur? Pour quelle raison fonda-

mentale un malade devrait-il contribuer dans un cas au financement de son traitement, mais pas dans l'autre cas? Pendant combien de temps cet "écart de conduite" pourra-t-il être maintenu? Lorsque la tolérance ne pourra plus être justifiée, quelle formule de régime sera retenue?

Lourdes de significations, ces questions renvoient au rôle de l'État, dans ses dimensions de protection et d'équité sociales. Elles commandent de prendre au sérieux l'évolution actuelle et prévisible du rapport public-privé dans le financement et la prestation des services sociaux et de santé. Elles exigent de s'interroger sur le discriminant permettant de déterminer la responsabilité collective qui doit être assumée par l'État.

D'ailleurs, dans la mesure où les garanties du régime pourront dans certains cas couvrir le coût des services et des médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement, celui-ci ne sera désormais plus le discriminant utilisé

pour déterminer le financement public d'activités non-accessoires.

Face à cette évolution rapide, il n'est pas inutile de rappeler ce qui est largement reconnu, à savoir que la forte présence de l'État, à titre d'assureur unique ou prépondérant, est le moyen le plus efficace pour contrôler la croissance des coûts. Toutes les expériences internationales tendent à démontrer qu'un financement public fort et stable des services sociaux et de santé, et une ouverture à divers modes de prestation publique-privée des services permettront l'exercice adéquat de la fonction régulatrice de l'État et des gains d'efficacité. Ce financement public fort facilite le respect de conditions de nature à éviter la sélection des clientèles et certaines économies sur la qualité des services. Ce financement public interpelle au plus haut point le gouvernement dans la nature des services couverts par les régimes d'assurance et d'assistance qu'il offre seul ou en partenariat avec d'autres

assureurs et organismes. À ce titre, autant la révision de la liste de médicaments couverts est d'une importance capitale. Dans d'autres domaines, se pourrait-il que des services deviennent de plus en plus couverts simultanément par l'État et par le privé de telle sorte que du côté de l'État, l'assurance se transforme en assistance? Enfin, l'État doit-il définir sa couverture en réaction aux initiatives du secteur privé? À cet égard, la révision de la liste des services sociaux et de santé couverts par d'autres régimes est aussi importante, même si (et d'autant plus que) les assureurs privés ne sont pas là pour le rappeler au gouvernement.

En d'autres termes, l'accès aux médicaments suscitera, dans un système intégré de soins de santé, de faire bientôt d'autres choix, tant dans la nature des biens et services que dans le quantum de leur couverture. Qui et quels seront les déterminants de ces choix? Il faudrait tenter de répondre sans tarder à cette question, en particulier dans le contexte de la décentrali-

sation et de la situation actuelle des finances publiques.

Le Conseil, en lien avec les recommandations de son premier avis sur l'efficacité des services de santé, s'est aussi interrogé sur les possibilités éventuelles d'intégration des enveloppes fermées d'assurance-médicaments, d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, et la décentralisation de leur administration au niveau régional. Devons-nous comprendre que du point de vue central, une telle intégration ne pourrait être possible au niveau régional, du moins dans un avenir prévisible? Malgré tout, le Conseil estime que les dépenses dans le cadre du régime général d'assurance-médicaments pourraient être prises en compte dans l'équité applicable à l'enveloppe de fonctionnement du réseau. En outre, un rôle formel pourrait être reconnu aux régies régionales par l'attribution de responsabilités légales dans l'accompagnement des personnes non-assurées de chacune des régions.

Voilà pour les considérations, enjeux et interrogations d'ordre général. Le Conseil comprend que le choix du gouvernement est celui d'un régime dont le financement n'est qu'en partie public, donc en partie fiscalisé. À lui seul, ce choix pourrait justifier tout un débat. Cependant, le Conseil tient à souligner que :

- . le régime proposé constitue une nette amélioration pour les personnes qui ne bénéficient d'aucune assurance-médicaments; elles risquent de subir beaucoup moins de difficultés financières si la maladie les frappe;
- . ce régime cherche à mettre fin à une discrimination fondée sur le type de maladie; quant à la discrimination fondée sur l'âge, le Conseil estime que l'équité transgénérationnelle et la protection particulièrement nécessaire des enfants commandaient que le gouvernement fasse un pas dans la

direction qu'il propose;

- . ce régime cherche à mettre fin aux ambiguïtés dans le financement de médicaments consommés à la sortie de l'hôpital; désormais, les hôpitaux devront se conformer au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (art. 3, par. a, sous-par. IV) dans le financement de médicaments consommés à l'intérieur de l'hôpital, et à un nouveau règlement sur la couverture apportée par ce régime; concernant ce dernier, il peut être utile d'orienter l'exercice du pouvoir réglementaire du gouvernement en précisant l'objectif recherché;

- . ce régime favorise une implication gouvernementale dans un secteur en développement; il ouvre la porte à une véritable politique sur les médicaments; il est à espérer qu'un partenariat bien dosé avec le secteur privé favorise une évolution raisonnable des coûts du régime et une utilisation

plus judicieuse du médicament;

- . l'équilibre entre prime à payer, franchise, coassurance et plafond semble, à première vue, intéressant, bien que la progressivité de la participation financière ne soit pas entièrement fiscalisée avec le revenu; vraisemblablement, le partage du fardeau financier entre les différentes catégories de population s'en trouve tout de même amélioré; il pourrait l'être davantage si la prime à payer était fonction d'une progressivité qui rejoigne une plus grande amplitude d'échelles de revenus;
- . ce régime protège et consolide des centaines d'emplois dans le secteur privé, soulage certaines dépenses de programmes;
- . sauf erreur, la prime est dédiée au régime : elle ne peut servir à réparer les routes!

Le Conseil s'attend à ce que ce nouveau régime d'assurance ajoute à nos instruments de protection sociale sans les dénaturer, bien qu'il reconnaisse la nécessité de les faire évoluer.

Le Conseil estime que malgré les inconnues qu'il comporte et qui feront l'objet d'ajustements dans le temps, le gouvernement doit aller de l'avant maintenant avec ce projet d'assurance-médicaments. De toute manière, il serait illusoire d'obtenir réponse à tout avant de démarrer. Pour le Conseil, ce qui importe, c'est d'avoir déjà une idée assez juste de ce qu'il faudra surveiller en termes d'évolution du régime et du rapport public-privé, en se demandant ce qu'une loi québécoise sur la santé devrait contenir, si une telle loi était à faire.

* * *

Les éléments plus particuliers de la proposition que le Conseil estime devoir commenter sont les suivants. Ils font à l'occasion appel à la nécessité d'une régulation plus appropriée.

- *Le choix des assurés (vs le mode d'administration du régime)*

Le Conseil comprend les raisons d'une association avec les assureurs qui offrent déjà un produit d'assurance-médicaments. L'obligation faite à chaque citoyen de contracter une assurance-médicaments non seulement augmentera de plus de un million le nombre de nouveaux assurés, mais procurera aux assureurs de personnes la possibilité de solliciter leurs nouveaux membres pour d'autres produits qu'ils offrent. Dans ce contexte, il peut être utile aux éventuels assurés que le gouvernement invite les assureurs à informer leurs clients potentiels de certaines données relatives à leur actionnariat, de façon à ce que ces derniers fassent un choix entre autres éclairé par la destination des profits éventuels. De plus, le Conseil s'interroge sur les motifs conduisant à une impossibilité totale, pour les non-assurés, d'adhérer à la RAMQ.

- *Le comportement des assureurs privés*

Par ailleurs, les possibilités de croisements de données permet aux assureurs de mieux gérer les autres éléments d'un menu, telles l'assurance-vie et invalidité. S'ils ne pourront discriminer en fonction de l'état de santé dans l'assurance-médicaments, le pourront-ils pour les autres éléments?

Actuellement, le projet de loi 133 déposé par le ministre de la Justice prévoit baliser la discrimination possible en vertu de la Charte des droits et libertés. Il va de soi que l'état de santé est un facteur de discrimination étudié par la Commission des Institutions. L'état du génome ne l'est pas, mais ça viendra, et vite! La Commission des droits de la personne a suggéré un "papillon" visant à resserrer le critère de légitimité de la discrimination basée sur des données actuarielles. Elle propose un critère relevant de la "nécessité raisonnable" (cherchant par exemple à imposer à l'assureur de faire la démonstration d'un risque attribuable ou d'un risque relatif suffisamment élevé) pour avoir droit de discriminer à partir de plus qu'une simple corrélation actuarielle.

Le Conseil estime que le débat à la Commission des Institutions portant sur l'article 20 de la Charte des droits et libertés, amendé par l'article 1 du projet de loi 133, est d'un grand intérêt dans le comportement éventuel des assureurs de personnes, malgré le fait que le projet de loi d'ordre public sur l'assurance-médicaments impose spécifiquement une non-discrimination quant à l'état de santé. En effet, le renseignement sur un médicament consommé peut témoigner d'une condition de santé qu'il est utile de savoir à d'autres fins. De plus, la discrimination fondée sur l'état de santé présenté ou prédit pouvant comporter des abus, il apparaît que ce projet de loi soit susceptible d'intéresser le ministre responsable d'"assurer la protection sociale des individus, des familles et des autres groupes" (Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, art. 3, par. a).

- *La confidentialité des informations*

La gestion du système, tant dans ses aspects cliniques qu'administratifs, commande que

des cadenas empêchent la transmission de données-clientèles de consommation à des personnes non autorisées. La Commission d'accès à l'information n'est pas seule à se préoccuper de la sécurité des autoroutes informationnelles. De nombreux citoyens avertis sont aussi vigilants.

Les pharmacies d'officine ont déjà informatisé le traitement de leurs transactions avec leurs clients. Des entreprises québécoises, maintenant à propriété étrangère, offrent des services de "back up" aux pharmacies. Ces intérêts étrangers opèrent outre frontières dans un environnement plus souple quant aux conditions d'accès à des renseignements personnels. Cette situation suggère que l'on précise la propriété des données, de même que les cas, conditions et circonstances dans lesquelles des données de consommation de médicaments peuvent être utilisées par un tiers, qu'il soit québécois ou étranger. Sans verser dans des attitudes paranoïdes, il convient d'imaginer que d'autres que les assureurs privés québécois et l'État peuvent éventuellement avoir intérêt à obtenir et traiter des données sur la consommation de médicaments, de façon à pouvoir prendre les mesures appropriées pour gérer cet intérêt en tenant compte de celui des assurés.

S'il est nécessaire de se préoccuper de possibles dérapages inhérents à la constitution de bases de données par ailleurs essentielles, il devient évident que les activités ayant trait aux transactions journalières entre les pharmacies et l'agent-payeur doivent être sécuritaires non seulement dans leur acheminement, mais aussi dans leur stockage journalier, par l'entremise de services offerts par des entreprises privées aux pharmacies. La RAMQ pourrait offrir les services de "back up" aux pharmacies. Si des multinationales de médicaments ont besoin de données dénominalisées et traitées, elles

pourront alors s'adresser à la RAMQ. La loi pourrait prévoir une disposition explicite sur cette activité de service de la RAMQ.

- *La liste des médicaments*

Cet instrument constitue sans aucun doute la première étape d'un choix rationnel applicable au régime général de base. Elle permet de définir l'étendue de la couverture et de garder un certain contrôle sur les coûts du régime. Le Conseil croit que des formalités d'acceptation d'un médicament nouveau devront être rigoureusement appliquées afin d'éviter d'ajouter à la liste des nouveaux produits généralement dispendieux, qui apportent des améliorations de confort, mais peu d'améliorations thérapeutiques. Sauf erreur, en 1993, le Conseil d'examen des médicaments et produits brevetés aurait jugé que seulement 8 des 77 médicaments étudiés comportaient une nette amélioration thérapeutique. À la limite, le consommateur pourrait payer pour la différence de coût que comporte le confort d'une nouvelle molécule par rapport à "l'ancienne".

Le Conseil attire l'attention sur l'évolution possible de la définition du médicament. Il se peut que dans un avenir rapproché, un ensemble de produits biologiques ou leurs dérivés, prennent davantage place à côté des produits de synthèse, dans le traitement du cancer par exemple. Actuellement, en vertu de définitions véhiculées dans la loi sur la pharmacie, on assimile souvent les vaccins traditionnels à des produits pharmaceutiques. Demain, des vaccins de nouvelle génération feront leur apparition. Cette évolution technologique évoque non seulement l'importance de la mise à jour de

la liste de médicaments, mais suggère que les produits à des fins de protection de santé publique continuent à être couverts à 100 % par l'État, donc non assimilés au régime d'assurance-médicaments proposé.

Enfin, le Conseil estime que les assurés ont tout autant que les assureurs l'intérêt à participer au comité consultatif de pharmacologie (art. 51), en vue de soutenir le ministre dans la mise à jour de la liste de médicaments (art. 59).

- *L'évolution du coût du régime*

Trois facteurs peuvent être à l'origine de l'évolution des coûts :

- . le prix des médicaments,
- . son utilisation,
- . les coûts d'administration et la marge de profit.

Concernant le prix du médicament, le Conseil constate l'impact positif, pour les consommateurs, des travaux du Conseil d'examen des médicaments et produits brevetés. Il s'interroge cependant sur notre capacité à contrôler la croissance des coûts de médicaments génériques, se demandant s'il est suffisant de s'aligner sur le prix en vigueur dans les autres provinces. Il apparaît que les mécanismes en place ne peuvent que tempérer légèrement l'appétit des entreprises pharmaceutiques.

En ce qui a trait à l'utilisation, le Conseil présume que la clé se trouve chez le prescripteur. Bien que dans des cas particuliers, le consommateur-payeur est susceptible

d'influencer le prescripteur, notamment en lui demandant qu'un produit générique lui soit prescrit, l'essentiel des gains d'efficacité et d'efficience et des économies repose sur les épaules du prescripteur. Dépenser dans la formation et la mise à jour de ce dernier doit être considéré synonyme d'investissement. Le Conseil salue d'ailleurs l'importance accordée aux revues d'utilisation de médicaments, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des centres hospitaliers. La revue d'utilisation des médicaments impose de constituer une base de données. Le principe de constituer une telle base ne saurait être mise en doute. La discussion sur les moyens visant à garantir la confidentialité et à éviter les abus dans son utilisation ne devrait pas emporter le principe.

Le Comité de revue d'utilisation des médicaments aura une tâche essentielle. Sa composition étant bien établie, il s'agira de s'assurer que le renouvellement de ses membres procède adéquatement... Quant à son mandat, il peut être utile et rentable d'interpeller le Collège des médecins du Québec dans l'exercice de formuler des recommandations pour améliorer l'usage des médicaments (art. 70, par. 7^o).

Concernant les coûts d'administration, le Conseil invite le gouvernement à se préoccuper de la fixation du coût unitaire des millions de transactions qui seront effectuées dans le cadre du régime.

- *Le marketing des produits pharmaceutiques*

De façon à trouver un nouvel équilibre entre l'information transmise par les compagnies pharmaceutiques auprès des prescripteurs et celle qu'ils reçoivent en provenance des

milieux scientifiques avisés et du Conseil consultatif de pharmacologie, le Conseil estime que le gouvernement devrait indirectement agir sur la commercialisation des produits pharmaceutiques. L'imposition d'un plafond absolu ou procentuel des dépenses de publicité et de promotion admissibles à des déductions fiscales pourrait être examinée, sans que soit brimée la liberté d'expression des entreprises pharmaceutiques. De toute façon, ces déductions constituent pour le gouvernement des dépenses fiscales qui, dans le contexte actuel des finances publiques, des entrées de revenus autonomes et de l'assurance-médicaments, sont difficilement justifiables au-delà d'un certain seuil.

- *Les "cas-frontières"*

Manifestement, le projet de loi ne contient aucune provision permettant de statuer dans les cas où un résident québécois travaille hors-Québec. Alors que les obligations faites aux résidents, aux assureurs et gestionnaires de régimes collectifs s'appliquent à l'échelle du Québec, un résident québécois également travailleur ontarien devra-t-il se comporter à l'image d'un non-assuré pour accéder au régime d'assurance-médicaments et aux médicaments qu'il se procure auprès d'officines ontariennes reconnues?

Enfin, en terminant cet énoncé de commentaires plus spécifiques, le Conseil se permet de s'interroger à voix haute, sans faire de personnalités, sur la pertinence de la composition actuelle du conseil d'administration de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il nous semble que les efforts doivent se poursuivre pour revoir l'équilibre de représentation entre les producteurs de services et les consommateurs, de façon à consolider la place des actionnaires des régimes que la Régie administre?

Voilà donc, pour l'essentiel, les commentaires du Conseil de la santé et du bien-être sur le projet d'assurance-médicaments. Faute de temps, nous n'avons malheureusement pas pu être davantage synthétique dans notre présentation. Nous souhaitons que ces remarques et interrogations soient utiles dans la continuité des travaux sur le projet de loi, et dans la poursuite de la réflexion plus globale sur l'avenir de nos instruments de protection sociale.