

**Mémoire présenté à la
Commission parlementaire des Affaires sociales
sur les
« Pistes de révision du régime général d'assurance médicaments »**

Par

le Conseil de la santé et du bien-être

Le 15 février 2000

Mémoire du Conseil de la santé et du bien-être sur l'assurance médicaments

Madame la Présidente ou Monsieur le Président,
Madame la Ministre,
Mesdames et messieurs, membres de cette commission,

Je tiens à vous remercier, au nom du Conseil de la santé et du bien-être, de l'occasion qui nous est donnée de nous exprimer dans le cadre de cette commission parlementaire. Rappelons que la mission du Conseil est de fournir des avis à la ministre de la Santé et des Services sociaux et d'informer la population sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Malgré le court délai disponible, les membres du Conseil ont tenu à apporter une contribution à ce débat public, considérant ses travaux antérieurs et l'importance des enjeux de cette consultation tant pour garantir un accès équitable à la santé à l'ensemble de la population que pour maintenir l'équilibre général du financement et du fonctionnement du système de services de santé et des services sociaux.

Le Conseil a déjà manifesté clairement son appui à la création d'un régime offrant aux Québécois et aux Québécoises un accès «équitable et raisonnable» aux médicaments. La mise en place d'un tel régime était une nécessité. Aussi, sa création nous apparaît comme une initiative, certes perfectible, mais heureuse.

Nous sommes conscients que des intérêts importants sont en cause dans le fonctionnement et l'évolution de l'assurance médicaments, intérêts tantôt des médecins, tantôt des pharmaciens, tantôt des compagnies d'assurance, tantôt des compagnies pharmaceutiques, etc. Nous sommes aussi d'avis que la stratégie d'implantation d'un véritable régime de protection sociale est progressive et fort complexe.

Notre contribution à la réflexion pour l'amélioration du régime portera sur trois grandes préoccupations inspirées principalement de travaux, positions et avis déjà produits par le Conseil, que l'on pense à Un juste prix pour les services de santé¹, à l'Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux², au mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales sur le projet de loi sur l'assurance médicaments³ ou à celui présenté à la Commission sur la fiscalité et le

¹ Un juste prix pour les services de santé, Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 1995, 52 pages.

² Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux, Conseil de la santé et du bien-être, 1997, 60 pages.

³ 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, Conseil de la santé et du bien-être, 5 juin 1996, 19 pages.

financement des services publics⁴.

Les analyses et réflexions du Conseil nous conduisent à suggérer trois pistes dans le cadre de la révision du régime général d'assurance médicaments. Ces pistes ont en commun la poursuite des objectifs de pertinence, d'efficacité, d'efficience et d'équité du système de services de santé et de services sociaux. La première piste porte sur l'amélioration de l'utilisation des médicaments, la seconde vise à accroître l'intégration des médicaments à l'ensemble thérapeutique, et la troisième vise un financement équitable des coûts du régime.

1. Pour améliorer l'utilisation des médicaments

Le Conseil partage la nécessité de maintenir un régime d'assurance médicaments efficace dont les coûts sont raisonnables. Le rapport d'évaluation du régime nous indique « ... une augmentation des coûts globaux de plus de 15 % par année en raison à la fois de l'augmentation du nombre de personnes qui se sont prévaluées du régime, et du coût des traitements médicamenteux⁵ ». Comme le mentionne aussi le rapport d'évaluation, l'augmentation de ces coûts résulte d'une « dynamique de développement de la thérapie médicamenteuse ». Cela sous-entend notamment que les praticiens recourent davantage aux médicaments pour traiter leurs patients, qu'ils traitent davantage de personnes de cette manière et qu'ils cherchent à profiter davantage du développement de nouvelles molécules.

Malgré cette forte croissance, il demeure possible d'influer sur certains des facteurs qui contribuent à l'augmentation des coûts des médicaments. Les mesures additionnelles proposées, notamment l'application intégrale du prix le plus bas et l'instauration d'un prix de référence, contribueront certainement à mieux contrôler les coûts. Le Conseil est toutefois d'avis qu'il convient d'aller plus loin et formule à cette fin les deux recommandations suivantes.

Premièrement, il y a lieu de se soucier davantage de l'utilisation qui est faite des médicaments de nécessité médicale. Il apparaît clair que cette utilisation est souvent inadéquate, tant de la part des médecins qui les prescrivent, des pharmaciens qui les offrent que des personnes qui les consomment. Le Conseil partage la recommandation d'accentuer les revues d'utilisation des médicaments. Il souhaite par ailleurs que le Ministère et différents organismes professionnels soutiennent le développement et la diffusion d'outils d'information permettant aux médecins et aux pharmaciens d'assurer un suivi rigoureux des personnes qui reçoivent des ordonnances. Il espère également le développement et la diffusion d'outils d'aide à la décision médicamenteuse à l'intention des médecins.

⁴ Mémoire présenté à la Commission sur la fiscalité et le financement des services publics, Conseil de la santé et du bien-être, 12 août 1996, 20 pages.

⁵ Ministère de la santé et des services sociaux, Évaluation du régime général d'assurance médicaments, Québec, 1999, page 53.

Deuxièmement, le prix des médicaments constitue un facteur important de croissance des coûts des médicaments de nécessité médicale. La question apparaît suffisamment préoccupante pour réitérer la recommandation formulée en commission parlementaire au moment de la création du régime public. Le Conseil demandait alors à la Commission parlementaire des affaires sociales de tenir des audiences sur les facteurs de croissance des prix des médicaments et sur l'impact économique des mesures de contrôle des prix.

2. Pour accroître l'intégration des médicaments à l'ensemble thérapeutique

Un commentaire et deux recommandations s'imposent ici à cette fin.

Les médicaments de nécessité médicale font partie de l'arsenal thérapeutique disponible, tant au sein des institutions du système de services de santé et de services sociaux qu'à l'extérieur de celles-ci. Dans le processus de prestation des services en différents lieux, il se produit une dynamique de transfert des responsabilités et de coûts entre les composantes du système incluant les consommateurs. Toutefois, il n'existe pas de moyens fonctionnels permettant de tirer les meilleurs bénéfices de ces transferts ou d'en prévenir les effets négatifs.

Par exemple, si les médicaments ont entraîné une hausse de 42 % des coûts des traitements des maladies cardiovasculaires, se pourrait-il que ces médicaments aient contribué par ailleurs à une réduction significative des dépenses institutionnelles et à une amélioration des conditions de vie des personnes ?

Le rapport d'évaluation du régime mentionne que « l'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans d'autres programmes de santé par une réduction, notamment, des services hospitaliers. Pour être complète, l'analyse de la croissance des coûts du programme de médicaments doit être effectuée dans ce contexte⁶ ». En plus de considérer le phénomène des vases communicants dans le système de services, une telle analyse pourrait nous dire si le *Rapport national sur la santé* a raison d'avancer la possibilité « ...que les coûts *totaux* décroissent même si ceux des *gouvernements* augmentent⁷ ».

Inversement, des complications consécutives à une mauvaise utilisation des médicaments ou le fait de pouvoir disposer gratuitement de médicaments en milieu hospitalier et non à domicile peuvent accroître le recours à l'hospitalisation et à des services plus coûteux et ainsi conduire à une augmentation des coûts d'ensemble.

Notre système de services s'est développé notamment sous l'influence de régimes

⁶ Ibid., page 67.

⁷ Forum national sur la santé, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Rapport final, Ottawa, 1997, page 24.

distincts d'assurance implantés graduellement : l'assurance hospitalisation, l'assurance maladie, l'assurance médicaments, etc. Ces programmes ont contribué à façonner les pratiques et les modes d'organisation actuels du système de services. Leur cloisonnement budgétaire et administratif encourage peu la recherche des solutions les plus efficaces et les plus économiques. Leur décloisonnement apparaît particulièrement souhaitable si l'on désire favoriser un développement de la thérapie médicamenteuse qui soit davantage intégré à l'arsenal des services de santé et des services sociaux.

Le Conseil réitère deux recommandations visant une intégration accrue des médicaments à l'ensemble thérapeutique :

Premièrement, il croit que le regroupement des budgets dédiés aux régimes d'assurance qui forment le squelette de notre système de services de santé et de services sociaux permettrait des gains substantiels, tant financiers qu'à l'égard de la qualité des services offerts. Le Conseil réitère sa recommandation de procéder à l'intégration des budgets de ces régimes.

Deuxièmement, le Conseil a déjà manifesté fermement son appui à une décentralisation des pouvoirs publics dans le secteur des services de santé et des services sociaux. À son avis, la manière la plus efficace d'améliorer la qualité des services et d'en réduire les coûts consiste à allouer un budget global à une instance responsable de la population d'un territoire et de lui laisser prendre les décisions nécessaires, sur le terrain, quant aux choix des moyens, à l'intérieur de paramètres fixés au niveau central. Un tel scénario sous-entend l'intégration au sein de cette enveloppe du budget consacré à l'assurance médicaments.

3. Pour assurer un financement équitable de l'assurance médicaments ...

Nous présenterons ici deux commentaires et une proposition permettant de maintenir le principe d'équité du régime d'assurance médicaments.

Le premier commentaire porte sur le partage des risques qui devrait caractériser le régime d'assurance médicaments. Partie de l'arsenal thérapeutique, les médicaments de nécessité médicale sont considérés comme des biens pour lesquels l'État offre légitimement une couverture d'assurance, directement ou par l'entremise d'assureurs privés. Le risque d'avoir à acheter des médicaments de nécessité médicale est un risque que l'on souhaite voir partager entre tous les Québécois et les Québécoises, comme le risque de requérir des services de santé, des services sociaux, ou d'être hospitalisé. Ce risque, naturellement plus important pour des personnes moins fortunées ou moins en santé, fait volontairement l'objet d'une redistribution. Nous comprenons que l'intention qui présidait à la création d'un régime québécois d'assurance médicaments était de redistribuer le risque devant lequel nous placent la pauvreté et la maladie, au nom de principes d'équité, de solidarité et de justice sociale.

La question n'est pas de savoir si la population québécoise doit ou non payer les frais liés à l'achat des médicaments de nécessité médicale. Le Conseil partage à cet égard le commentaire formulé par le *Forum national sur la santé* : la population assume déjà cette facture.⁸ Nous la payons tous déjà, collectivement sinon individuellement, que ce soit de nos poches à la pharmacie, par le biais d'un programme privé offert par notre employeur, de nos impôts ou autrement. La question à se poser est bien davantage celle de l'équité dans la répartition de cette facture. Le régime mis en place réussit-il une répartition équitable des coûts engendrés par l'achat de médicaments de nécessité médicale? Il est permis d'en douter.

Ainsi, le régime devait faciliter l'accès aux médicaments aux personnes pour qui les coûts de ceux-ci, en raison de leur état de santé ou de leur précarité financière, constituent un fardeau important. La clientèle que vise cette initiative ne dispose pas de couverture privée d'assurance médicaments. Elle est largement composée de personnes n'ayant ni les moyens financiers ni les liens d'emploi nécessaires pour s'en procurer une. Il s'agit donc souvent de personnes aux moyens limités ou à l'état de santé précaire. Bref, de personnes particulièrement vulnérables. C'est donc ces personnes que le régime se doit d'aider avant tout. C'est le risque qui affecte particulièrement ces personnes que le régime doit atténuer. Étrangement, il ne le fait qu'en partie. Le régime mis en place, plutôt que de répartir ce risque entre tous les Québécois et les Québécoises, regroupe les personnes les plus vulnérables au sein d'un régime distinct. Il préserve une couverture privée pour les personnes qui en bénéficient déjà - c'est-à-dire pour celles qui disposent déjà d'avantages : meilleure capacité de payer, meilleur état de santé, etc. - et offre un régime public aux autres.⁹ On est bien loin d'un partage équitable du risque.

L'assurance privée et l'assurance publique ont des visions bien différentes de l'équité. Envisagée dans le cadre d'un programme de protection sociale, l'équité exige des personnes un effort proportionnel à leur capacité. Les plus fortunés doivent contribuer davantage. L'équité au sein d'un régime privé d'assurance consiste à faire contribuer les personnes en fonction du risque qu'elles présentent : les plus vulnérables contribuent davantage. En un mot, comme en mille, la coexistence de régimes privé et public d'assurance médicaments est une incohérence, du moins si on partage l'objectif de créer un véritable régime de protection sociale.

Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant qu'on en vienne rapidement à la conclusion que le régime public ne peut prétendre à une stabilité financière. Comment le pourrait-il : il regroupe les personnes présentant les risques les plus élevés? Vouloir régler les difficultés financières du régime public en augmentant les primes, la franchise ou la coassurance des adhérents équivaldrait à faire payer davantage les personnes

⁸ Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Rapport final, Ottawa, 1997, page 24.

⁹ Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Rapports de synthèse et documents de référence, Ottawa, 1997, page 4.

présentant les risques les plus élevés. Une telle approche ne va pas dans le sens de la recherche de l'équité.

La solution aux difficultés de financement du régime public d'assurance médicaments passe nécessairement par le partage avec la population québécoise du risque que présentent ses adhérents. Il ne saurait en être autrement si on souhaite la mise en place d'un régime équitable d'assurance médicaments. Augmenter les primes, la franchise, la coassurance des adhérents ou demander une contribution supplémentaire de la part de l'État ne changera rien au fait que la clientèle de ce régime présente des risques par trop importants. Pendant que les assureurs tirent profit d'une clientèle plus intéressante, l'État québécois assume les risques de celle qui, sur le plan actuariel, l'est le moins. Aurait-on privatisé les profits et étatisé les risques? Les changements requis pour corriger cette situation sont bien sûr importants.

Un second commentaire relatif au financement équitable porte sur la tarification et la coassurance. Si la coexistence de régimes privé et public soulève d'importantes questions d'équité, on peut en dire autant des mesures de primes, de franchise et de coassurance qui font partie du fonctionnement du régime public. De telles mesures freinent l'accès aux médicaments des adhérents, particulièrement des plus vulnérables. Même si des corrections ont été apportées récemment, la difficulté demeure. De plus, il semble que ces mesures réduisent, à l'exception près des médicaments pour les maladies chroniques, la consommation de tous les types de médicaments, même ceux qui sont efficaces et essentiels. Cela est pour le moins paradoxal de la part d'un régime dont l'intention est de garantir un accès équitable et raisonnable aux médicaments à une population éprouvant des difficultés particulières à se les payer.

De plus, la tarification et la coassurance sont des mesures qu'on sait inefficaces pour réduire les coûts. Appliquées aux services médicaux, elles réduisent la consommation à court terme, mais celle-ci revient à son niveau antérieur après quelque temps. Cependant, le report de consultation que la tarification et la coassurance occasionnent peut se traduire par une aggravation de l'état de santé des personnes, dans la mesure où elles freinent aussi la consommation de traitements efficaces. Si elles entraînent une réduction des dépenses publiques à court terme, elles provoquent à moyen terme une augmentation des dépenses publiques et des dépenses totales. Elles n'offrent en ce sens aucun avantage pour diminuer ou même contenir les dépenses. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle en arrivait l'OCDE après avoir analysé l'expérience de pays européens qui ont recouru davantage à ces mesures durant les années '80 pour infléchir la demande.

En somme, le Conseil estime que la tarification et la coassurance doivent être abandonnées, avant tout pour des raisons d'équité, mais également pour des raisons d'efficacité. Il considère qu'il s'agit là d'un autre pas à franchir pour accéder à un véritable programme de sécurité sociale.

Le Conseil propose la mise en place d'un régime unique auquel adhèrent tous les Québécois et les Québécoises. La gouverne de ce régime serait confiée à l'État québécois, parce qu'il convient de s'assurer qu'il réponde bien aux objectifs de protection sociale qui sont poursuivis. Les primes, la franchise et la coassurance seraient abolies. Le financement du régime s'effectuerait pas la contribution financière des adhérents, laquelle serait fiscalisée et définie en proportion des revenus personnels. Le régime pourrait également se financer par une contribution financière des employeurs.

En guise de conclusion

Le Conseil a identifié trois pistes à emprunter et des propositions concrètes s'y rattachant afin de poursuivre les efforts réalisés pour doter le Québec d'un véritable programme de sécurité sociale en matière de médicaments : améliorer l'utilisation des médicaments et contrôler leurs coûts par des mesures qui interpellent les compagnies pharmaceutiques, les producteurs de services, les administrateurs, accroître de façon fonctionnelle l'intégration des médicaments à l'ensemble thérapeutique, éliminer les mesures qui risqueraient de pénaliser les plus vulnérables et créer un régime unique pour que les Québécois et les Québécoises partagent le risque équitablement.