

**POUR UN RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
ÉQUITABLE ET VIABLE**

**RAPPORT PRÉPARÉ PAR LE COMITÉ SUR LA
PERTINENCE ET LA FAISABILITÉ D'UN RÉGIME UNIVERSEL
PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC**

**PRÉSENTÉ À MONSIEUR RÉMY TRUDEL
MINISTRE D'ÉTAT À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX**

DÉCEMBRE 2001

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le résultat du travail soutenu et enthousiaste de tous les membres du Comité. Leur expertise, leur professionnalisme, leur intérêt et leur constance ont permis de définir clairement la problématique d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec. Les discussions au sein de notre groupe ouvrent la voie à des réflexions sur l'ensemble du régime d'assurance médicaments, réflexions qui pourront en améliorer l'efficacité globale. Je veux personnellement les remercier de leur contribution indispensable à l'évolution des travaux.

Je remercie également le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que du ministère des Finances du Québec pour leur collaboration dans toutes les phases de nos travaux.

Je veux enfin exprimer ma reconnaissance à Monsieur Yvan Gaudet qui a accepté d'agir comme secrétaire du Comité. Il a fait un remarquable travail de synthèse de nos discussions. Sa contribution à la rédaction de ce rapport est inestimable. Comme président, j'ai particulièrement apprécié sa disponibilité et son expertise dans le domaine de l'assurance médicaments.

Le président,

Claude Montmarquette

La liste des membres du Comité :

M^{me} Lise Lamothe, professeure, Département d'administration de la santé de
l'Université de Montréal

MM. Claude-Denys Fluet, professeur, Département de sciences économiques
de l'UQAM

Renaud Lachance, professeur à l'École des hautes études commerciales

Vincent Lemieux, professeur, Département de science politique de
l'Université Laval

Jacques L'Espérance, actuaire

Claude Montmarquette, président du Comité, professeur au Département
de sciences économiques de l'Université de
Montréal et chercheur au CIRANO

Robert Perreault, psychiatre et chercheur, Direction de la santé publique
de Montréal-Centre et professeur de psychiatrie à
l'Université de Montréal

Guy Simard, actuaire, chef du Service de l'actuariat et des analyses
économiques de la Régie de l'assurance maladie du
Québec

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
1 INTRODUCTION.....	1
2. RAPPEL DU MANDAT DU COMITÉ	2
3. RAPPEL DES FAITS.....	3
3.1 Situation antérieure à la mise en place de l'actuel régime général d'assurance médicaments	3
3.2 Adoption de la loi instituant le Régime général de l'assurance médicaments	5
3.2.1 Rapports d'experts	5
3.2.2 Principes guidant la mise en place du RGAM	5
3.2.3. Contribution des assurés du régime public	6
3.2.4. Financement du Fonds de l'assurance médicaments	9
3.3 Principales modifications au régime survenues entre 1997 et 1999	11
3.4 L'évaluation du régime et les pistes de révision proposées	11
3.4.1 L'évaluation du régime réalisée en 1999.....	11
3.4.2 Les pistes de révision proposées en février 2000.....	12
3.5 La Commission parlementaire tenue en février et mars 2000 et ses suites	13
3.5.1 Interventions concernant le financement et le contrôle des dépenses	14
3.5.2 Interventions concernant la couverture et l'utilisation optimale du médicament.....	15
3.6 Les suites de la commission parlementaire.....	16
4. ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU RÉGIME DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS	16

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

	PAGE
5. COMPARAISONS INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES EN MATIÈRE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	23
5.1 Régimes d'assurance médicaments dans les différentes provinces canadiennes	23
5.2 Régimes d'assurance médicaments ailleurs dans le monde.....	24
6. LA DÉMARCHE QUI A ORIENTÉ LA RÉFLEXION DU COMITÉ	29
6.1 Caractéristiques générales de l'assurance	29
6.2 L'anti-sélection et l'aléa moral dans l'assurance médicaments	30
6.2.1 L'anti-sélection.....	30
6.2.2 L'aléa moral.....	31
6.3 Les préoccupations du Comité	31
6.3.1 La capacité de payer de la société	32
6.3.2 L'équité et l'efficacité économique.....	34
6.3.3 La transparence	36
6.3.4 L'efficacité du médicament et l'arrimage avec l'ensemble du système de santé.....	37
6.3.5 L'équilibre entre le concept de l'assurance et celui de l'assistance.....	38
7. LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ.....	38
7.1 Le mode d'organisation du régime général d'assurance médicaments.....	39
7.2 Le mode de financement du régime public d'assurance médicaments	43
7.3 L'utilisation optimale des médicaments.....	50
8. AUTRES CONSIDÉRATIONS.....	54
9. CONCLUSION	58

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

PAGE

ANNEXE :

COMPARAISONS INTERPROVINCIALES DES PROGRAMMES COMPLÉMENTAIRES DE MÉDICAMENTS ET DE SERVICES PHARMACEUTIQUES.....	60
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1	Évolution du coût brut total (\$), régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000	17
Tableau 2	Indicateurs de la variation du coût du régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000.....	18
Tableau 3	Progression de la dépense pour six catégories de médicaments, régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000	19
Tableau 4	Répartition du financement du coût brut des médicaments dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000.....	21
Tableau 5	Évolution de la part assumée au moment de l'achat par les bénéficiaires, en % du coût brut total, 1997 à 2000	21
Tableau 6	Projection de la consommation des médicaments (coût brut), 2001-2005	22
Tableau 7	Financement pour l'année 2000 du Régime public d'assurance médicaments (en millions \$).....	48

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 :	COMMENT SE CALCULE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'ACHETEUR DANS LE CADRE DU RÉGIME PUBLIC	8
Figure 2 :	COMMENT SE FINANCE LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS.....	10
Figure 3 :	STRUCTURE DE FINANCEMENT PROPOSÉE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	47

1. INTRODUCTION

Le médicament constitue une des technologies médicales qui a connu les progrès les plus rapides au cours des dernières décennies. Cela s'est traduit par l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments qui permettent dorénavant de guérir des pathologies autrefois incurables ou d'améliorer sensiblement la qualité de vie et l'espérance de vie des patients.

Le développement de nouveaux médicaments nécessite toutefois des efforts considérables en recherche et développement, ce qui se traduit souvent par des dépenses pouvant atteindre plusieurs centaines de millions de dollars. On ne se surprendra donc pas que le prix des nouveaux médicaments soit sans cesse croissant et que les dépenses en médicaments constituent le segment des dépenses en santé qui augmente le plus rapidement, en particulier, lorsque l'on prend aussi en compte l'accroissement de la consommation et le vieillissement de la population.

Compte tenu des avantages considérables conférés par la consommation de médicaments et du lien étroit qui unit la consommation des médicaments à celle des autres services de santé, le gouvernement du Québec a jugé opportun d'instituer, en 1997, un régime d'assurance médicaments universel unique en Amérique du Nord par l'étendue de sa couverture. Il s'agit en fait d'un régime mixte public-privé de nature contributive, où les assurés paient une prime annuelle et défraient une contribution financière lors de l'achat d'un médicament.

Parmi les points les plus positifs, il faut souligner que la mise en place du régime d'assurance médicaments a permis d'assurer la couverture de plus de 1 million de Québécois et de Québécoises qui n'avaient aucune assurance médicaments avant l'instauration de ce régime.

En contrepartie, les dépenses du régime ont crû beaucoup plus rapidement que les dépenses globales en santé ou les dépenses totales du gouvernement du Québec en raison de l'augmentation du coût moyen des médicaments et de la consommation. Il est donc devenu évident qu'au rythme actuel de croissance des dépenses, soit de 15 à 20 % par année, le régime ne peut survivre à moyen ou long terme sans ajustements périodiques.

Parmi les solutions envisagées, un certain nombre de groupes sociaux, de syndicats et d'organismes consultatifs gouvernementaux ont proposé la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments. Devant l'intérêt suscité par cette proposition et l'ampleur des modifications au régime qu'impliquerait l'implantation d'un tel régime, Mme Pauline Marois, alors ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, a jugé à propos de mettre en place un comité d'experts non associés à des groupes d'intérêt pour étudier la pertinence et la faisabilité d'une telle proposition.

Ce rapport présente donc le résultat des réflexions du comité. Après un rappel du mandat spécifique du comité, ce rapport décrit les principaux faits survenus depuis la création du régime ainsi que les principaux facteurs de croissance des coûts de ce régime. Le rapport résume ensuite les principales caractéristiques des régimes d'assurance médicaments dans le reste du Canada et ailleurs dans le monde ainsi que les mesures prises par ces différents régimes pour limiter la croissance des dépenses.

Les principes guidant la démarche du comité sont ensuite abordés avant d'en arriver au cœur du rapport, soit les recommandations formelles. Le rapport se termine ensuite sur des considérations que le comité a jugé bon, en raison de leur intérêt, de formuler en plus des recommandations.

2. RAPPEL DU MANDAT DU COMITÉ

La loi instituant le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) adoptée en juin 1996 prévoyait que le ministre de la Santé et des Services sociaux fasse rapport au gouvernement, sur la mise en œuvre du régime d'assurance médicaments, au plus tard le 1^{er} janvier 2000.

Cette évaluation a pris la forme d'un rapport intitulé *Évaluation du régime général d'assurance médicaments* publié le 15 décembre 1999 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans la foulée de cette évaluation, le MSSS publiait, le 2 février 2000, un document d'orientation intitulé *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*. Ce document faisait mention, entre autres, de sept scénarios visant à rétablir les assises financières du RGAM, celles-ci ayant été ébranlées par deux années de croissance importante des dépenses.

Les organismes et les personnes intéressés ont alors pu déposer des mémoires (plus de quatre-vingt-cinq au total) et être entendus, du 22 février au 29 mars 2000, par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. À l'image de la société québécoise, les positions exprimées ont été très diversifiées, certaines interventions portant sur l'ensemble des aspects du dossier et d'autres se limitant à un aspect particulier.

En raison de l'importance des enjeux financiers et de la croissance rapide des dépenses de médicaments, plusieurs intervenants, principalement des syndicats et des groupes populaires, ont proposé une réforme en profondeur du RGAM menant à la création d'un régime universel public d'assurance médicaments.

La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux d'alors, Mme Pauline Marois, a jugé approprié de former un comité d'experts externes afin de conseiller le gouvernement sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments.

Le comité a reçu pour mandat de formuler des recommandations sur la pertinence et la faisabilité d'instaurer un régime universel public ainsi que les modalités de financement à privilégier sur les plans de l'équité, de l'efficacité économique et de la gestion globale du système de santé.

De façon plus précise, il a été demandé au comité de procéder à un examen approfondi des conséquences socio-économiques liées à l'instauration d'un régime universel public, particulièrement sur :

- ◆ les clientèles du régime et la population en général ;
- ◆ l'industrie pharmaceutique et celle de l'assurance ;
- ◆ les finances publiques.

Cependant, dès le début de ses travaux, le comité a jugé opportun d'élargir sa réflexion à l'ensemble de la problématique du financement et de l'organisation de l'assurance médicaments et aux liens étroits unissant cette forme d'assurance à l'assurance santé dans son ensemble.

3. RAPPEL DES FAITS

3.1 Situation antérieure à la mise en place de l'actuel régime général d'assurance médicaments

À partir du début des années soixante-dix, diverses mesures ont été mises en place par le gouvernement du Québec pour faciliter l'accès aux médicaments pour les personnes à faible revenu ainsi que pour les personnes âgées de 65 ans et plus. En 1996, soit à la veille de l'entrée en vigueur de l'actuel régime général d'assurance médicaments, diverses mesures particulières s'appliquaient :

- ◆ Un régime public où les prestataires de la sécurité du revenu (assistance-emploi), les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles âgées de 60 à 64 ans qui recevaient l'allocation au conjoint et qui possédaient un carnet de réclamation, pouvaient se procurer gratuitement leurs médicaments d'ordonnance. Cependant, les personnes âgées de 65 ans et plus, ne bénéficiant pas de la prestation maximale du supplément de revenu garanti, devaient déboursier un montant de 2 \$ par ordonnance, avec un maximum annuel de 100 \$.
- ◆ Les personnes atteintes de certaines maladies (le cancer, la fibrose kystique, le sida, etc.) pouvaient se procurer gratuitement différents médicaments nécessités par leur état, par le biais des centres hospitaliers. Cette mesure s'appliquait à l'ensemble des Québécois et des Québécoises et non seulement aux assurés du régime public d'alors.

- ◆ Les personnes hospitalisées recevaient gratuitement les médicaments requis par leur état durant leur séjour à l'hôpital.
- ◆ Dans une optique de santé publique, des mesures particulières prévoyaient la couverture complète des dépenses de médicaments pour le traitement des maladies transmises sexuellement ainsi que pour certains types de vaccination.

Par ailleurs, toujours en 1996, on recensait environ 4,5 millions de personnes couvertes par une assurance collective offerte dans le cadre de leur emploi. Il s'agissait d'assurances couvrant aussi bien les employés que leurs conjoints et leurs enfants.

Il demeurait toutefois qu'environ 1,1 million de personnes ne bénéficiaient d'aucune couverture d'assurance médicaments. Il s'agissait tout aussi bien d'employés contractuels ou occasionnels, de travailleurs autonomes, d'employés de PME, de personnes sans emploi que d'étudiants adultes.

Ainsi, malgré une dépense publique en médicaments qui atteignait alors un milliard de dollars par année, on dénombrait encore de nombreuses personnes à faible revenu sans aucune couverture d'assurance médicaments. Cette situation pouvait paraître d'autant plus inéquitable que l'aide gouvernementale à l'achat de médicaments se faisait alors selon un critère d'âge (65 ans et plus) ou selon la provenance du revenu (prestataires de la sécurité du revenu).

Des travailleurs à faible revenu pouvaient ainsi être incités à quitter leur emploi, lorsqu'ils avaient à assumer d'importantes dépenses de médicaments. Par ailleurs, des prestataires de la sécurité du revenu voyaient ainsi se dresser devant eux une barrière supplémentaire à leur retour sur le marché du travail, sachant qu'ils perdraient alors l'accès gratuit aux médicaments.

L'ensemble de ces observations faisaient donc ressortir une situation préoccupante à plusieurs titres :

- ◆ un des principes de base du système d'assurance santé québécois voulait que les personnes aient accès aux services médicalement requis sans barrières financières. Or, le médicament constitue une technologie permettant de raccourcir la durée de séjour à l'hôpital et, du même coup, de soutenir le virage ambulatoire. Le fardeau financier occasionné au patient par le coût des médicaments aurait pu ainsi freiner le virage ambulatoire et empêcher la mise en place de mesures permettant de réduire les dépenses globales en santé (publiques et privées).
- ◆ les dépenses en médicaments connaissaient déjà une progression rapide en raison de la hausse du nombre d'ordonnances par patient et du coût par ordonnance, en raison de l'introduction de médicaments plus coûteux mais toutefois plus efficaces, et rien ne semblait vouloir freiner à court ou moyen terme cette tendance.

3.2 Adoption de la loi instituant le Régime général de l'assurance médicaments

3.2.1 Rapports d'experts

À la suite de différents rapports (Demers, Gagnon et Castonguay), un projet de loi prévoyant la création d'un Régime général d'assurance médicaments (RGAM) a été soumis à l'Assemblée nationale par le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux d'alors, M. Jean Rochon ; ce projet de loi a, par la suite, été adopté en juin 1996. Il visait principalement à :

- ◆ éliminer les iniquités reliées à la protection disparate et incomplète qui était auparavant offerte ;
- ◆ diminuer l'écart qui existait entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires en matière de couverture de médicaments ;
- ◆ soutenir le virage ambulatoire.

Il convient également de rappeler le contexte financier dans lequel s'inscrivait la mise en place du RGAM. Le rapport Castonguay prévoyait alors un taux de croissance annuel moyen de 7 %, en dollar constant, du coût moyen des médicaments par personne, sur une période de 5 ans.

3.2.2 Principes guidant la mise en place du RGAM

La mise en place du régime général d'assurance médicaments procédait ainsi d'un souci de justice sociale et de solidarité entre tous les Québécois et Québécoises. Trois grands principes fondamentaux ont alors guidé la création du régime, soit :

- ◆ **le caractère universel** : il s'applique à tous; ce régime a donc permis à de nombreux Québécois et Québécoises ne détenant autrefois aucune assurance, faute de ressources financières suffisantes, d'obtenir une couverture à un prix abordable ;
- ◆ **la participation financière de l'assuré** : l'assuré du régime public doit verser une contribution, sous la forme d'une franchise et d'une coassurance, lorsqu'il achète un médicament (voir section 3.2.3). Il doit également défrayer une prime annuelle établie en fonction de son revenu (voir section 3.2.4). Dans les régimes privés, la prime peut être défrayée par les assurés et/ou leur employeur. On retrouve, dans les régimes privés, une franchise et une coassurance qui doivent respecter les niveaux maximaux prévus dans la Loi sur l'assurance-médicaments.

- ◆ **le caractère mixte** : le régime public assure la couverture des personnes qui ne sont pas assurées par les régimes privés. Cela permet donc à tous les Québécois et les Québécoises de jouir d'une protection en assurance médicaments. Les régimes privés doivent cependant respecter des normes minimales de couverture.

Le régime général couvre les médicaments prescrits au Québec dans la mesure où ils sont inscrits sur la Liste des médicaments assurés. Cette Liste est établie par le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, sur la base des recommandations du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), et s'applique tant au régime public qu'aux régimes privés.

Le régime général couvre les clientèles suivantes :

- ◆ Les assurés des régimes privés. Les personnes qui ont accès, dans le cadre de leur emploi actuel ou passé ou en raison de leur profession, à un régime privé d'assurances collectives ou à un régime d'avantages sociaux non assurés (RASNA) sont tenus d'y adhérer de même que leurs conjoints et leurs enfants à charge ;
- ◆ Les prestataires de l'assistance emploi ;
- ◆ Les personnes âgées de 65 ans ou plus ;
- ◆ Les *adhérents*, soit les personnes qui ne font partie d'aucune des catégories précédentes.

3.2.3. Contribution des assurés du régime public

Les régimes privés ne peuvent imposer une coassurance qui excède 25 % ni un plafond annuel de contribution qui dépasse 750 \$. Ces régimes doivent couvrir au minimum la même Liste de médicaments que le régime public.

En ce qui concerne le régime public, tous les enfants, les étudiants à temps plein de 18 à 25 ans ainsi que les prestataires d'assistance-emploi avec contraintes sévères à l'emploi, bénéficient de la gratuité totale lors de l'achat de médicaments (voir la modification apportée au régime décrite à la section 3.3).

Les autres assurés du régime public (c'est-à-dire les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi ainsi que les *adhérents* du régime) sont soumis à une franchise mensuelle de 8,33 \$, ce qui correspond à 100 \$ sur une base annuelle.

En plus de cette franchise mensuelle, ces assurés doivent assumer une coassurance de 25 % appliquée sur la portion des dépenses mensuelles en médicaments qui excède le montant de la franchise. Cette contribution de l'assuré, lors de l'achat de médicaments, soit la somme de la coassurance et de la franchise, est toutefois sujette à un montant maximal qui s'établit à :

- ◆ 16,66 \$ par mois (200 \$ par an) pour les prestataires d'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi ou avec contraintes temporaires à l'emploi ainsi que pour les personnes âgées recevant la prestation maximale du Supplément de revenu garanti (SRG) ;
- ◆ 41,66 \$ par mois (500 \$ par an) pour les personnes âgées qui reçoivent une prestation du SRG inférieure au montant maximal prévu ;
- ◆ 62,49 \$ par mois (750 \$ par an) pour les personnes âgées qui ne reçoivent aucune prestation du SRG ainsi que pour les *adhérents* du régime.

Le lecteur est prié de se référer à la figure de la page suivante qui illustre le mode de calcul de la contribution de l'utilisateur.

Les personnes hospitalisées

Tout comme avant l'entrée en vigueur du régime général, tous les Québécois reçoivent gratuitement les médicaments requis par leur état durant leur hospitalisation.

Figure 1 :

**COMMENT SE CALCULE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'ACHETEUR
DANS LE CADRE DU RÉGIME PUBLIC¹**

Exemple : achat de 25 \$

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ◆ D'abord, l'acheteur doit payer en totalité une franchise mensuelle de 8,33 \$ | 8,33 \$ |
| ◆ Ensuite, l'acheteur doit assumer une coassurance de 25 % de la différence entre le montant total de l'achat et le montant de la franchise | 25 % de (25,00 \$ – 8,33 \$) = 4,17 \$ |
| Contribution = franchise + coassurance | 8,33 \$ + 4,17 \$ = 12,50 \$ |

LA CONTRIBUTION EST CEPENDANT SUJETTE À UN MAXIMUM MENSUEL :

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|
| ◆ Prestataires d'assistance-emploi
Sans contraintes sévères à l'emploi | } | 16,66 \$ |
| ◆ Personnes âgées de 65 ans et plus
qui reçoivent la prestation maximale
du SRG ² :
⇒ La contribution maximale est atteinte
lors d'un achat de 41,65 | | |
| ◆ Personnes âgées de 65 ans et plus qui
reçoivent une prestation du SRG inférieure
au montant maximal :
⇒ La contribution maximale est atteinte
lors d'un achat de 141,65 \$ | } | 41,66 \$ |
| ◆ Personnes âgées de 65 ans et plus qui
ne reçoivent aucune prestation du SRG. | | |
| ◆ <i>Adhérents</i> :
⇒ La contribution maximale est atteinte
Lors d'un achat de 224,97 \$ | } | 62,49 \$ |
| | | |

¹ Il faut rappeler que, dans le cadre du régime public, les personnes suivantes sont exemptes de toute contribution : les enfants, les étudiants de 18 à 25 ans ainsi que les prestataires de l'assistance-emploi, avec contraintes sévères à l'emploi.

² Supplément de revenu garanti

3.2.4 Financement du Fonds de l'assurance médicaments

Les dépenses en médicaments des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées de 65 ans et plus défrayées par le régime public sont financées par le Fonds consolidé auquel contribuent tous les Québécois par le biais de leurs impôts et de leurs taxes (voir la figure 2 à la page suivante).

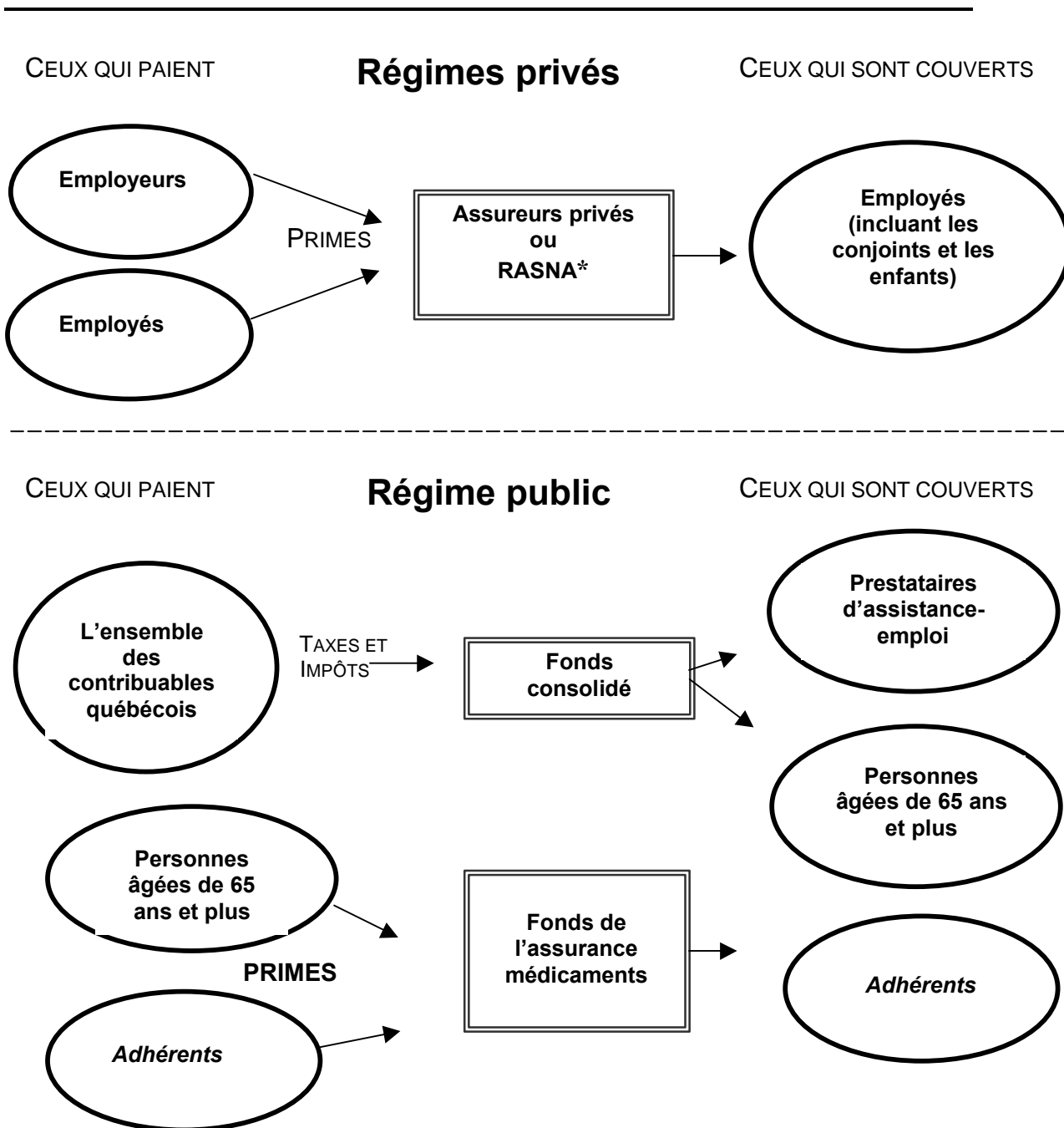
De son côté, le Fonds de l'assurance médicaments (FAM) finance les dépenses en médicaments des *adhérents* ainsi que celles de leurs enfants. Le FAM se finance à partir d'une prime annuelle payée :

- ◆ par les adultes *adhérents* au régime ;
- ◆ par les personnes âgées de 65 ans et plus assurées par le régime public.

Cette prime est établie en fonction du revenu annuel des personnes tel qu'indiqué sur la *Déclaration de revenus*, en prenant en compte une exemption qui reflète la composition de la famille. L'exemption pour un adulte vivant seul et pour un couple sans enfant correspond à la somme de la pension de la *Sécurité de la vieillesse* et du montant maximal du *Supplément de revenu garanti* qui s'appliquerait à une personne seule ou à un couple. Le montant de la prime annuelle maximale se chiffre à 385 \$ depuis le 1^{er} janvier 2001 ; ce montant est normalement indexé à chaque année en fonction de l'évolution des coûts assumés par le FAM.

Figure 2 :

**COMMENT SE FINANCE LE RÉGIME GÉNÉRAL
D'ASSURANCE MÉDICAMENTS**



* Régime d'avantages sociaux non assurés.

3.3 Principales modifications au régime survenues entre 1997 et 1999

Dès la mise en place du RGAM, certaines difficultés d'application sont survenues. Des mesures ont alors été mises en place rapidement pour y remédier. Ainsi, à la suite des problèmes de liquidité subis par la clientèle découlant de l'application d'une franchise trimestrielle de 25 \$, dans le régime public, il a été décidé de mensualiser celle-ci, à raison de 8,33 \$ par mois, à partir de juillet 1997.

Par ailleurs, des études ont attiré l'attention sur la difficulté que pouvaient éprouver certaines clientèles vulnérables à se procurer des médicaments en raison de la contribution financière exigée. Pour remédier à cette situation, la contribution, pour les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi, a été abolie le 1^{er} octobre 1999. Cette catégorie de prestataires regroupe, entre autres, des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, des personnes atteintes de déficience physique ou intellectuelle, etc.

3.4 L'évaluation du régime et les pistes de révision proposées

3.4.1 L'évaluation du régime réalisée en 1999

La loi instituant le RGAM, adoptée en juin 1996, prévoyait que le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux fasse rapport au gouvernement sur les résultats de l'application du régime au plus tard le 1^{er} janvier 2000. Le MSSS a ainsi publié, le 15 décembre 1999, un rapport intitulé *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*.

Ce rapport fait état d'un certain nombre de constats concernant les principaux impacts sur les différentes clientèles du RGAM :

- ◆ Le RGAM a permis d'assurer près de 1,5 millions de personnes.
- ◆ La hausse de la contribution à l'achat, exigée des personnes âgées, a favorisé une rationalisation de la consommation de médicaments chez cette clientèle. Par ailleurs, un montant maximal annuel de contribution, comprenant la franchise et la coassurance, a été établi à 750 \$ pour les *adhérents*.
- ◆ Le régime mixte public-privé a bien fonctionné depuis sa mise en place.
- ◆ La croissance rapide des dépenses en médicaments, soit de 15 % à 20 % par année, entre 1997 et 1999, est apparue comme un des principaux facteurs de risque pour le régime. Il demeure que cette croissance correspond à celle observée dans le reste du Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde, peu importe que l'on soit en présence de régimes publics ou de régimes privés.

- ◆ Les facteurs explicatifs de cette croissance des dépenses, principalement l'apparition de nouveaux médicaments plus efficaces, mais également plus coûteux ainsi que la progression du nombre d'ordonnances, devraient continuer à se manifester au cours des prochaines années.
- ◆ L'accès aux nouveaux médicaments a été conforme aux objectifs du régime, l'inscription des nouveaux produits se faisant rapidement au Québec. Il demeure toutefois que l'apparition de nouveaux médicaments a mis au jour la fragilité du processus actuel de décision en matière d'inscription. Le rapport conclut donc à la nécessité d'élargir les critères utilisés par le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) pour mieux tenir compte des implications économiques et sociales.
- ◆ Les études réalisées jusqu'alors ont fait ressortir l'écart significatif existant entre l'utilisation optimale et celle observée dans la réalité. Plusieurs problèmes ont ainsi été relevés au niveau de la prescription et de la délivrance du médicament, du manque de suivi de la thérapie et du comportement des patients par rapport à l'observance.

En somme, le rapport d'évaluation a démontré que le RGAM a permis d'accroître sensiblement l'accessibilité aux médicaments, d'améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques sociales et de rendre plus efficace le fonctionnement de l'assurance maladie et celui de l'assurance hospitalisation. Il demeure cependant que des améliorations s'avèrent nécessaires afin :

- ◆ d'améliorer le fonctionnement du régime et d'en faciliter la compréhension pour tous les citoyens ;
- ◆ d'en assurer la viabilité financière, tout en respectant le principe de l'équité.

3.4.2 Les pistes de révision proposées en février 2000

Peu après le dépôt du rapport d'évaluation, en décembre 1999, le MSSS a publié, le 2 février 2000, un ensemble de propositions de modifications au RGAM sous le titre *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*.

Puisque la croissance rapide des dépenses observée durant les années précédentes menaçait la viabilité du régime, il ne faut pas se surprendre si plusieurs mesures proposées visaient spécifiquement une meilleure maîtrise des dépenses :

- ◆ À court terme, ce rapport proposait l'adoption d'une politique de prix du médicament selon la formule du prix le plus bas (soit le prix le moins élevé pour une molécule donnée) ou selon la formule du prix de référence (soit le prix le moins élevé parmi l'ensemble des médicaments d'une sous-classe dont les effets thérapeutiques sont similaires).

- ◆ À long terme, ce rapport suggérait une révision des critères d'inscription des médicaments sur la liste afin de mieux intégrer les dimensions scientifiques, sociales et économiques.
- ◆ Le rapport recommandait aussi de renforcer les revues d'utilisation des médicaments afin de favoriser une utilisation optimale des médicaments et suggérait d'intégrer le mandat du CCP à celui du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM), et à celui du Réseau des revues d'utilisation des médicaments (RRUM).

Outre ces mesures visant un meilleur contrôle de l'évolution des dépenses ainsi qu'une utilisation optimale des médicaments, le rapport proposait sept scénarios de financement du régime :

Scénario 1 : L'ajustement de la prime à un niveau suffisant pour équilibrer le Fonds de l'assurance médicaments.

Scénario 2 : L'ajustement de la prime conjugué à une modification des paramètres de contribution, pour réduire les dépenses à financer.

Scénario 3 : L'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments par les seuls *adhérents*, à la suite du retrait envisagé de la subvention au Fonds correspondant aux revenus de prime provenant des personnes âgées.

Scénario 4 : Le financement du Fonds par le biais d'une prime uniforme. Cela signifierait que l'aide financière accordée aux personnes à faible revenu devrait provenir du Fonds consolidé et non des *adhérents* du régime et des personnes âgées de 65 ans et plus.

Scénario 5 : Le transfert de la clientèle des *adhérents* aux assureurs privés.

Scénario 6 : L'instauration d'un régime d'assurance du type catastrophe pour les *adhérents*.

Scénario 7 : La mise en place d'un régime universel public.

3.5 La Commission parlementaire tenue en février et mars 2000 et ses suites

Les personnes et les groupes intéressés ont été invités à soumettre leurs commentaires à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les modifications proposées au régime. Lors du dépôt du document intitulé *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*. Cette commission a par la suite tenu des audiences publiques entre le 22 février et le 29 mars 2000. Au total, 85 mémoires ont été déposés tandis que 51 organismes ont été entendus.

3.5.1 Interventions concernant le financement et le contrôle des dépenses

Tous les intervenants à la commission parlementaire ont reconnu le bien-fondé du régime universel et le considèrent comme un acquis social majeur. Les différents intervenants ont réitéré leur souhait de maintenir le caractère équitable du régime, voire même de le renforcer, au bénéfice des personnes à faible revenu. Parmi les propositions entendues, on note : (1) l'instauration d'un support financier au paiement de la prime pour les personnes à faible revenu assurées par un régime privé, (2) l'amélioration de la progressivité du mode de calcul de la prime, (3) la réduction de la part assumée par les personnes à faible revenu.

Il est également ressorti que plusieurs intervenants souhaitent que la transparence du financement du régime soit améliorée et que l'on instaure une distinction entre les volets «assurance» et «assistance».

Il semblait souhaitable à plusieurs groupes de diverses provenances de mieux intégrer le RGAM dans l'ensemble du système de santé et des services sociaux en s'attaquant au mode de financement en «silos». Ainsi, apparaîtrait plus clairement l'arbitrage à effectuer entre des dépenses de médicaments plus élevées et une réduction des dépenses globales de santé en résultant.

Des groupes communautaires, des syndicats et ainsi que quelques organismes consultatifs gouvernementaux ont exprimé le souhait que soit instauré un régime universel public afin d'atteindre une plus grande équité dans la participation financière de tous les assurés. En effet, selon ces intervenants, la clientèle assurée par le régime public serait en moins bonne santé et aurait une situation socio-économique plus difficile que la clientèle des régimes privés.

À ce propos, le document intitulé *Les pistes de révision* évoquait la possibilité d'instaurer un mécanisme de compensation des risques (mutualisation) pour mieux répartir le niveau de risque entre le régime public et les régimes privés. Or cette proposition n'a reçu aucun appui significatif.

En ce qui concerne les politiques de prix du médicament, de nombreux appuis ont été recueillis en faveur de la proposition visant l'application intégrale de la politique du prix le plus bas et donc l'abolition de la règle du 15 ans, pour une même molécule. Plusieurs intervenants croient, en effet, que la stratégie gouvernementale de développement industriel favorisant l'industrie pharmaceutique ne devrait se traduire ni par un prix plus élevé des médicaments ni par des coûts supplémentaires pour le RGAM.

Quant à la politique du prix de référence, qui est de nature plus large et qui vise un ensemble de médicaments similaires, cette proposition a soulevé, dans l'esprit de plusieurs intervenants, des inquiétudes au chapitre des impacts potentiels sur la santé.

3.5.2 Interventions concernant la couverture et l'utilisation optimale du médicament

En ce qui concerne les critères actuels d'inscription des médicaments à la Liste, un grand nombre d'intervenants ont convenu de leur caractère trop limitatif. Les groupes entendus ont favorisé l'élargissement du nombre de critères pour tenir compte de la sécurité, de l'efficacité, du rapport coût-efficacité et de l'impact financier sur le système de santé, ainsi que des valeurs sociétales.

L'inclusion de critères de nature économique a cependant soulevé des inquiétudes en raison des restrictions possibles auxquelles pourraient mener de tels critères dans l'accès aux médicaments, particulièrement dans le cas des produits les plus coûteux.

Les différents intervenants se sont également prononcés en faveur de mesures favorisant l'utilisation optimale des médicaments :

- ◆ Le renforcement des revues d'utilisation.
- ◆ L'amélioration des programmes de formation des professionnels.
- ◆ Une meilleure interaction entre le médecin et le pharmacien.
- ◆ Des mesures pour favoriser une meilleure observance de la prise des médicaments.
- ◆ L'accès du médecin au dossier pharmaceutique du patient.
- ◆ L'accès à des outils de communication et d'aide à la décision pour les médecins (guides de pratique).
- ◆ L'inscription sur l'ordonnance, de l'intention thérapeutique pour informer le pharmacien.

Une forte majorité des intervenants ont appuyé la fusion du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) dans le but de créer un Conseil du médicament. Selon les personnes entendues, il apparaît essentiel que cet organisme puisse jouir d'une grande indépendance et qu'il dispose de la compétence scientifique et de moyens financiers suffisants.

3.6 Les suites de la commission parlementaire

À la suite de la commission parlementaire, une loi³ a été adoptée par l'Assemblée nationale, en juin 2001, pour mettre en place certaines mesures permettant de rétablir l'équilibre financier du Fonds de l'assurance médicaments et d'assurer la viabilité financière du RGAM.

Dans un premier temps, cette loi a permis d'augmenter la prime annuelle maximale par adulte *adhérent* au régime public ou par personne âgée de 65 ans et plus, de 175 \$ à 350 \$, à partir du 1^{er} juillet 2000. De plus, le taux unique de cotisation de 4 %, qui prévalait jusqu'alors, a été remplacé par une échelle comprenant deux taux, soit 4 % pour les premiers 5 000 \$ de revenus en sus de l'exemption et de 6 % sur tout l'excédant. Cette dernière mesure visait à protéger tout spécialement les personnes à faible revenu en faisant en sorte que le montant de prime à payer reste le même, pour celles-ci, qu'avant la hausse du montant maximal.

Dans un deuxième temps, cette loi a introduit un mécanisme annuel d'indexation de la prime maximale. En vertu de ce mécanisme, la prime maximale a de nouveau été majorée le 1^{er} janvier 2001 et atteint maintenant 385 \$.

Il demeure toutefois qu'en dépit de cette hausse de 120 % de la prime maximale (175 \$ à 385 \$), la prime moyenne n'aura effectivement augmenté que de 66 %, entre 1997 et 2001, passant de 149 \$⁴ à 247 \$, selon une estimation préliminaire de la RAMQ. En effet, seules les personnes qui payaient déjà l'ancien montant maximal de prime subissent les effets de la hausse de la prime maximale.

En terminant, il convient de rappeler que cette loi n'a cependant prévu aucun mécanisme d'indexation du montant de la franchise, ni d'ajustement de la coassurance et des plafonds mensuels de contribution, en fonction de l'évolution des coûts à assumer par le régime.

4. ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU RÉGIME DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Le coût du régime public d'assurance médicaments qui couvre un peu plus de 3,1 millions de personnes a enregistré une croissance annuelle de 15 à 18 % depuis 1997. Cette augmentation, dont le rythme est beaucoup plus soutenu que l'inflation, demeure sans commune mesure avec ce qui est observé dans les autres secteurs de la santé et les autres activités du secteur public.

³ Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

⁴ Cette moyenne a été établie en excluant les personnes qui ne paient aucune prime

**Tableau 1 Évolution du coût brut total (\$),
régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000**

PROGRAMMES	1997	1998	1999	2000	Variation annuelle moyenne
Prestataires d'assistance-emploi	231 287 646	264 572 406	304 264 636	356 036 045	15,5 %
Personnes âgées	648 247 693	724 239 232	830 890 866	986 012 124	15,0 %
<i>Adhérents</i>	239 878 905	303 015 942	363 207 878	430 106 861	21,5 %
Coût brut total (\$)	1 119 414 244	1 291 827 580	1 498 363 380	1 772 155 030	16,5 %
VARIATION ANNUELLE		15,4 %	16,0 %	18,3 %	

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 1997 à 2000

Le coût brut total des médicaments inclut les contributions versées par les assurés et il se compose du coût des médicaments inscrits à la Liste de médicaments et des honoraires versés aux pharmaciens. Entre 1997 et 2000, les coûts bruts du régime sont ainsi passés de 1,12 à 1,77 milliard \$, soit une progression totale de 58,3 %.

Ce phénomène n'est pas particulier au Québec. Il s'observe dans des proportions similaires ailleurs au Canada, aux États-Unis et dans les pays industrialisés. La compagnie IMS Health nous apprend, par exemple, que les ventes de médicaments au détail ont augmenté de 15 % au Canada entre septembre 2000 et août 2001. Aux États-Unis, la compagnie Ségal prévoit qu'en 2002, le coût des régimes d'assurance médicaments évoluera à un taux annuel de 19,4 % pour les personnes de moins de 65 ans et de 20,5 % pour les personnes de 65 ans et plus. La croissance enregistrée entre janvier et juillet 2001 a été de 15,2 % pour ces clientèles aux États-Unis.

Des indicateurs utiles

La variation de la dépense de médicaments dépend de l'évolution du nombre de participants et du coût moyen par participant. Ce dernier sera influencé par la variation du nombre d'ordonnances par participant ainsi que par le coût de l'ordonnance. Or à lui seul, le coût brut moyen par participant est passé de 545 \$ à 808 \$ entre 1997 et 2000, soit une croissance totale de 48 % (14 % sur une base annualisée).

⁵ www.imshealth.com, *Drug Monitor Table*, Aug. 2001

⁶ www.segalco.com, *2002 Segal Health Plan Cost Trend Survey*, Oct. 2001

Tableau 2 Indicateurs de la variation du coût du régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000

INDICATEURS	1997	1998	1999	2000	Variation Annuelle moyenne
Nombre de participants ¹ (million d'individus)	2,05	2,11	2,16	2,19	2,2 %
Coût moyen par participant	545,52 \$	611,13 \$	693,31 \$	807,95 \$	14,0 %
Ordonnances par participant	22,1	23,5	25,4	28,2	8,5 %
Coût par ordonnance	24,70 \$	25,98 \$	27,33 \$	28,62 \$	5,0 %

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 1997 à 2000

¹ Un participant est une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui s'est procuré un médicament sous ordonnance au moins une fois pendant l'année.

L'examen des données cumulées par la Régie de l'assurance maladie du Québec nous amène à faire les constats suivants :

- ◆ un plus grand nombre de personnes consomment des médicaments ;
- ◆ plus de médicaments sont dispensés ;
- ◆ une progression régulière du coût moyen des ordonnances est observée.

Les facteurs de risques des différentes maladies sont mieux établis, les moyens de dépistage ont été améliorés et on utilise davantage les médicaments pour prévenir la maladie et ses complications à plus long terme. Les personnes commencent donc à consommer plus tôt et l'amélioration de l'espérance de vie aidant, elles consomment durant un plus grand nombre d'années.

Le mouvement du « virage ambulatoire » qui s'est poursuivi, depuis 1997, a favorisé l'utilisation de médicaments jusqu'à récemment réservés au milieu hospitalier. Le retour précoce à domicile à la suite d'une hospitalisation, la désinstitutionnalisation et le maintien à domicile de personnes en perte sévère d'autonomie ajoutent une pression supplémentaire sur le coût des régimes d'assurance médicaments tant public que privés, au profit des soins dans la communauté. Toutefois, si les traitements avec les médicaments permettent de réaliser des économies en termes de coûts hospitaliers ou institutionnels, aucun transfert de fonds vers le budget des médicaments n'a été possible jusqu'ici. L'asthme, les maladies cardiovasculaires et le diabète constituent d'autres exemples où des bénéfices significatifs peuvent être observés.

De nouvelles molécules sont utilisées, quelquefois pour des maladies pour lesquelles il n'existait pas de traitement auparavant (maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, sida, cancer) et elles sont plus coûteuses. On note également l'adoption rapide des médicaments récents, la dépense pour ces traitements étant souvent supérieure à celle de traitements déjà existants. Comme le montre le tableau suivant, le profil des dépenses de certaines catégories de médicaments illustre bien les tendances observées.

Tableau 3 Progression de la dépense pour six catégories de médicaments, régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000

CATÉGORIES	Coût (millions \$)				Variation 1997 à 2000
	1997	1998	1999	2000	
Hypolipémiants	105,7	131,0	158,4	189,6	79,3 %
Antihypertenseurs	111,9	135,2	161,7	193,5	73,0 %
Anti-inflammatoires (classe des analgésiques)	60,0	61,3	71,4	119,0	98,3 %
Psychotropes	69,6	93,7	123,0	150,0	115,4 %
Gastrointestinaux	89,6	108,1	129,7	150,6	68,0 %
Anti-infectieux	82,1	97,9	111,0	120,8	47,2 %
Sous-total	518,9	627,4	755,2	923,5	78,0 %
Coût brut total	1 119,4	1 292,8	1 498,4	1 772,2	58,3 %
Part des six catégories sur le coût brut total (%)	46,4%	48,5%	50,4%	52,1%	

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 1997 à 2000

Les données indiquent que ces six catégories de médicaments sont responsables de plus de 50 % de la facture du régime public d'assurance médicaments. La croissance en terme de coût est en bonne partie due à la commercialisation récente de nouveaux médicaments tels les anti-inflammatoires (classe des analgésiques) Célébrex^{md} et Vioxx^{md}, ou à l'utilisation beaucoup plus intensive de médicaments comme les hypolipémiants (Lipitor^{md}, Mévacor^{md}, Pravachol^{md}, etc.) et les médicaments contre le reflux et les ulcères gastriques (Losec^{md}, etc.). Ces produits sont susceptibles d'être utilisés à grande échelle, dans la plupart des cas, et aucun médicament générique n'est disponible actuellement.

Les médicaments qui engendrent les coûts les plus importants sont des produits d'apparition récente; ces produits ont été adoptés rapidement par les médecins et les consommateurs (ex. : anti-inflammatoires – classe des analgésiques tels que Célébrex^{md} et Vioxx^{md}).

L'évolution de la franchise et de la coassurance assumées par les participants

Le tableau 4 décrit la façon dont se finance le coût brut des médicaments dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. Ce tableau indique que les revenus provenant de la franchise ont peu varié puisque le montant est fixe et qu'il n'a pas été indexé. Exprimée en pourcentage du coût brut total (tableau 5), cette variation représente une baisse de 4 points entre 1997 et 2000. Les revenus provenant de la coassurance ont augmenté pendant cette période. Ils représentent un pourcentage du coût de l'ordonnance qui a lui-même augmenté de façon régulière. En pourcentage du coût brut total, toutefois, la part assumée sous forme de coassurance a diminué de 15,2 % à 13,5 %.

Il faut noter que la contribution a été éliminée le 1^{er} octobre 1999 pour les prestataires d'assistance-emploi présentant des contraintes sévères à l'emploi et que l'existence d'un plafond annuel de contribution, relativement peu élevé dans le cas des prestataires d'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi et des personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti maximal, limite le potentiel d'accroissement des revenus. Il faut rappeler également que les montants remboursés par la RAMQ proviennent de deux sources distinctes :

- ◆ Les crédits accordés à la RAMQ pour les dépenses des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi ;
- ◆ Le Fonds de l'assurance médicaments pour les *adhérents*.

Tableau 4 Répartition du financement du coût brut des médicaments dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, 1997 à 2000

	1997 (M \$)	1998 (M \$)	1999 (M \$)	2000 (M \$)
COÛT BRUT TOTAL				
Prestataires d'assistance-emploi	231,3	264,6	304,3	356,0
Personnes âgées	648,2	724,2	830,9	986,0
Adhérents	239,9	303,0	363,2	430,1
SOUS-TOTAL	1 119,4	1 291,8	1 498,4	1 772,2
FRANCHISE				
Prestataires d'assistance-emploi	20,9	18,2	15,8	9,1
Personnes âgées	60,0	58,4	60,4	62,6
Adhérents	35,5	34,8	37,7	39,9
SOUS-TOTAL	116,4	111,5	113,9	111,7
COASSURANCE				
Prestataires d'assistance-emploi	13,4	13,3	11,8	6,5
Personnes âgées	117,3	127,2	142,0	162,6
Adhérents	39,8	50,4	59,9	71,0
SOUS-TOTAL	170,5	190,9	213,7	240,1
COÛT NET	832,5	989,4	1 170,8	1 420,4
COÛT ASSUMÉ PAR LE FONDS CONSOLIDÉ	667,9	771,7	905,2	1 101,3
COÛT ASSUMÉ PAR LE FAM	164,6	217,7	265,6	319,1
+ Frais d'administration ¹	17,2	22,8	24,9	30,0
- Revenus de prime ²	177,6	234,3	248,0	343,4
<i>Surplus (Déficit)</i>	(4,2)	(6,2)	(42,5)	(5,7)

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 1997 à 2000

¹ Les frais d'administration sont assumés par le FAM

² Primes perçues par le Ministère du Revenu, corrigées selon les conventions comptables du FAM

Tableau 5 Évolution de la part assumée au moment de l'achat par les bénéficiaires, en % du coût brut total, 1997 à 2000

	1997	1998	1999	2000
FRANCHISE	10,4	8,6	7,6	6,3
COASSURANCE	15,2	14,8	14,3	13,5

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 1997 à 2000

Les perspectives

Les facteurs identifiés dans cette section comme sources de croissance des coûts du régime d'assurance médicaments, tels que l'accroissement du nombre de personnes consommant des médicaments, l'augmentation du nombre de médicaments consommés par personne et la hausse du coût moyen par ordonnance, continueront de se manifester au cours des prochaines années. En particulier, il est à prévoir que l'arrivée de nouveaux médicaments plus efficaces mais aussi plus coûteux se poursuivra au rythme observé au cours des années récentes.

En prolongeant les tendances observées, le ministère des Finances du Québec a pu projeter, à titre indicatif, pour la période allant de 2001 à 2005, ce à quoi devrait ressembler la consommation de médicaments (voir tableau ci-dessous). Pour les trois catégories de clientèles présentées, le rythme de croissance annuelle devrait avoisiner de 17 à 18 %.

Tableau 6 Projection de la consommation des médicaments (coût brut), 2001-2005

	2000 M \$	2001 M \$	2002 M \$	2003 M \$	2004 M \$	2005 M \$	Variation annuelle moyenne (en %)
Consommation de médicaments							
- Personnes âgées	986	1 167	1 376	1 622	1 911	2 253	18,0
- Prestataires d'assistance emploi	356	423	498	584	679	788	17,2
- <i>Adhérents</i>	430	551	638	740	860	999	18,4

Source : ministère des Finances du Québec.

Il apparaît donc que les choix auxquels sera confronté le gouvernement en matière de couverture d'assurance médicaments seront de plus en plus difficiles, en particulier, lorsqu'il s'agit de médicaments que certains considèrent associés au style de vie (par exemple la dysfonction érectile ou l'obésité) ou à caractère préventif (hypolipémiants). A plus long terme, il semble que le phénomène du vieillissement de la population accentuera la pression exercée par le régime sur les finances publiques.

5. COMPARAISONS INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES EN MATIÈRE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Sur les comparaisons interprovinciales et internationales

L'objectif de ce chapitre est de présenter la situation dans les différentes provinces canadiennes et dans les autres pays au sujet des régimes d'assurance médicaments et d'examiner quelques unes des solutions retenues pour enrayer la croissance des coûts des médicaments.

Il convient d'abord de mettre en garde le lecteur sur la portée limitée de ces comparaisons. En effet, il n'est pas toujours facile de recueillir avec précision, pour chaque province et chaque pays, l'information concernant les différents régimes d'assurance médicaments. Souvent, les régimes d'assurance médicaments sont imbriqués dans des régimes d'assurance santé plus globaux, ce qui en complexifie l'analyse et risque de conduire à des conclusions incorrectes. De plus, tous les régimes sont en constante évolution de sorte que des données portant sur des années relativement récentes peuvent être néanmoins inadéquates pour décrire la situation actuelle.

5.1 Régimes d'assurance médicaments dans les différentes provinces canadiennes

L'annexe intitulé : *Les Comparaisons interprovinciales des programmes complémentaires de médicaments et de services pharmaceutiques* présente un résumé des principales caractéristiques des régimes provinciaux d'assurance médicaments à travers le Canada. Un premier examen révèle la diversité des formules retenues dans chacune des provinces.

Les clientèles assurées

Au niveau des clientèles desservies, c'est au chapitre de la couverture des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées de 65 ans et plus que les régimes provinciaux se ressemblent le plus. En effet, toutes les provinces prévoient une certaine couverture de cette clientèle bien que cette couverture soit très différente d'une province à l'autre.

Quant aux autres citoyens, que l'on retrouve au Québec parmi les assurés de régimes privés ou parmi les *adhérents* du régime public, c'est à leur niveau que l'on constate la plus grande diversité de couverture entre chacune des provinces. Plusieurs provinces ne prévoient aucune couverture par un régime public à leur égard si ce n'est que dans le cas où ces personnes ont un faible revenu (Île-du-Prince-Édouard), qu'elles ont un handicap (Nouvelle-Écosse) ou qu'elles ont un niveau élevé de dépenses en médicaments par rapport à leur revenu (Ontario, Saskatchewan, Colombie-Britannique, Manitoba). L'Alberta prévoit de son côté une protection facultative pour les personnes qui ne sont pas couvertes par une assurance privée (*non group coverage*).

La nature des services assurés

Toutes les provinces définissent les services assurés à l'intérieur d'une liste (appelée aussi formulaire) qui prévoit quels médicaments sont assurés ainsi que les restrictions qui s'y appliquent (par exemple, dans le cas du Québec, pour les médicaments dits d'exception pour lesquels le prescripteur doit fournir une justification).

La participation financière de l'assuré

La participation financière peut prendre deux formes : une contribution à l'achat (franchise et coassurance) et une prime d'assurance. À la différence du régime québécois, la plupart des régimes provinciaux ne prévoient aucune prime pour les assurés (Ontario, Colombie-Britannique, Saskatchewan, etc.). L'Alberta impose une prime aux personnes faisant partie du *non group coverage* qui désirent s'assurer tandis que les personnes âgées non couvertes par le régime public du Nouveau-Brunswick peuvent s'assurer avec la Croix-Bleue selon des modalités négociées avec le gouvernement.

Quant à la contribution lors d'un achat, toutes les provinces y ont recours bien qu'une exemption puisse être accordée aux personnes à faible revenu ou appartenant à une catégorie équivalent à celle désignée au Québec comme «prestataires de l'assistance emploi avec contraintes sévères à l'emploi». Les formules de contribution varient considérablement d'une province à l'autre. Certaines provinces imposent une franchise très élevée dans le cadre d'un régime de type «catastrophe» (Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique). Pour ce qui est de la coassurance, plusieurs provinces en appliquent une établie en fonction d'un pourcentage du prix d'un médicament (Québec, Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan) tandis que certaines imposent un montant forfaitaire (par exemple : 2 \$ par ordonnance en Ontario).

Ce rapide survol des régimes provinciaux montrent donc qu'il n'existe aucune formule uniforme en matière d'assurance médicaments. Chaque province a suivi sa propre voie et a fait évoluer son régime en fonction des choix politiques et de la capacité de payer des citoyens.

5.2 Régimes d'assurance médicaments ailleurs dans le monde

Quelques grands constats sur les différents régimes d'assurance médicaments :

- Il existe à travers le monde une multitude de modèles de régimes d'assurance médicaments. Diverses raisons expliquent cette situation : la configuration d'un régime d'assurance médicaments dépend de la nature du régime d'assurance santé en vigueur dans ce pays, des valeurs de la société ainsi que de la richesse collective du pays.

- Il existe dans le monde une certaine mixité de type public-privé des régimes d'assurance médicaments bien que les formules varient considérablement. À une extrémité du spectre, on retrouve le cas de pays comme la France où, malgré la prépondérance du secteur public dans le domaine de la santé, il existe une multitude de mutuelles qui offrent une couverture d'assurance médicaments complémentaire. À l'autre extrémité du spectre, se retrouvent des pays comme les États-Unis où la couverture en assurance médicaments provient essentiellement du secteur privé ; cela n'empêche toutefois pas l'existence d'un régime public, entre autres, pour les personnes très démunies, les personnes âgées et les vétérans.
- Il ne semble exister aucun régime d'assurance médicaments public universel qui soit totalement gratuit pour le consommateur de médicaments. Ceci n'exclut toutefois pas que certaines clientèles vulnérables puissent bénéficier d'un régime gratuit comme c'est le cas au Québec pour les prestataires d'assistance-emploi qui présentent des contraintes sévères à l'emploi.

Sauf pour ces clientèles particulières, tous sont généralement soumis au paiement d'une prime ou d'une contribution à une caisse d'assurance sociale, de même qu'à une franchise et à une coassurance, lors de l'achat d'un médicament. Il demeure toutefois que la contribution de l'utilisateur peut varier sensiblement d'un pays à l'autre.

Sur la hausse des dépenses en assurance médicaments et les mesures prises pour en assurer le contrôle :

- Tous les pays (à l'instar des provinces canadiennes) ont connu des hausses importantes des dépenses en médicaments au cours des dernières années.
- L'ensemble des pays membres de l'OCDE (tout comme les provinces canadiennes) sont préoccupés par l'évolution des dépenses en médicaments. De nombreuses expériences ont ainsi été réalisées pour essayer de contenir ces dépenses.

Des contrôles ont été exercés à plusieurs niveaux, soit sur l'accessibilité au régime, l'industrie pharmaceutique, les médecins, les pharmaciens et les consommateurs. Aucune de ces expériences ne semble toutefois se traduire par des résultats très concluants sur une longue période.

Au niveau de l'accessibilité :

- Recours à une liste (formulaire) : cette liste précise les médicaments remboursables par le régime d'assurance médicaments. Tous les pays recensés disposant d'un régime public d'assurance médicaments utilisent une liste positive et/ou négative. Il s'agit du premier instrument pour contrôler la demande.

Au niveau de l'industrie :

- Restrictions sur les profits des entreprises ou sur les dépenses promotionnelles : par exemple, certains pays limitent les profits des compagnies pharmaceutiques (Royaume-Uni, Italie, Corée, Mexique, Espagne et Turquie).
- Restrictions sur les droits de propriété intellectuelle, c'est-à-dire sur la période de protection conférée par les brevets : par exemple les brevets sont accordés pour une durée de 20 ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne⁷. La durée effective des brevets, à partir de la mise en marché du médicament, se situe en moyenne à 6,4 ans en Allemagne, 8,7 ans au Royaume-Uni et 13 ans en France. Pour ce qui des États-Unis, la moyenne se situe à 9,7 ans tandis qu'au Japon, elle est de 7,5 ans.
- Système du *prix le plus bas*: cette politique prévoit que lorsqu'au moins deux produits identiques (même teneur et même molécule) sont disponibles sur le marché, le remboursement est effectué en fonction du prix le plus bas.
- Systèmes du *prix de référence*: cette politique prévoit que le prix remboursé est le plus bas parmi une sous-classe de médicaments ayant les mêmes effets thérapeutiques. L'application de cette méthode est cependant plus complexe que celle du prix le plus bas. Cette politique est appliquée, entre autres, au Danemark, en Allemagne, en Italie, aux Pays Bas et en Suède⁸.
- Prix fixé par comparaison : à l'instar des provinces canadiennes et du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (Canada), de nombreux pays établissent des comparaisons sur le prix de vente des médicaments dans les États comparables. Cette méthode permet d'établir ce qui semble être un « juste » prix.
- Politique d'augmentation des prix : bien des États n'autorisent aucune hausse de prix une fois qu'un médicament est inscrit, à moins de circonstances exceptionnelles. Les provinces canadiennes appliquent généralement cette politique ; il en est de même, entre autres, pour l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, le Grèce, l'Italie, la Corée, les Pays-Bas, l'Espagne, la Suisse et le Royaume-Uni.

Au niveau des médecins :

- Éducation, information et monitoring : la formation des médecins en pharmacologie apparaît assez limitée. De plus, il leur est difficile de se tenir à jour compte tenu du nombre élevé de nouveaux produits qui entrent sur le marché

⁷ En raison du coût élevé de développement des nouveaux médicaments et du temps requis pour y arriver, les compagnies pharmaceutiques souhaitent un prolongement de la durée des brevets.

⁸ Au Canada, la Colombie-Britannique applique également le système du prix de référence.

à chaque année. Par ailleurs, les médecins disposent de peu de sources d'information indépendantes. La majorité des informations qu'ils reçoivent proviennent des compagnies pharmaceutiques. Ces informations visent avant tout à favoriser l'adoption de nouveaux médicaments plus dispendieux sans être nécessairement d'un rapport coût-efficacité plus avantageux.

Pour contrer cette situation, diverses mesures sont envisageables : de la formation sous forme de cours, de la distribution de matériel pédagogique et d'outils d'aide à la prescription, une transmission des profils individuels de prescription, des rencontres de formation, un système informatisé d'aide à la décision et une modification du mode de rémunération. Plusieurs pays ont déjà mis en place des programmes dans le but d'informer les médecins et de monitorer leurs pratiques en matière de prescription.

- Lignes directrices : des comités d'experts peuvent être formés pour formuler des recommandations sur l'utilisation de certains médicaments comme l'utilisation, en début de traitement, d'un médicament plus ancien et moins coûteux et, selon les cas, l'utilisation de nouveaux médicaments plus coûteux, pour des situations particulières. Cette méthode est utilisée, entre autres, en France, en Suède, en Finlande et au Royaume-Uni.
- Programme de revue d'utilisation de médicaments: ce programme vise à vérifier si la façon dont sont utilisés en pratique les médicaments, est adéquate. Ce programme a pour but de réduire le nombre de prescriptions inappropriées compte tenu du coût élevé qui en découle. L'application d'un tel programme apparaît cependant plus facile en milieu hospitalier qu'en pratique privée en raison de la centralisation des données en milieu hospitalier.
- Enveloppe fermée : un budget annuel est alloué aux médecins pour couvrir le coût des médicaments prescrits. Lorsque le budget est dépassé, la différence est déduite des revenus des médecins. Cette mesure, en apparence très efficace, mais aussi très draconienne, se traduit souvent par une augmentation de références chez les spécialistes. Les exemples d'application, comme en Allemagne, ont démontré les difficultés d'une telle approche, les dépassements de budget amenant les médecins à exercer des pressions pour réviser à la hausse le budget alloué aux médicaments.
- *Fundholding* : un groupe de médecins et de spécialistes se regroupent et desservent une clientèle définie pour laquelle un budget a été alloué. Ce budget doit couvrir l'ensemble des services. Ce système devrait inciter les médecins à prescrire les médicaments les plus efficaces mais aussi les moins coûteux. Cette approche a été utilisée, entre autres, au Royaume-Uni de même que dans le cadre des HMO américains.

- Rémunération des médecins de première ligne : des études démontrent que plus un médecin passe de temps avec un patient, plus la probabilité qu'il prescrive un médicament diminue. En modifiant la formule de rémunération des médecins de première ligne, on peut ainsi inciter le médecin à passer plus de temps avec chaque patient et, par conséquent, on peut réduire le nombre de prescriptions.

Au niveau des pharmaciens :

- Substitution des médicaments d'origine par des génériques : les médicaments génériques se vendent à un prix sensiblement moins élevé que les médicaments originaux. En effet, les fabricants de ces médicaments génériques n'ont pas à assumer les mêmes coûts de recherche et de développement que les fabricants de médicaments brevetés. Cependant, en raison d'une date d'introduction plus tardive, le nom des médicaments génériques jouit, en général, d'une moins grande notoriété que celui des médicaments d'origine. Plusieurs pays autorisent la substitution par le pharmacien de médicaments d'origine par des médicaments génériques.
- Rémunération des pharmaciens : lorsque la rémunération ne dépend pas du prix des médicaments, le pharmacien n'a alors aucun avantage à favoriser la vente de médicaments d'origine. La vente d'un médicament breveté est alors tout aussi rentable.

Au niveau du consommateur :

- Contribution à l'achat (franchise et coassurance) : celle-ci peut correspondre à un montant fixe par ordonnance ou à un pourcentage du prix du médicament ; tous les régimes ont recours à une telle mesure. Pour atténuer l'effet sur le consommateur, un plafond annuel, trimestriel ou mensuel de contribution est généralement prévu. La littérature montre qu'il existe un lien significatif entre la coassurance et la consommation de médicaments. Il semble que les effets de la coassurance soient plus importants sur la consommation de médicaments pour les maladies chroniques asymptomatiques que dans le cas des analgésiques et des sédatifs.

Une revue des pratiques internationales montre une grande variété de combinaisons possibles de franchise et de coassurance, selon le pays, le type de médicaments et la catégorie d'assurés. Il semble donc difficile de tirer des conclusions significatives.

- L'information donnée aux patients apparaît primordiale : puisque les indications verbales sont facilement oubliées, il semblerait préférable de les mettre par écrit.
- Un nombre limité de prescriptions : dans certains pays, le patient doit payer en totalité les prescriptions au-delà d'une certaine limite.

6. LA DÉMARCHE QUI A ORIENTÉ LA RÉFLEXION DU COMITÉ

Bien que le mandat du comité concerne spécifiquement l'assurance médicaments, il est apparu essentiel de reprendre quelques notions de base de la théorie de l'assurance et de montrer comment celles-ci s'appliquent aux médicaments dans le contexte particulier d'un système de santé universel et public.

Par ailleurs, il ressort que l'on ne peut aborder la question de l'assurance médicaments, que l'on soit dans un régime public, privé ou mixte, sans tenir compte de l'environnement économique global et de la capacité collective de financer le régime.

Finalement, ce chapitre présente les préoccupations éthiques, économiques et sociales qui ont animé les discussions des membres du comité et qui ont servi de base à l'élaboration des recommandations.

6.1 Caractéristiques générales de l'assurance

- L'assurance constitue une protection contre le risque.

De façon générale, les êtres humains redoutent l'incertitude et, pour cette raison, ils sont prêts à déboursier certaines sommes d'argent pour réduire l'ampleur du risque de pertes financières significatives consécutives à des événements imprévisibles. Cela a amené au fil du temps le développement de divers produits d'assurance (vie, maladie, habitation, automobile, etc.).

La tarification de l'assuré ou du groupe d'assurés (dans le cas de l'assurance collective) se fonde sur le risque anticipé. Pour déterminer ce facteur de risque, l'assureur se base sur des moyennes de risque établies selon diverses caractéristiques des personnes à assurer (âge, sexe, consommation de produits du tabac, etc.). Or ces caractéristiques ne révèlent pas tout sur le facteur de risque que représente un assuré particulier. Bien souvent, seul ce dernier possède des informations déterminantes sur son facteur de risque. Cette asymétrie d'information incitera donc certaines personnes, à risque élevé, à s'assurer et d'autres personnes, représentant un faible risque, à ne pas s'assurer. On se trouvera alors en présence d'un phénomène dénommé « **anti-sélection** ».

Une fois assurée, une personne sait qu'en cas de sinistre, elle obtiendra une compensation financière. Cette situation peut alors amener certains individus à réduire leur vigilance, voire à prendre plus de risques. On se trouvera ainsi en présence d'un phénomène appelé « **risque moral** » ou « **aléa moral** ».

Pour contrer l'anti-sélection, l'assureur peut exiger que le contrat d'assurance soit conditionnel à un examen médical (ex : l'assurance vie) ou bien imposer des exclusions par rapport à des maladies préexistantes (ex. : l'assurance voyage).

Quant au problème de l'aléa moral, l'assureur peut réduire son risque de diverses façons :

- ◆ par le biais du mode de compensation, en cas de sinistre. Le contrat d'assurance peut prévoir une franchise et une coassurance, ce qui oblige l'assuré à assumer lui-même une partie des coûts découlant du sinistre.⁹
- ◆ par le biais de mesures d'incitation à la prévention. Il peut s'agir, pour la compagnie d'assurance, de subventionner l'achat d'un système d'alarme (en assurance habitation) ou d'un système anti-démarrreur (en assurance automobile). Par ailleurs, la prime chargée à un client pourra tenir compte non seulement des caractéristiques moyennes de sa classe de risque (âge, sexe, habitudes de vie, etc.) mais pourra dépendre aussi de son expérience passée. De cette façon, la prudence et la vigilance du client se trouveront récompensées et les coûts d'indemnisation seront alors réduits pour l'assureur.

6.2 L'anti-sélection et l'aléa moral dans l'assurance médicaments

6.2.1 L'anti-sélection

En l'absence de restrictions, le phénomène de **l'anti-sélection** pourrait amener les personnes représentant le plus grand facteur de risque à s'assurer en plus forte proportion que les personnes à faible risque. Ce problème amène les assureurs à imposer une obligation d'adhésion aux régimes collectifs d'assurance santé en milieu de travail.

Le caractère obligatoire de l'adhésion a d'ailleurs été confirmé lors de l'entrée en vigueur du RGAM. Il demeure que ce caractère obligatoire se justifie également par l'existence « **d'effets externes** », c'est-à-dire des effets sur autrui, de ne pas s'assurer.

En effet, même en faisant abstraction des maladies contagieuses pour lesquelles l'effet externe de la consommation de médicaments curatifs va de soi, la décision d'une personne de consommer ou non des médicaments aura des répercussions sur son entourage. Ainsi, une personne qui ne se procure pas les médicaments requis par son état de santé, que ce soit en raison de moyens financiers insuffisants ou par négligence, risque de voir son état de santé se détériorer. Cette situation se répercutera inévitablement sur son entourage ne serait-ce qu'en raison des préoccupations altruistes des proches.

⁹ L'existence de la franchise s'explique également par le fait que le traitement des réclamations engendre des coûts d'administration importants. Par conséquent, les assureurs veulent éviter d'avoir à traiter une multitude de réclamations d'un montant minime en regard des coûts d'administration encourus.

En l'absence d'un régime obligatoire d'assurance médicaments, une personne pourrait choisir de ne pas s'assurer sachant qu'en cas de besoins, il se trouverait toujours quelqu'un pour l'aider. Ce comportement risquerait d'être d'autant plus fréquent que l'ensemble de la population québécoise peut déjà compter sur un régime d'assurance santé universel (services médicaux et hospitaliers) dans le cadre duquel, les médicaments sont offerts gratuitement en milieu hospitalier. En ce sens, l'obligation de couverture par une assurance médicaments permet d'imposer à tous un fardeau financier équitable.

6.2.2 L'aléa moral

En ce qui concerne l'**aléa moral**, la situation se présente différemment dans l'assurance médicaments par rapport aux autres types d'assurance. Ainsi, dans l'assurance de biens, il existe un lien de causalité assez évident entre la négligence et le sinistre (vol, incendie). Ce type de lien de causalité n'apparaît pas aussi clairement lorsqu'il est question d'assurance médicaments. En effet, la plupart des pathologies résultent d'une combinaison de facteurs (génétiques, environnementaux, habitudes de vie, etc.)¹⁰. Souvent même, l'effet précis de chacun de ces différents facteurs demeure incertain.

En raison de ces incertitudes scientifiques et de l'incapacité de chaque individu à agir sur la plupart de ces facteurs, il apparaît très difficile de concevoir une tarification visant à réduire efficacement l'aléa moral. D'ailleurs, pour établir une telle tarification, il faudrait obtenir une foule d'informations sur chaque individu (tabagisme, pratique d'activités physiques, etc.), ce qui apparaît impensable dans le cadre d'une société libre et démocratique.

En pratique, la seule mesure retenue pour réduire l'aléa moral consiste à imposer à l'assuré une contribution financière à l'achat (franchise et coassurance). De cette façon, l'assuré est sensibilisé au coût des médicaments à chaque fois qu'il procède à un achat. Il faut cependant rappeler qu'une telle contribution financière peut entraîner des effets indésirables sur les clientèles les plus vulnérables et c'est pour cette raison que des plafonds de contribution différenciés ont été établis.

6.3 Les préoccupations du Comité

Tout au long de sa démarche, le comité a cherché à définir, par une approche pragmatique, le meilleur mode d'organisation et de financement de l'assurance médicaments pour la société québécoise dans le respect de ses valeurs et de sa capacité de payer.

¹⁰ Le tabagisme constitue un domaine où la recherche sur les effets sur la santé est particulièrement avancée. Les gouvernements fédéral et provincial ont d'ailleurs reconnu depuis longtemps l'importance de cette problématique particulière en imposant une taxation spécifique aux produits du tabac.

Les contraintes de temps imposées au Comité l'ont amené à privilégier une méthode de travail excluant la rencontre des différents groupes intéressés. Néanmoins, une attention toute particulière a été portée aux propositions exprimées dans les mémoires déposés à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en février et mars 2000, de même qu'à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair).

Les points qui suivent résument les principales préoccupations qui ont orienté les travaux du comité.

6.3.1 La capacité de payer de la société

« La santé n'a pas de prix ». Voilà une expression qui traduit à elle seule toute l'importance que la société accorde à la santé. En un sens, la possibilité d'accéder à des services de santé de qualité apparaît comme un droit fondamental tout aussi important que la liberté d'expression ou d'opinion. Doit-on pour cela conclure qu'il est essentiel de mettre en place un régime complet d'assurance maladie et que celui-ci soit gratuit et universel ?

Il n'appartient pas au comité de se prononcer sur une telle question qui déborde considérablement la problématique de l'assurance médicaments. Néanmoins, il convient de rappeler que tout régime universel dont l'accès est gratuit et qui se veut complet finit par se traduire, à long terme, par des dépenses très élevées, en raison même de l'illusion de gratuité. Il apparaît bien évident que quelqu'un devra nécessairement en assumer les coûts que ce soit sous la forme de frais spécifiques (coassurance, franchise ou prime) ou bien par le biais de la fiscalité générale de l'État (impôt sur le revenu, taxe générale ou spécifique).

En pratique, on observe que peu importe le pays et l'importance accordée à la santé, tous les régimes publics de santé sont contraints par la capacité de payer de l'État et donc celle du citoyen contribuable. Toute demande de services excédentaire à cette capacité de payer se traduit inévitablement par des listes d'attente, plus ou moins longue. Cette situation conduit nécessairement à un système de santé rationné.

La question de l'étendue de la couverture du système public de santé ou celle de l'assurance médicaments ne peut être abordée en faisant abstraction de la situation prévalant dans l'ensemble de l'économie ne serait-ce que parce que toute politique publique comporte nécessairement un coût d'opportunité. Dans le cas du Québec, l'ampleur des mesures de restrictions budgétaires appliquées durant les années 1990, afin d'éliminer le déficit du gouvernement du Québec, illustre à quel point les contraintes à la capacité de payer des citoyens étaient et demeurent sérieuses. Les indicateurs présentés ci-après permettent de mieux saisir l'ampleur de ces contraintes.

- ◆ **Le taux d'emploi et le taux d'activité.** Un indicateur fondamental de la capacité de production d'une économie et de son potentiel à générer des revenus fiscaux constitue le taux d'emploi. Ce taux représente la proportion de personnes en emploi sur la population âgée de 15 ans et plus. À ce chapitre, la moyenne québécoise (58,4 %) se situe, en 2001, sous la moyenne canadienne (61,1 %) ¹¹.

Un même constat ressort lorsque l'on compare le taux d'activité du Québec à celui des pays scandinaves, une référence souvent citée en matière de politiques sociales. Il faut rappeler que le taux d'activité représente la proportion de personnes en emploi ou en chômage pour une tranche d'âge donnée. Pour la tranche d'âge des 15-64 ans, les données comparables entre pays compilées par l'OCDE montrent, pour l'année 1999, des taux respectifs de 75,9 % au Canada (ce taux étant vraisemblablement inférieur au Québec, mais non disponible selon cette source) contre des taux de 78,5 % pour la Suède, 80,6 % pour la Norvège ainsi que pour le Danemark. Ces pays ont ainsi pu mettre en place et financer des programmes sociaux très étendus grâce aux recettes fiscales engendrées par des taux d'activité élevés.

- ◆ **Le fardeau fiscal et les *trappes à inactivité*.** Au chapitre du fardeau fiscal, le Québec se trouve dans une position moins confortable par rapport à l'ensemble de l'Amérique du Nord. De nombreuses comparaisons effectuées par le ministère des Finances du Québec montrent que les contribuables québécois économiseraient des sommes considérables si on leur appliquait la structure d'imposition des autres provinces canadiennes. Par exemple, les contribuables québécois connaîtraient une baisse de leur fardeau fiscal d'au moins 4 milliards de dollars si on leur appliquait la structure d'imposition ontarienne. Cependant, pour donner tout son sens à de telles comparaisons, il faudrait être en mesure de mettre en parallèle les impôts versés par rapport aux bénéfices qu'engendrent les services publics.

Il demeure que seulement 57% des personnes qui produisent une *Déclaration de revenus*, au Québec, paient des impôts sur leurs revenus. On estime ainsi à près de 2,4 millions de personnes qui, l'an prochain, ne paieront aucun impôt sur leurs revenus.

Par ailleurs, si on met en parallèle le régime d'imposition des revenus des travailleurs avec les différents programmes de transferts de l'État destinés aux personnes sans emploi, on s'aperçoit qu'il existe des *trappes à inactivité* qui découragent les personnes à retourner sur le marché du travail. Exprimé différemment, pour certaines tranches de revenu, le taux marginal implicite de taxation ¹² atteint un tel niveau qu'il peut constituer un frein sérieux à

¹¹ Données désaisonnalisées, *Enquête sur la population active*, Statistique Canada

¹² Cet indicateur mesure, pour une variation marginale de revenu, ce qu'il en coûte de plus à une personne au niveau de la fiscalité, de la parafiscalité et en réduction de prestations sociales.

l'incitation au travail et peut ainsi engendrer une réduction de l'activité économique et un accroissement de l'évasion fiscale. Autant de situations qui restreignent la richesse collective et donc la capacité à long terme à s'offrir des programmes sociaux.

- ◆ **L'endettement public.** À cet égard, le Québec apparaît également en tête du classement parmi les provinces canadiennes et les États américains. En cumulant les dettes de tous les paliers de gouvernement¹³, la dette nette publique des Québécois et des Québécoises, soit la dette brute diminuée des avoirs financiers de l'État, correspond à près de 90 % du PIB québécois de l'année 2000. Cette situation semble peu enviable lorsqu'on la compare à l'ensemble du Canada, en incluant le Québec, puisque le même ratio de la dette nette sur le PIB n'y est que de 66%. Ce ratio tombe à 33,5% pour le Royaume-Uni, à 42,5% pour la France et à 43% aux États-Unis.

La situation semble d'autant plus sérieuse que l'endettement du gouvernement du Québec et celui du gouvernement canadien résultent pour l'essentiel, depuis 1980, des besoins de financement des dépenses courantes plutôt que de réelles dépenses en infrastructures. Cette situation constitue un important enjeu au chapitre de l'équité intergénérationnelle en plus de réduire sérieusement la marge de manœuvre du gouvernement du Québec, en particulier, pour le financement de son système de santé.

6.3.2 L'équité et l'efficacité économique

L'équité et l'égalité constituent des valeurs fondamentales de la société québécoise et canadienne; elles sont à la base de l'ensemble de l'organisation du système de santé.

Des définitions

Mais encore, faut-il savoir ce que signifient exactement ces termes. Le dictionnaire Petit Robert définit ainsi le terme *égalitaire* : « qui vise à l'égalité absolue ». De son côté, *égal* signifie « qui est de même quantité, dimension, nature, qualité ou valeur ». Quant à l'équité, elle revêt un sens de « notion de justice naturelle dans l'appréciation de ce qui est dû à chacun ».

Comme on le constate, le concept d'équité a davantage une portée philosophique, car il réfère à des notions de justice (*fairness* en anglais), tandis que l'égalité revêt plutôt une signification de nature quantitative.

¹³ Le montant de la dette est établi en additionnant à la dette provinciale une imputation proportionnelle à la population québécoise de la dette nette fédérale

Ainsi, en matière d'assurance médicaments, l'équité peut consister à tenir compte de la capacité de payer des assurés, dans leur contribution au financement d'un régime, ou encore de leurs besoins, pour ce qui est de la consommation des médicaments. L'équité, ainsi entendue, diffère de l'égalité, qui veut qu'à consommation égale, ou à risque égal de consommation, il y ait contribution égale au financement d'un régime, avec les effets de mutualisation que cela comporte.

L'égalité repose sur des jugements de fait, alors que l'équité repose sur des jugements de valeur, qui peuvent toujours être contestés. Par exemple, des partisans des médecines douces diront qu'il est inéquitable de leur imposer une prime, étant donné qu'ils ne consomment aucun médicament. De même, au nom de l'équité, on pourrait restreindre l'accès égalitaire aux médicaments aux seules personnes qui ne sont pas directement responsables de leur état de santé ; s'il fallait suivre cette logique, cela pourrait amener à rationner les services offerts aux personnes atteintes de problèmes respiratoires résultant d'une grande consommation de produits du tabac.

Un arbitrage difficile

En poussant plus loin la logique, on s'aperçoit également que l'objectif d'équité peut entrer en conflit avec l'objectif d'efficacité économique. Ainsi, il pourrait être plus efficace pour la société de soigner plus rapidement un travailleur qu'un chômeur. Le premier pourrait ainsi retourner plus rapidement à son emploi et contribuer ainsi à la richesse collective ; de ce fait, le chômeur pourrait bénéficier des ressources additionnelles dégagées par les taxes et impôts défrayés par le travailleur et donc, de ressources médicales plus importantes. Les deux personnes pourraient ainsi être gagnantes d'une telle situation, mais cela constituerait une sérieuse entorse au concept d'équité.

Comme on le constate, l'arbitrage à faire entre l'équité et l'efficacité économique soulève des questions fondamentales qu'il apparaît très difficile de trancher. Un tel dilemme découle en fait de l'existence d'une disponibilité limitée des ressources dans la société, ce qui se traduit, entre autres, dans le domaine de la santé par d'importantes listes d'attente. Trop souvent malheureusement, les discussions sur la place publique à l'égard de la santé (et des autres champs d'activité du gouvernement) font abstraction de cette réalité incontournable.

En fait, la rareté des ressources disponibles renvoie au concept économique du *coût d'opportunité* des ressources : lorsqu'une ressource est consacrée à la production d'un bien (ou d'un service) elle n'est plus disponible pour en produire un autre. Le coût d'opportunité constitue donc ce à quoi une société doit renoncer pour produire quelque chose d'autre.

Dans un tel contexte de rareté des ressources, le gouvernement a tout intérêt à inciter ses citoyens à adopter des habitudes de vie saines et à abandonner les habitudes nocives, comme le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool. Une telle stratégie gouvernementale peut être considérée comme socialement équitable car elle permet d'améliorer globalement le bien-être de la société.

Le cas de l'assurance médicaments

Dans le domaine de l'assurance médicaments, il appert que le régime actuel favorise l'efficacité et l'équité car il décourage la surconsommation de médicaments, par le biais de la contribution à l'achat, et qu'il facilite l'accès aux médicaments aux personnes à faible revenu, par la présence d'un plafond de contribution annuel ou mensuel.

En ce qui a trait tout particulièrement au régime public d'assurance médicaments, le comité est d'avis que son financement ne devrait jamais se réaliser par le biais de l'endettement du gouvernement et cela, au nom de l'équité intergénérationnelle. En effet, le bénéfice conféré par la consommation d'un médicament se limite à une période très limitée dans le temps. Pour cette raison, le Fonds de l'assurance médicaments devrait être maintenu en équilibre à chaque année et tout déficit, durant un exercice, devrait être comblé dès l'année suivante. En ce qui concerne la portion de l'assurance médicaments financée par le Fonds consolidé, il apparaît évidemment impossible de discerner la portion d'un éventuel déficit gouvernemental qui résulte des dépenses en assurance médicaments. Cependant, il demeure qu'aucun déficit gouvernemental ne devrait excéder le total des dépenses en capital durant un exercice donné.

En somme, le comité croit que le régime général d'assurance médicaments doit offrir des solutions raisonnables sur les plans de l'équité et de l'efficacité économique. Cela conduira toujours à un arbitrage difficile car, si on peut mesurer assez facilement la capacité de payer de la société, il en est tout autrement des besoins réels de la population en matière de santé. Compte tenu de l'état des connaissances, il convient donc d'adopter une approche pragmatique plutôt que dogmatique.

6.3.3 La transparence

Le plein exercice de la démocratie requiert que le citoyen soit pleinement informé de l'utilisation qui est faite des fonds publics. Le régime général d'assurance médicaments, pour sa portion publique, ne peut donc échapper à cette règle.

Or, les membres du comité ont pu constater durant leurs travaux à quel point sont complexes les règles régissant le fonctionnement et le financement du RGAM. Ce constat n'est pas nouveau puisque de nombreux intervenants se sont exprimés à ce sujet, par le passé, tout particulièrement les pharmaciens du réseau des pharmacies communautaires.

Ainsi, des questions aussi simples en apparence que le montant à payer lors d'un achat nécessite une explication qui fait intervenir des notions de franchise de coassurance et de plafond mensuel de contribution.

Le niveau de complexité augmente d'un cran lorsque vient le temps d'aborder le mode global de financement du régime et, tout particulièrement, le mode de financement du Fonds de l'assurance médicaments. Une telle complexité ne peut donc que susciter de la confusion et embrouiller le débat public sur les modifications à faire subir au régime pour en améliorer le fonctionnement.

Le comité est d'avis qu'une attention toute particulière devrait être portée à une simplification des modalités de fonctionnement et de financement du régime, particulièrement dans la mesure où il n'en découlerait pas de coûts additionnels pour le gouvernement et le citoyen.

6.3.4 L'efficacité du médicament et l'arrimage avec l'ensemble du système de santé

Le médicament constitue une technologie parmi d'autres qui peut être employée par les médecins pour traiter un patient. Les dernières décennies ont vu l'apparition de nombreuses molécules nouvelles qui ont permis de traiter et, dans certains cas, de guérir des conditions qu'il était autrefois impossible de traiter.

Le cas du sida, apparu il y a une vingtaine d'années, illustre bien cette situation de même que les différents impacts que peuvent avoir les nouveaux médicaments. Ainsi, d'une maladie inévitablement mortelle durant les années 1980, on est passé, durant les années 1990, à un stade où même si la maladie demeure incurable, l'apparition de nouveaux médicaments a permis une amélioration considérable de la qualité de vie du patient et une augmentation de son espérance de vie.

Ces améliorations de la santé du patient et de sa qualité de vie comportent cependant un coût élevé en médicaments, soit souvent plusieurs milliers de dollars par année. Il demeure qu'outre le gain de bien-être pour le patient et ses proches, cette nouvelle médication permet de réduire les coûts dans les diverses composantes du système de santé, particulièrement dans le cas des séjours à l'hôpital.

Cet exemple illustre à quel point l'apparition de nouveaux médicaments peut engendrer une multitude d'impacts dans l'ensemble du système de santé. L'examen de la rentabilité sociale et économique de la consommation de médicaments doit ainsi prendre en compte les effets sur le nombre de consultations médicales, sur la fréquence et la durée de l'hospitalisation, sur la nécessité d'admettre une personne en hébergement de longue durée, etc.

Le comité souscrit à cette vision globale du système de santé et croit que l'examen du régime d'assurance médicaments ne peut, ni ne doit, s'effectuer en vase clos mais doit tenir pleinement compte des multiples retombées possibles de l'utilisation sur le système de santé. C'est à cette condition seulement que l'on en arrivera à un régime d'assurance médicaments optimal.

6.3.5 L'équilibre entre le concept de l'assurance et celui de l'assistance

Les membres du comité ont pu réaliser au cours de leurs délibérations à quel point l'arbitrage entre le concept d'assurance et le concept de solidarité est difficile à établir.

D'une part, de nombreux intervenants ont fait valoir à de multiples reprises par le passé, dont lors de la commission parlementaire tenue en février et mars 2000, à quel point le RGAM constitue un «acquis social» majeur qu'il faut protéger en raison de ses impacts positifs dans la réduction des inégalités sociales.

D'autre part, la littérature économique fait généralement ressortir qu'il est préférable, du point de vue de l'efficacité économique, que les efforts gouvernementaux pour redistribuer les revenus portent sur des mesures générales de transfert (programmes de sécurité du revenu, fiscalité) plutôt que sur une multiplication de mesures sectorielles de transfert. Cela revient à dire : donner un paiement de transfert à une personne et lui laisser choisir la façon dont elle dépensera cette somme.

Le comité privilégie une formule d'assurance assortie d'une assistance financière et ce, dans un esprit de solidarité. La formule d'une assurance «pure» n'apparaît pas souhaitable en raison des effets externes de la consommation de médicaments sur l'utilisation du système de santé.

7. LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Comme il a été évoqué au début de ce rapport, le comité a reçu, pour mandat, de formuler au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux des recommandations à l'égard de la pertinence et de la faisabilité de l'instauration d'un régime universel public d'assurance médicaments.

Lors de la première réunion du comité, les membres ont d'abord échangé sur leur compréhension respective du mandat qui leur avait été soumis. Il leur est rapidement apparu que le comité ne pouvait ni ne devait limiter ses réflexions à la seule question de la pertinence et de la faisabilité d'un régime universel public.

Les membres ont alors convenu qu'il serait préférable d'étendre leurs réflexions aux différentes avenues envisageables en matière de financement et d'organisation de l'assurance médicaments. La réflexion sur un éventuel régime universel public d'assurance médicaments devenait, à partir de ce moment-là, un élément parmi un ensemble plus vaste de solutions à considérer.

7.1 Le mode d'organisation du régime général d'assurance médicaments

Recommandation 1 :

Le Comité ne retient pas l'hypothèse de la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments mais privilégie plutôt le maintien du caractère mixte, privé-public, du régime actuel

La très grande interdépendance qui existe entre la consommation de médicaments et l'utilisation du système de santé semblerait, à première vue, favoriser la création d'un régime d'assurance médicaments entièrement public.

Néanmoins, un examen plus approfondi de la question a conduit le présent comité à ne pas retenir cette option. En fait, bien qu'il reconnaisse que la création d'un tel régime soit du domaine du possible, le comité conclut qu'une telle avenue ne serait pas souhaitable car elle ne constituerait pas la solution optimale du point de vue des différentes clientèles du régime général, de la population québécoise dans son ensemble et des finances publiques québécoises.

En effet, comme on le constatera ci-après, la présence de régimes privés d'assurance médicaments confère des bénéfices à l'ensemble de la société québécoise, bénéfices qui ne pourraient vraisemblablement être recréés dans le cadre d'un régime universel public. Les principaux avantages d'un régime mixte sont donc les suivants :

a) La contribution de l'employeur, dans les régimes privés, libère des ressources publiques

Dans le cadre des régimes privés, l'assurance médicaments se finance en bonne partie par la contribution des employeurs. Ces derniers y trouvent leur compte, car le financement qu'ils accordent au régime collectif d'assurance fait partie de la rémunération globale des employés et celle-ci, permet d'attirer et de retenir les meilleurs employés. Cette contribution de l'employeur aux régimes privés permet de dégager des ressources publiques, ce qui permet une couverture plus complète de la population québécoise.

Il semble difficile d'envisager que cette contribution puisse être remplacée du jour au lendemain par une taxe équivalente pour financer un régime universel public. En effet, il faut le rappeler, le Québec se classe déjà parmi les États ayant le fardeau fiscal le plus lourd du continent nord-américain (voir section 6.3.1). **Toute hausse supplémentaire du fardeau fiscal risquerait alors d'accroître le risque de fraudes fiscales et de réduire l'incitation au travail et à l'investissement.**

Par ailleurs, il faut souligner que la disparition des régimes privés priverait le gouvernement du Québec d'une somme annuelle d'environ 148 M\$ provenant des taxes sur les primes d'assurance pour l'année 2002. Cette source de rentrées fiscales fait déjà partie intégrante des ressources financières de l'État qui servent à accroître la redistribution des revenus dans la société.

b) La présence de régimes privés offre des garanties supplémentaires à l'effet que le régime général demeurera un régime d'assurance plutôt que d'assistance (redistribution)

La majorité des Québécois et des Québécoises, qui occupent un emploi, sont présentement couverts par une assurance collective privée. Les paramètres de couverture d'assurance de même que la prime prévalant dans ces régimes sont établis par un mécanisme de marché où sont pris en compte les caractéristiques des membres du groupe, leurs préférences ainsi que leur capacité de payer.

De par leur nature même, les régimes privés se limitent uniquement à la fonction d'assurance. Ces régimes ne visent donc aucunement à redistribuer les revenus à l'intérieur du groupe, la prime étant uniforme (avec un volet de protection individuelle et familiale) et établie selon les caractéristiques moyennes du groupe.

De son côté, le régime public comporte un aspect redistributif marqué qui se traduit par l'imposition d'une prime annuelle modulée en fonction du revenu et par des plafonds de contribution mensuelle fixés en fonction de la catégorie d'assurés (prestataires d'assistance-emploi avec ou sans contraintes sévères à l'emploi, personnes âgées avec ou sans supplément de revenu garanti, *adhérents*).

La propension du régime public à opter pour la redistribution s'explique par le fait que les paramètres de ce régime découlent, avant tout, d'un processus politique. Or, le processus politique obéit à des règles totalement différentes de celles du secteur privé. D'une part, l'État peut recourir à son pouvoir coercitif de taxation pour lever des revenus supplémentaires et il peut également différer dans le temps le paiement de ses obligations par la voie de l'endettement. D'autre part, les pressions qu'exercent les différents groupes d'intérêt de la société jouent un rôle de premier niveau dans les choix politiques. Sur ce dernier point, il convient de souligner que, contrairement au mécanisme de marché, celui qui obtient un avantage dans le régime public n'est pas nécessairement celui qui doit en défrayer le coût.

En l'absence de régimes privés qui agissent comme balise et point de comparaison, on risque fort d'assister à une évolution rapide du régime d'assurance médicaments vers un régime essentiellement redistributif où la fonction assurance deviendrait secondaire. **Une telle évolution du régime apparaît clairement inappropriée puisque la littérature économique enseigne qu'il n'appartient pas à un régime d'assurance spécifique, comme celui de l'assurance médicaments, de corriger les inégalités sociales. Cette fonction de redistribution doit être confiée aux programmes généraux de sécurité du revenu, tels que l'assistance-emploi, ainsi qu'au régime fiscal général.**

c) La présence de régimes privés permet de mieux baliser l'étendue de la couverture d'assurance

Puisque la couverture d'assurance offerte dans un régime privé résulte d'une négociation entre le groupe d'assurés et l'assureur, l'accord qui en découle traduit la disposition à payer du groupe, pour une protection donnée. En effet, tout avantage octroyé dans le cadre d'un régime privé doit être payé ultimement par les membres de ce groupe. **Le mécanisme de marché responsabilise donc les parties en cause en regard du coût des services reçus.**

À l'inverse, le financement du régime public s'effectue dans un cadre plus complexe et moins transparent (voir la figure 2 à la page 10). Comme cela se produit souvent, pour les autres services publics, l'assuré du régime public peut ressentir une certaine « illusion de gratuité », puisque le lien entre ce qu'il paie et ce qu'il reçoit en retour n'est pas explicite. Cette illusion de gratuité, lorsqu'elle se combine à un mode de financement qui comporte un important volet de redistribution, peut amener divers groupes à exercer des pressions sur le gouvernement pour que celui-ci bonifie le régime d'assurance médicaments. **En l'absence de tout point de comparaison avec le secteur privé, il existe alors un risque non négligeable que la couverture du régime soit élargie au-delà de ce qui apparaît optimal pour la société compte tenu des avantages et du coût d'opportunité des ressources.**

d) La présence de régimes privés offre des possibilités supplémentaires d'innovations pour répondre aux défis qui se posent au régime général d'assurance médicaments

Il est généralement reconnu que le secteur privé fait preuve davantage de souplesse et de capacité d'adaptation que le secteur public en raison :

- ◆ d'une taille d'organisation plus restreinte et d'un processus décisionnel moins complexe ;
- ◆ de la nécessité pour les entreprises privées de se conformer aux règles du marché et aux fluctuations de la demande afin de survivre. De leur côté, les gouvernements échappent aux impératifs du marché car il leur est toujours possible de recourir au pouvoir coercitif de taxation.

Cette souplesse permet ainsi aux entreprises privées d'apporter plus facilement et plus rapidement les ajustements qui s'imposent et d'offrir des produits mieux adaptés à un besoin spécifique.

Il demeure toutefois que la marge de manœuvre du secteur privé ne peut être sans limite. À cet égard, tous conviennent que l'État doit intervenir comme régulateur et pour imposer certaines balises.

e) La présence d'un régime public permet d'allouer une assistance financière aux personnes à faible revenu

Malgré les avantages que comporte la présence de régimes privés, **le comité convient que le régime général d'assurance médicaments ne peut être uniquement privé. En effet, le comité considère essentiel d'accorder une assistance financière aux personnes ayant un faible revenu, notamment les prestataires d'assistance-emploi ainsi qu'une partie des personnes âgées de 65 ans ou plus. L'assistance doit relever de l'État, pour des raisons d'équité, et pour cette raison, cette mesure doit être financée par l'ensemble des contribuables québécois, par le biais de la fiscalité.**

Un autre facteur milite également en faveur du maintien d'un régime public pour les clientèles qui ne peuvent être assurées par le biais d'une assurance collective liée à l'emploi. En effet, l'État peut rejoindre les *adhérents* à moindre coût, que les assureurs privés, et percevoir la prime due par l'intermédiaire du ministère du Revenu, dans le cadre de la déclaration annuelle de revenus. Cet avantage comparatif du régime public disparaît rapidement dès qu'il s'agit de groupes en raison des économies d'échelle présentes dans la vente d'assurance collective. **Il demeure que seul un régime public permet d'introduire un volet d'assistance en imposant une prime qui varie en fonction du revenu de l'assuré.**

Recommandation 2 :

Le Comité recommande que soit maintenu le caractère obligatoire de l'adhésion au régime général d'assurance médicaments

Le comité en est arrivé à cette conclusion à partir de sa réflexion sur les liens étroits régissant la consommation de médicaments et la consommation de l'ensemble des services de santé ainsi que sur le phénomène de l'anti-sélection.

La consommation de médicaments ne peut être abordée sans prendre en compte les interactions qui existent entre la prise d'un médicament et la consommation globale des services de santé. Ainsi, pour obtenir un médicament, le patient s'adresse d'abord à son médecin pour obtenir une ordonnance ; il s'agit là d'un lien de complémentarité entre la consommation de médicaments et la consommation de services de santé. Par ailleurs, lorsqu'un patient prend un médicament, il peut éviter une hospitalisation, voire même une chirurgie. On

est alors en présence d'un lien de substitution entre la consommation de médicaments et la consommation d'autres services de santé.

Puisque le régime d'assurance santé qui s'applique au Québec, et ailleurs au Canada, couvre à la fois les services médicaux et les services hospitaliers, lorsque médicalement requis, et que ces services sont totalement gratuits, il apparaît tout à fait logique d'imposer l'adhésion obligatoire à un régime d'assurance médicaments. En effet, une personne qui ne serait pas couverte par une assurance médicaments pourrait ne pas avoir les moyens de se procurer les médicaments requis par son état. Son état de santé risquerait alors de se détériorer l'amenant à consommer davantage de services médicaux et hospitaliers, ce qui pourrait engendrer des coûts substantiellement plus élevés pour la société, dans son ensemble, par rapport à la situation où cette personne aurait pu se procurer des médicaments grâce à une assurance.

Par ailleurs, si l'adhésion au régime d'assurance médicaments était volontaire, il existerait alors une forte probabilité que les personnes qui choisiraient de s'assurer seraient, en plus forte proportion que la moyenne, des personnes en mauvaise santé; on serait alors en présence du phénomène de l'anti-sélection. Dans un tel cas, les primes d'assurance risqueraient d'être passablement élevées, ce qui pourrait décourager d'autres personnes à adhérer au régime. Outre le risque que le régime ne soit pas viable, l'adhésion facultative constituerait un accroc majeur au principe de solidarité qui régit le financement de l'ensemble des programmes sociaux québécois.

7.2 Le mode de financement du régime public d'assurance médicaments

Recommandation 3 :

Le Comité recommande que soit maintenue la participation financière de l'assuré sous la forme d'une prime et d'une contribution financière, sous la forme d'une coassurance, lors de l'achat de médicaments

Certains groupes remettent en question l'utilisation de la prime, de la franchise et de la coassurance. Le comité croit toutefois qu'il s'agit d'outils importants pour la bonne gestion d'un régime d'assurance et que chacun des trois paramètres possède son utilité. Une revue des expériences étrangères a d'ailleurs démontré qu'il n'existe aucun régime sans contribution à l'achat ni prime. De toute façon, il demeure que ce qui n'est pas financé par le biais d'un de ces trois paramètres, doit l'être autrement, soit par le biais des taxes et des impôts.

En ce qui concerne le régime d'assurance médicaments, comme cela pourrait d'ailleurs s'appliquer à d'autres programmes sociaux, **le comité croit que l'identification d'une prime spécifique permet de mieux faire comprendre aux citoyens les enjeux financiers en cause et les arbitrages qui sont requis pour assurer la pérennité du régime.**

Le comité croit également que les personnes à faible revenu doivent bénéficier d'une aide spéciale pour payer leur prime ou bien tout simplement bénéficier d'une réduction du montant à déboursier voire en être exemptés totalement, comme c'est présentement le cas.

Alors que la prime permet à toutes les personnes couvertes de partager le risque, sans égard à leur consommation de médicaments, la franchise et la coassurance revêtent un rôle de sensibilisation de l'utilisateur lorsqu'il se procure un médicament.

En théorie, la franchise devrait également permettre de réduire les coûts d'administration du régime en éliminant bon nombre de réclamations de faible valeur ; c'est d'ailleurs, ce qui est observé aussi bien en assurance automobile qu'en assurance habitation. Toutefois, tel n'est pas le cas de la franchise du régime public d'assurance médicaments, en raison de son faible montant, celle-ci étant appliquée sur une base mensuelle (8,33 \$ par mois).

De plus, de nombreux pharmaciens ont fait valoir à de multiples reprises qu'il leur est souvent difficile d'expliquer à leurs clients le montant qu'ils doivent déboursier lors d'un achat en raison de l'application simultanée d'une franchise mensuelle et d'un plafond mensuel de contribution. À ce propos, il semble de notoriété publique que des assurés se procurent durant le même mois des médicaments pour plus d'un mois. En raison de la mécanique du régime, ces personnes bénéficient d'importantes économies par rapport à la situation où elles auraient étalé leurs achats sur deux mois, puisqu'elles ne paient alors la franchise que pour un seul mois et atteignent plus rapidement le plafond mensuel maximal.

De l'avis du comité, la RAMQ devrait donc, pour des fins d'équité, appliquer les ajustements requis au plafond mensuel maximum de contribution lorsque, durant un même mois, une personne se procure des médicaments pour plus d'un mois.

Quant à la franchise elle-même, le comité suggère de l'éliminer et, en contrepartie, d'augmenter la coassurance en conséquence. À rendement constant, la coassurance devrait alors se situer entre 35 % et 40 %.

À ce propos, il faut cependant rappeler que la littérature scientifique montre que certaines populations sont plus sensibles aux variations dans les conditions économiques d'accès aux médicaments et que la coassurance constitue un important déterminant dans la décision de consommer ou non un médicament essentiel. Pour cette raison, **le gouvernement devra prévoir des mesures de suivi de l'application de cette mesure.**

Recommandation 4 :

Le Comité recommande un financement plus transparent et plus équitable du régime public d'assurance médicaments

La figure 2 présentée à la page 10 décrit bien la complexité du mode de financement actuel du régime général d'assurance médicaments. Cette situation n'est pas sans soulever de sérieux problèmes d'équité et de transparence. En effet :

- ◆ Une exemption totale ou partielle de prime est accordée, en raison de leur faible revenu, à certaines personnes âgées de 65 ans ou plus ou à certains *adhérents*.
- ◆ Les personnes âgées de 65 ans ou plus supportent une partie des dépenses des *adhérents* puisque leurs primes sont versées au FAM. Ce mécanisme ne respecte pas les principes d'assurance qui spécifient que les coûts de la protection d'assurance doivent être supportés uniquement par les assurés du groupe couvert, soit les *adhérents* ;
- ◆ La subvention accordée aux *adhérents* à faible revenu provient des personnes âgées de 65 ans ou plus et des *adhérents* à revenu plus élevé. On peut s'interroger sur l'équité du financement des dépenses des *adhérents* à faible revenu par ces clientèles sans aucune assistance du Fonds consolidé ;
- ◆ Les primes des régimes privés et celle du régime public se comparent difficilement pour deux raisons car : (1) la prime du régime public d'assurance médicaments est modulée en fonction du revenu de l'assuré alors que la prime des régimes privés est fixe et (2) la prime du régime public est moins élevée que ce qu'elle devrait être en vertu du principe d'assurance puisqu'elle est perçue auprès des personnes âgées de 65 ans ou plus et des *adhérents* alors qu'elle ne sert à couvrir les dépenses en médicaments que des *adhérents*.

Pour corriger ces différents problèmes d'équité et de transparence, les modalités de financement pourraient être modifiées de la façon suivante (voir la figure 3) :

- a) **Le Fonds de l'assurance médicaments (FAM) devrait assumer l'ensemble des coûts des médicaments encourus pour toutes les clientèles couvertes par le régime public d'assurance médicaments, à savoir les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'assistance-emploi et les *adhérents*.**

- b) **À chaque année, une prime fixe distincte pour chaque groupe d'assurés du régime public** (soit les personnes âgées de 65 ans ou plus et les *adhérents*) serait évaluée par la Régie de l'assurance maladie du Québec en fonction de l'expérience propre de chaque groupe. Un montant équivalent à l'estimation des primes à percevoir auprès des personnes âgées de 65 ans ou plus et des *adhérents* serait versé au FAM dès le début de l'année par le Fonds consolidé pour en assurer l'équilibre financier sur une base permanente. Les principes généralement reconnus d'assurance seraient ainsi appliqués au régime public.
- c) **Il reviendrait au gouvernement de déterminer les modalités d'exemption et de subvention de primes qu'il souhaiterait voir appliquer à titre d'assistance à l'égard des personnes à faibles revenus.** De toute évidence, l'exemption complète de prime pour les prestataires d'assistance-emploi devrait être maintenue. Les crédits prévus pour cette clientèle au *Livre des crédits* devraient être versés directement au FAM.

Les primes effectivement versées par les personnes âgées de 65 ans ou plus et celles des *adhérents* pourraient ne pas être égales aux primes fixes déterminées par la Régie de l'assurance maladie (et donc au coût réel), en raison de l'assistance. Ainsi, **le gouvernement pourrait décider de maintenir une subvention du Fonds consolidé pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.**

La modulation de la prime en fonction des revenus annuels pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et pour les *adhérents* pourrait demeurer la même que celle appliquée actuellement. Ainsi, la subvention versée à chacune des clientèles serait clairement établie et identifiée. Le ministère du Revenu continuerait de percevoir la prime auprès des clientèles publiques.

- d) **Il convient, pour des raisons de sensibilisation aux coûts et de rentabilité financière, de maintenir une contribution à l'achat et d'introduire un ajustement annuel des paramètres de contribution.** Cette indexation des paramètres devrait toutefois prendre en compte la capacité réelle de payer de chacune des clientèles. Toute exemption de contribution devrait être directement assumée par le Fonds consolidé. À ce titre, **l'exemption de contribution pour les prestataires d'assistance-emploi ayant des contraintes sévères à l'emploi devrait être maintenue.**

L'exemption de contribution pour les enfants devrait également être conservée. Le coût de l'exemption de contribution pour les enfants des *adhérents* continuerait d'être défrayé, comme maintenant, par le Fonds de l'assurance médicaments. L'exemption de contribution des enfants des prestataires d'assistance-emploi serait, quant à elle, couverte par le Fonds consolidé.

Le lecteur pourra se référer au tableau 7 pour voir de quelle façon les changements proposés au financement du régime public d'assurance médicaments se répercuteront du point de vue comptable.

Figure 3 :

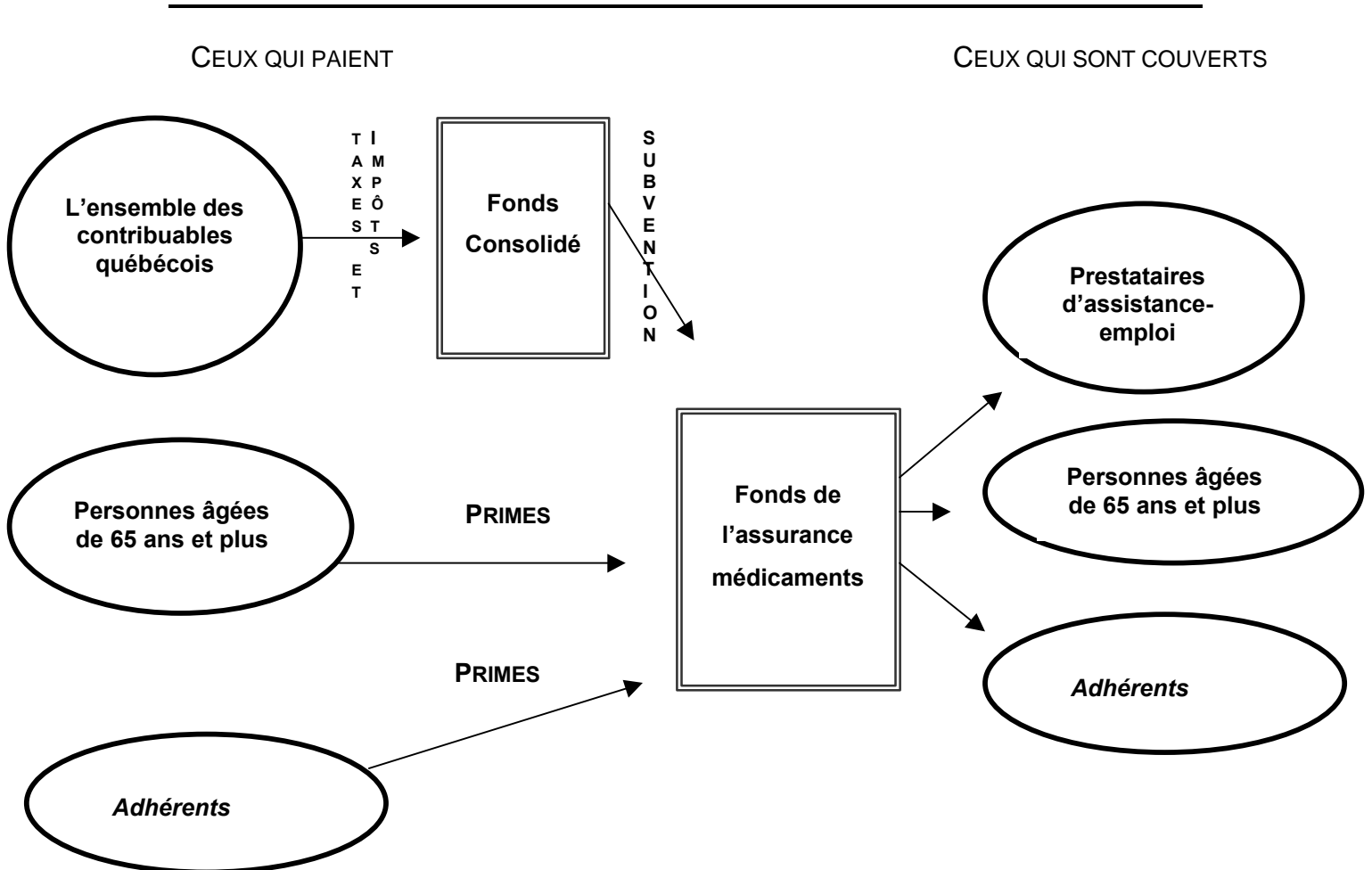
**STRUCTURE DE FINANCEMENT PROPOSÉE DU
RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS**

Tableau 7 Financement pour l'année 2000 du Régime public d'assurance médicaments (en millions \$)

Approche actuelle

PROGRAMME	Coût brut total	Franchise et coassurance	Coût net	Frais d'administration	Financement Fonds consolidé	Surplus/ (Déficit)
Prestataires d'assistance-emploi	356,0	15,6	340,4	-	340,4	0
Personnes âgées	986,0	225,2	760,8	-	760,8	0
<i>Sous-total</i>	<i>1 342,0</i>	<i>240,8</i>	<i>1 101,2</i>	-	<i>1 101,2</i>	<i>0</i>
	Coût brut total	Franchise et coassurance	Coût net	Frais d'administration¹	Financement par les primes² (FAM)	Surplus/ (Déficit)
<i>Adhérents</i>	430,1	110,9	319,2	30,0	343,4	(5,8)

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 2000.

¹ Les frais d'administration sont assumés par le FAM.

² Primes perçues par le ministère du Revenu, corrigées selon les conventions comptables du FAM.

Approche proposée

PROGRAMME	Coût brut total	Franchise et coassurance	Coût net	Frais d'administration	Revenus de prime³	Financement Fonds consolidé	Surplus/ (Déficit)
Prestataires d'assistance-emploi	356,0	15,6	340,4	-	0	340,4	0
Personnes âgées	986,0	225,2	760,8	-	152,8	608,0	0
<i>Adhérents</i>	430,1	110,9	319,2	30,0	190,6	158,6	0
Total	1 772,2	351,8	1 420,4	30,0	343,4	1 107,0	0

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles*, 2000.

³ Primes perçues par le ministère du Revenu, corrigées selon les conventions comptables du FAM.

Recommandation 5 :

Le comité recommande de faciliter l'échange de données entre la RAMQ et le ministère du Revenu afin d'accroître l'équité dans le financement du régime

Au cours de ses réflexions sur les façons de rendre plus transparent et plus équitable le fonctionnement du régime, le comité a été confronté à une réalité qui lui est apparu essentiel de dénoncer mais surtout de corriger.

En effet, pour être viable financièrement un régime d'assurance doit être en mesure de recueillir suffisamment de fonds pour couvrir le montant des prestations à verser ainsi que les frais d'administration encourus. Il importe donc que chaque personne assurée contribue selon les paramètres qui ont été fixées par les parties en cause.

La RAMQ dispose d'une solide infrastructure pour gérer l'admissibilité aux réclamations. Cependant, elle est beaucoup moins équipée en ce qui concerne la perception des primes d'assurance.

En effet, les primes que paient les assurés ne sont pas perçues par la RAMQ mais plutôt par le ministère du Revenu, par l'entremise de la *Déclaration de revenus*. Ainsi, la prime due pour une année donnée n'est versée, au mieux, que durant l'année suivante. Des sommes normalement dues ne sont même jamais versées.

Or, la RAMQ dispose de peu de moyens pour vérifier si les personnes assurées pour lesquelles elle effectue ou non des remboursements lors de l'achat de médicaments, ont effectivement payé la prime due. En effet, seul le ministère du Revenu détient cette information et il n'est pas autorisé à la partager avec la RAMQ.

Au nom de l'équité, le comité propose donc d'assouplir les règles en matière de partage de l'information pour qu'il soit désormais possible d'établir si tous les assurés de la RAMQ acquittent effectivement la prime requise au ministère du Revenu.

Un second aspect du même problème découle du fait que les contribuables ne sont tenus de payer une prime au régime public que dans la mesure où ils déclarent ne pas être couverts par un assureur privé. Il arrive, dans certains cas, que des personnes soient couvertes par une assurance privée autre que pour une couverture de médicaments et que, volontairement ou involontairement, elles déclarent tout de même être couvertes par une assurance médicaments. Dans

cette situation, aucune prime en vertu du régime public ne sera requise de ces personnes même si légalement elles y seraient soumises.

Il y aura donc lieu d'explorer, avec le secteur privé, la possibilité que soit émis un certificat d'assurance qui confirmerait que l'individu a été couvert pour les médicaments, par un régime privé, au cours d'une période donnée. Ce certificat pourrait alors être joint à la Déclaration de revenus pour attester de la couverture d'assurance.

7.3 L'utilisation optimale des médicaments

Recommandation 6 :

Le comité recommande de revoir les critères utilisés pour déterminer si un médicaments doit être inscrit à la liste des médicaments remboursés et de réévaluer les avantages et les coûts de l'actuelle formule de remboursement des médicaments

◆ **Le contrôle de la liste des médicaments couverts**

À l'instar des propositions énoncées dans le document intitulé *Les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments*, le comité suggère une révision des critères d'inscription des médicaments sur la liste afin de mieux intégrer les dimensions scientifiques, sociales et économiques. À cet effet, des analyses économiques de type coûts-efficacité ou avantages-coûts des médicaments utilisés devraient être exigées. La qualité de telles études pourrait être bonifiée par la participation des compagnies pharmaceutiques.

◆ **La formule de remboursement des médicaments**

Le comité s'est penché sur la formule de remboursement des médicaments. À première vue, le comité favoriserait l'adoption d'une politique de remboursement du médicament selon la formule du prix le plus bas afin d'instaurer un meilleur contrôle des dépenses du régime. Cependant, le comité demeure sensible à l'argument voulant que le gouvernement maintienne la formule actuelle de remboursement pour stimuler le développement de l'industrie pharmaceutique au Québec. Face à ce dilemme, **le comité recommande donc au gouvernement d'évaluer plus à fond les avantages et les coûts du maintien de l'actuelle formule de remboursement, en tenant compte des impacts potentiels sur l'industrie pharmaceutique et l'économie du Québec dans son ensemble.**

Il demeure qu'une formule de remboursement selon le prix le plus bas (ou le prix de référence) ne permet de réaliser que des économies modestes et n'affecte en rien la dynamique de croissance des dépenses qui, elle, dépend principalement de l'utilisation qui est faite des médicaments.

Recommandation 7 :

Le Comité recommande la création de trois mécanismes visant un meilleur contrôle de l'utilisation des médicaments :

- (1) Un fonds financé par l'industrie pharmaceutique, avec la participation du gouvernement, et destiné à la mise en place de mesures permettant un suivi de l'utilisation des médicaments;**
- (2) Des conférences de consensus sur l'utilisation recommandée des médicaments;**
- (3) Un programme de gestion préventive de la maladie (*disease management*).**

Les médicaments constituent l'une des technologies médicales les plus efficaces à la condition qu'ils soient utilisés de façon appropriée. Or, la littérature montre qu'il existe souvent un déséquilibre entre les dépenses encourues pour les médicaments et les bénéfices qu'on est en droit d'attendre en raison de phénomènes de sur-utilisation, de sous-utilisation ou de mauvaise utilisation.

Fonds pour le suivi de l'utilisation des médicaments

Il apparaît dorénavant nécessaire d'établir une zone de responsabilité partagée entre les compagnies pharmaceutiques et le gouvernement du Québec : celle de l'optimisation de l'utilisation des médicaments actuels et des nouveaux médicaments. Le comité recommande donc la création d'un fonds public financé par l'industrie pharmaceutique, avec la participation du gouvernement, et destiné à des études sur le monitoring de l'utilisation des médicaments. La diffusion des résultats de ces études devrait contribuer à réduire la sur-utilisation, la mauvaise utilisation et la sous-utilisation des médicaments. Ces études pourraient s'inscrire dans un programme de gestion préventive de la maladie. Ce fonds devrait aussi permettre le déploiement d'outils de soutien à la prescription pour les médecins. À cet effet, le comité croit que la formation des médecins en pharmacologie devrait être améliorée et des guides de pratique devraient être développés afin de mieux supporter les médecins dans leurs choix thérapeutiques. Finalement, ce fonds devrait permettre le déploiement de systèmes de soutien à l'observance et d'aide à la décision en matière de santé pour la population.

Ce financement devrait faire partie intégrante du processus de développement des médicaments et être géré par le gouvernement du Québec comme une condition d'inscription à la Liste des médicaments remboursés. Le comité considère également que le Conseil consultatif de pharmacologie, ou l'organisme qui lui succédera, soit doté de responsabilités de suivi de l'application de ces mesures.

Conférences de consensus

Le comité recommande la formation de conférences de consensus (au sens où ce terme s'emploie en médecine) qui réuniraient des intervenants des milieux hospitaliers spécialisés, des experts en santé publique, des médecins de famille et des chercheurs. Ces conférences auraient pour mandat de se pencher sur les grandes classes de médicaments afin de déterminer, à la lumière des résultats de la recherche, la pertinence et la nécessité des principales options thérapeutiques et d'élaborer une classification des médicaments, selon leur utilisation recommandée en 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne.

À partir de cette classification, **un modèle de remboursement différentiel pourrait être mis au point de manière à inciter le médecin à ne pas utiliser de médicaments coûteux en dehors de leurs indications propres et à favoriser l'utilisation de médicaments dont la valeur pour la santé publique est démontrée.** Il va sans dire que le succès de cette approche est étroitement lié à la capacité de notre système de santé à déployer des mesures de gestion préventive de la maladie.

Programme de gestion préventive de la maladie

Le Comité recommande de mettre en place un programme de suivi de l'utilisation des médicaments qui s'inscrive dans la logique dite de gestion préventive de la maladie (*Disease management*) préconisée par la Commission Clair. Cette approche consiste à intervenir précocement chaque fois que cela est possible en ayant pour objectifs de prévenir d'abord, de guérir quand c'est possible et de soigner lorsque c'est nécessaire.

Cette approche s'appuie sur des guides de pratique et met l'accent sur l'observance au plan du traitement tout en cherchant à influencer les comportements. La gestion préventive permet ainsi à certains groupes, comme les personnes atteintes d'une maladie chronique, de participer plus activement au processus de soins et à assumer une plus grande responsabilité par rapport à leur santé. La gestion préventive adopte une approche holistique, centrée sur le patient, pour le suivi du traitement de la maladie sur l'ensemble du continuum de soins.

En somme, ce programme permettrait d'étudier l'utilisation des médicaments en prenant en compte leurs interdépendances avec le système de soins. Il pourrait d'ailleurs prendre avantage des transformations de notre système de soins : des réseaux de services intégrés, avec couloirs particuliers pour le traitement de certaines maladies, et un accent mis sur les services de première ligne davantage proactifs (ex. : groupes de médecine de famille). À ce propos, il convient de souligner le rôle pivot que pourraient jouer les pharmaciens en pratique communautaire dans le suivi de l'utilisation efficace des médicaments.

Le comité reconnaît et déplore certaines limites de l'organisation actuelle du système de santé pour la mise en place de ce programme. Les divers sous-systèmes qui le composent sont gérés de façon indépendante, selon une approche en silo qui ne permet pas d'apprécier ni de quantifier la totalité des avantages et des coûts conférés par les médicaments. Jusqu'à présent, tel que soulevé par la Commission Clair, la capacité d'intervention précoce a été limitée par des difficultés liées à la gouvernance du système de santé. En effet, une gestion adoptant une logique institutionnelle entraîne une incapacité de structurer des relations de collaboration et d'interdépendance qui permettraient l'intégration des services.

De façon générale, il apparaît que l'utilisation optimale des médicaments demeure limitée par une circulation imparfaite de l'information. Ainsi, compte tenu de la complexité de l'organisation du système de santé et de la multitude des intervenants, les professionnels de la santé ne disposent pas toujours de l'ensemble des informations pertinentes relatives aux patients dont ils ont la responsabilité. En particulier, le médecin et le pharmacien peuvent n'avoir accès qu'à une partie du dossier pharmacologique, ce qui peut les amener à prendre une décision non optimale pour le patient voire même, dans certains cas, préjudiciable.

Des mesures doivent donc être prises pour que soit mis en place un processus qui devrait conduire d'ici quelques années au développement d'outils d'information comme la prescription électronique et l'accès par le professionnel au dossier pharmacologique complet du patient. De tels systèmes d'information permettraient non seulement un meilleur suivi de chaque patient mais également, du point de vue macroscopique, une meilleure utilisation des médicaments au niveau de l'ensemble de la société québécoise.

Le développement de systèmes d'information dans le domaine de la santé fait surgir des craintes dans la population quant à l'utilisation de ces données. **Le comité estime, à ce propos, que les avantages de tels systèmes au niveau de la santé des patients traités, de l'utilisation optimale des médicaments et, ultimement, des finances publiques québécoises sont tels qu'ils justifient pleinement les efforts requis pour stimuler le débat public sur le sujet et surmonter les inconvénients appréhendés.**

Par conséquent, **le comité souhaite que la Commission d'accès à l'information assouplisse ses règles en matière de collecte et de partage de l'information et, qu'en contrepartie, des garanties claires et formelles soient accordées par les intervenants publics quant aux diverses utilisations de ces données. Pour rassurer la population, des sanctions sévères devraient être prévues à l'égard des contrevenants et des compensations devraient être versées aux personnes lésées.**

8. AUTRES CONSIDÉRATIONS

L'assistance financière au paiement de la prime pour les personnes à faible revenu assurées par un régime privé

Différents intervenants ont réclamé, dans le passé, que les personnes assurées par un régime privé puissent, elles aussi, bénéficier d'une prime modulée en fonction du revenu comme cela se fait dans le régime public.

En effet, la prime appliquée dans un régime privé tient compte du statut familial mais non du niveau de revenu des assurés. Même si un tel écart existe entre les pratiques des régimes privés et du régime public et qu'un tel écart puisse paraître inéquitable, il n'en demeure pas moins, qu'en pratique, une majorité d'employeurs assument plus que la moitié du coût de la prime des employés, ce qui réduit sensiblement le fardeau financier que ces derniers doivent assumer.

Pour cette raison, le comité ne recommande pas de mettre en place une telle mesure d'assistance.

La gratuité pour les enfants

Tel qu'il a été mentionné à la recommandation 4, le comité propose que soit maintenue l'exemption de prime et de contribution pour les enfants des *adhérents* au régime public.

Or, certains souhaiteraient qu'une telle mesure soit étendue aux enfants des personnes assurées par un régime privé. **Le comité croit qu'il n'est pas nécessaire que le gouvernement impose une telle mesure aux régimes privés.** Les groupes d'assurés disposent déjà de la latitude nécessaire pour décider eux-mêmes de mettre en place une telle mesure et de faire assumer les dépenses en médicaments des enfants par tous les assurés du groupe.

La mutualisation des risques entre le régime public et les régimes privés

De nombreux intervenants ont fait valoir, lors de la commission parlementaire tenue en février et mars 2000 et à de multiples occasions depuis lors, qu'il existerait une grave iniquité entre le régime public et les régimes privés d'assurance médicaments. En effet, selon ces personnes, les régimes privés n'assurent en général que des personnes en bonne santé tandis que le régime public doit prendre en charge les personnes dont les dépenses en médicaments sont les plus élevées.

Cette affirmation ne semble pas fondée en ce qui concerne les *adhérents*. En effet, les personnes qui doivent assumer les dépenses de médicaments les plus élevées se retrouvent généralement parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi que chez les prestataires d'assistance-emploi. Or, les dépenses publiques en médicaments en faveur de ces deux clientèles sont assumées par le

Fonds consolidé et, à ce titre, tous les contribuables québécois participent à leur financement, qu'ils soient assurés par le régime public ou par un régime privé (voir la figure 2 à la page 10).

Les données actuellement disponibles tendent à démontrer que les dépenses moyennes en médicaments des *adhérents* et celles des assurés des régimes privés atteignent des niveaux similaires.

En somme, les assurés des régimes privés paient déjà leur juste part et ne bénéficient d'aucun avantage financier en regard des *adhérents* du régime public. **Aucune mutualisation ne s'impose donc d'autant plus que des taxes sont actuellement prélevées uniquement sur la vente de primes d'assurance des régimes privés¹⁴.**

Par ailleurs, en ce qui concerne l'argument fréquemment invoqué par les personnes qui se prononcent en faveur de l'instauration d'un régime universel public, soit que les régimes privés comportent des frais d'administration élevés et génèrent des profits importants, il appert que cette affirmation ne reflète pas la réalité. En effet, selon des données de l'industrie, les compagnies d'assurance ont retourné, à leurs assurés, au cours des dernières années, sous forme de prestations, de 88 % à 96 % des primes d'assurance santé qu'elles ont perçues¹⁵. Ce ratio s'apparente à celui du régime public.

Vers une capitalisation pour faire face au vieillissement?

La notion d'assurance, dans un programme d'assurance médicaments, apparaît évidente lorsqu'il s'agit d'une personne relativement jeune. Pour réduire l'ampleur du risque de pertes financières significatives en cas de maladie nécessitant l'usage de médicaments, cette personne est prête à déboursier certaines sommes d'argent pour s'assurer. Cependant, arrivée à un certain âge, il est peu vraisemblable qu'une personne puisse se passer de médicaments.

Dans un tel contexte, on peut songer à l'idée de mettre en place un mode de capitalisation visant à ce que chaque individu accumule des sommes pour faire face à la croissance de sa consommation de médicaments inhérente au vieillissement. Des formules comme l'utilisation élargie du régime des rentes ou d'une assurance vieillesse sont mentionnées ou peuvent paraître envisageables.

¹⁴ Voir l'estimation à la section 7.1.

¹⁵ Les données disponibles ne permettent toutefois pas de distinguer le volet de l'assurance médicaments de l'ensemble de l'assurance santé. Il faut noter que l'assurance médicaments compte pour la grande majorité des dépenses en assurance santé.

Le comité est conscient de l'énorme pression qu'exerce le vieillissement de la population sur le système de santé et d'assurance médicaments. Cependant, **le comité croit qu'il faut agir avec beaucoup de prudence avant de se lancer dans la mise en place d'un tel système.** La difficulté majeure réside dans l'inversion de la pyramide d'âge à laquelle on est en train d'assister progressivement (plus de personnes âgées que de jeunes).

En effet, les jeunes et les moins jeunes doivent, dans notre système actuel de paiement par répartition (*pay as you go*), à la fois payer pour eux-mêmes et pour leurs parents, en quelque sorte. **À l'intérieur de la structure actuelle de taxation, il apparaît pratiquement impensable d'ajouter au fardeau des contribuables. La viabilité financière du régime passe donc plutôt par un relèvement de la participation financière des personnes qui achètent des médicaments.**

La mise en place de formules de partenariat profitables avec différentes provinces

Afin de contrer l'escalade des dépenses en médicaments, le comité suggère d'examiner la possibilité que le Québec convienne, sur une base flexible, de s'associer à d'autres provinces canadiennes pour négocier des réductions de prix de certains médicaments, en particulier, ceux générant les dépenses les plus élevées au régime d'assurance médicaments. Nul doute qu'un front commun de provinces ne pourrait se traduire autrement que par des escomptes significatives sur le volume acheté.

Ce type de partenariat pourrait très bien se constituer dans le plein respect de la compétence du Québec en matière d'assurance médicaments ainsi que dans le respect des priorités québécoises en matière de santé et de soutien au développement de l'industrie pharmaceutique québécoise.

Un autre domaine qui offre un potentiel intéressant en matière de partenariat avec certaines provinces se situe au niveau de l'échange d'information relative à la constitution de la liste des médicaments assurés ainsi que dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité et de l'utilisation des médicaments. En raison du caractère de «bien public», au sens économique, de l'information et des économies d'échelle présentes dans sa production, un tel échange d'information ne pourrait être que très bénéfique pour le régime québécois d'assurance médicaments.

Le rôle de l'industrie pharmaceutique au Québec

La découverte de médicaments requiert une recherche coûteuse, processus qui s'étend sur plusieurs années et qui peut engendrer des dépenses atteignant plusieurs centaines de millions de dollars. Par conséquent, le prix des nouveaux médicaments devra être suffisamment élevé pour permettre aux fabricants de médicaments de recouvrer leur investissement, tout particulièrement, avant l'expiration du brevet qui leur est accordé et l'arrivée sur le marché de médicaments génériques.

Puisque le développement de médicaments génériques entraîne des dépenses de recherche sensiblement moins élevées que le développement des médicaments d'origine, on ne se surprendra pas que le prix de vente des médicaments génériques soit sensiblement inférieur à celui des médicaments d'origine. Pour cette raison, bien des groupes réclament que l'on ait davantage recours aux médicaments génériques afin de réduire les dépenses du régime général d'assurance médicaments.

En fait, tant les fabricants de médicaments d'origine que les fabricants de produits génériques ont un rôle à jouer sur le marché : les premiers pour assurer une arrivée constante sur le marché de produits innovateurs plus efficaces et les seconds pour contrebalancer le pouvoir de marché, conféré par les brevets, aux entreprises innovatrices.

En fait, la solution simpliste qui consiste à suggérer que le gouvernement impose son prix (dit le « juste prix ») aux compagnies pharmaceutiques apparaît tout simplement irréaliste en raison de la faible taille du marché québécois.

Par ailleurs, on a souvent reproché aux compagnies pharmaceutiques une approche agressive visant à favoriser la vente de nouveaux médicaments toujours plus coûteux auprès des prescripteurs, c'est-à-dire les médecins. **Les recommandations formulées dans ce rapport concernant la formation des médecins, les conférences de consensus et les autres mécanismes du genre devraient contribuer à un meilleur équilibre reflétant les avantages et les coûts des nouveaux médicaments.** À ce chapitre, il convient de rappeler que le comité considère qu'un régime mixte d'assurance médicaments permet d'accroître les pressions sur les compagnies pharmaceutiques lorsque le prix des médicaments devient excessif aux yeux des employeurs qui financent une partie importante des primes d'assurance médicaments de leurs employés. Plusieurs grandes compagnies américaines ont d'ailleurs commencé à agir dans cette direction.

Le Québec applique délibérément une politique de développement industriel favorisant l'implantation des compagnies pharmaceutiques sur son territoire. Une partie de cette politique se traduit par une règle qui protège les compagnies pharmaceutiques innovatrices en empêchant l'application de la politique du prix le plus bas sur les médicaments brevetés en vente depuis moins de 15 ans. Cette politique, propre au régime public, occasionne un coût global d'environ 25 M\$ par année.

Il n'empêche qu'une telle mesure peut se justifier dans le cadre d'une stratégie plus large de développement économique. Rien n'est toutefois simple à cet égard. **Il apparaît cependant essentiel que l'application d'une telle politique se fasse dans la plus grande transparence possible et qu'elle repose sur des analyses économiques du type avantages-coûts qui tiennent compte du coût d'opportunité social des ressources publiques consacrées à l'industrie pharmaceutique.**

9. CONCLUSION

Tout au long de ses travaux, le comité a cherché à définir les modalités d'un régime d'assurance médicaments qui soit équitable, dans un esprit de solidarité collective, efficace et viable à long terme, compte tenu de la capacité de payer de la société québécoise et tout cela dans un souci de transparence.

Le comité en est venu à la conclusion que l'amélioration du régime actuel ne devait pas passer par la mise en place d'un régime universel public : le régime mixte actuel fonctionne et permet à tous les Québécois et les Québécoises d'avoir accès aux médicaments sans barrière financière importante.

Si la situation semble relativement convenable, elle demeure cependant fragile et grandement perfectible. Nos recommandations et les discussions les soutenant sont claires à ce propos.

Le problème fondamental, qui affecte non seulement le régime d'assurance médicaments mais également l'ensemble du système de santé, provient du mode de financement et d'organisation qui a été adopté, soit un financement en silos. Ce fractionnement en enveloppes distinctes du financement fait en sorte que ce qui peut être logique dans le cadre d'un silo ou d'un type d'activités ne l'est plus lorsque l'on adopte une perspective globale du système de santé.

Ainsi, le virage ambulatoire mise, entre autres, sur l'utilisation de nouveaux médicaments plus efficaces pour réduire la durée des hospitalisations. Pour soutenir le virage ambulatoire, il faudrait donc que les économies réalisées au chapitre de la réduction des hospitalisations puissent être réacheminées vers le financement du régime d'assurance médicaments. Or, selon le mode actuel de financement en silos, une telle réaffectation des fonds ne peut intervenir automatiquement.

Une autre lacune se situe au niveau de l'échange inadéquat d'information entre les différents intervenants du système de santé. Ainsi, un médecin ne peut avoir facilement accès à l'ensemble des informations relatives à un patient (examens subis, soins reçus par un autre médecin ou durant une hospitalisation, etc.). Ce manque d'information apparaît tout particulièrement problématique lorsqu'il est question des médicaments consommés par un patient.

En fait, le comité est d'avis que la solution à ces différentes lacunes repose sur une gestion efficace et globale du système de santé et sur l'adoption d'une approche préventive. Cette avenue permettrait non seulement de contrôler les coûts de la santé, mais aussi d'améliorer la santé des citoyens.

Souvent proposée par les différents intervenants du système de santé, l'injection de ressources publiques supplémentaires en santé n'apparaît pas être une solution miracle. En effet, on retrouve dans le secteur de la santé une multitude de groupes d'intérêt qui cherchent chacun à obtenir le plus de ressources possible pour ses propres fins. Cette vision du chacun pour soi ne peut faire autrement qu'entraîner de graves difficultés dans l'affectation optimale des ressources et leur utilisation.

Mais avant tout, l'amélioration de la situation financière du système de santé et de l'assurance médicaments repose sur l'amélioration de la situation économique québécoise. Sur ce point, le comité a noté plusieurs contraintes auxquelles fait face le Québec d'aujourd'hui.

On dit souvent «la santé n'a pas de prix», mais l'illusion de la gratuité des soins de santé constitue un danger lorsqu'il s'agit de l'utilisation efficace des ressources collectives. À nous de faire grandir ces ressources collectives et de les gérer adéquatement. Dans le secteur de la santé, la situation est urgente.

**COMPARAISONS INTERPROVINCIALES DES PROGRAMMES
COMPLÉMENTAIRES¹⁶ DE MÉDICAMENTS ET
DE SERVICES PHARMACEUTIQUES**

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
TERRE-NEUVE	Uniquement les personnes âgées de 65 ans et plus recevant le Supplément de revenu garanti, (SRG) Prestataires d'assistance-emploi (PAE)	<i>Newfoundland Inter-changeable Drug Products Formulary</i>	100 % de l'honoraire professionnel (l'honoraire actuel du marché varie habituellement entre 5,00 \$ et 6,00 \$). Aucun maximum annuel. Aucune participation
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Personnes âgées de 65 ans et plus PAE <i>Family health benefits¹⁷</i>	<i>Drug Cost Assistance Programs Formulary</i>	Franchise de 10 \$ par ordonnance sur le coût des médicaments et 100 % de l'honoraire professionnel. Aucun maximum annuel. Aucune participation 100 % de l'honoraire professionnel (honoraire actuel du marché varie entre 4,00 \$ et 8,00 \$). Aucun maximum annuel.

¹⁶ Cette comparaison n'inclut pas les différents types d'aide disponible pour certaines maladies (MTS, cancer, etc.), pour certains médicaments (cyclosporine, érythropoïétine), etc.

Également, ne sont pas inclus dans ce tableau comparatif, les bénéficiaires pouvant être par exemple des résidents âgés entre 60-64 ans (Québec), des personnes hébergées dans des centres d'accueil, *Long Term Care facilities*, *Homes for Special Care* (Ontario), veuves (Alberta) etc.

De plus, sur le plan de la contribution, elle exclut celle relative aux excédents du prix des médicaments que les bénéficiaires peuvent accepter d'assumer (exemple québécois du prix le plus bas).

¹⁷ Ce programme vise les familles qui ont un revenu familial annuel net inférieur à 20 000 \$ et au moins 1 enfant de moins de 18 ans. Les familles doivent faire une demande d'inscription au programme.

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
NOUVELLE-ÉCOSSE	Personnes âgées de 65 ans et plus Personnes handicapées PAE	<i>Nova Scotia Formulary</i>	Les citoyens âgés de 65 ans et plus qui veulent bénéficier du programme doivent payer une prime annuelle pouvant aller jusqu'à 215 \$ ¹⁸ . 33 % de l'ordonnance (minimum de 3,00 \$) Maximum annuel individuel : 350 \$ Aucune pour elle-même. Pour sa famille, 20 % par ordonnance (minimum de 3,00 \$) jusqu'à un maximum de 150 \$ / année. 5,00 \$ par ordonnance sans maximum annuel. Aucune contribution pour certains prestataires sous <i>Family benefits</i>
NOUVEAU-BRUNSWICK¹⁹	65 ans et plus ²⁰	Recueil des médicaments thérapeutiques et des produits interchangeables du Nouveau-Brunswick	

¹⁸ Depuis 1999, l'État s'est positionné comme payeur de dernier recours pour toute personne de plus de 65 ans ayant accès à un plan d'assurance privé. Une personne âgée a le choix de ne pas participer au programme gouvernemental en décidant de ne pas payer la prime. Pour celles qui participent, le niveau de prime est déterminé de la façon suivante :

- Personnes âgées (PA) avec Supplément de revenu garanti (SRG) : 0 \$
- PA sans SRG : 215 \$. Pour les PA à faible revenu (calculé sur l'année de calendrier), une demande de réduction de prime peut être faite. L'échelle décrite plus bas s'appliquera.
- PA célibataire : 0 \$ si revenu annuel < 17 198 \$
215 \$ si revenus > 18 000 \$
- PA vivant en couple : 0 \$ si revenus < 18 000 \$
215 \$ si conjoint de plus de 65 ans et revenus > 26 955 \$.
215 \$ si conjoint de moins de 65 ans et revenus > 32 390 \$.

La prime est versée par les personnes au Pharmacare. Elle peut être payée en un seul versement, de façon trimestrielle ou mensuelle, par carte de crédit, chèque ou traite bancaire.

¹⁹ L'État s'est clairement positionnée comme payeur de dernier recours. Personne n'est éligible à une couverture du *Prescription drug program* si la personne a ou est couverte par un régime d'assurance.

²⁰ L'ensemble de cette clientèle n'est pas automatiquement assurée par la province. Depuis juillet 1992, seulement une partie de la population âgée est couverte par l'État (il est difficile d'en quantifier le nombre mais le chiffre de 80 % a été quelquefois mentionné). Les assureurs privés occupent le reste du marché.

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
	<p>Personnes âgées recevant le SRG</p> <p>Personnes âgées ne recevant pas le SRG et se qualifiant en fonction des revenus annuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Personne seule dont le revenu est inférieur à 17 198 \$; ◆ Couple où les deux conjoints ont 65 ans ou plus et dont le revenu est inférieur à 26 955 \$; ◆ Couple où un des conjoints a moins de 65 ans et dont le revenu est inférieur à 32 390 \$. <p>Personnes hébergées dans un foyer de soins agréé (<i>Nursing home</i>)</p> <p>Hébergés dans un établissement résidentiel agréé</p>		<p>9,05 \$ (15 \$ à partir du 1^{er} janvier 2002) par ordonnance. Maximum de 250 \$ par année.</p> <p>9,05 \$ (15 \$ à partir du 1^{er} janvier 2002) par ordonnance, sans maximum.</p> <p>Aucune lorsque la personne n'a pas d'assurance privée. Ces citoyens n'ont à subir aucun test de revenu.</p> <p>4,00 \$ par ordonnance. Maximum de 250 \$ par année.</p>

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
	Assurance Croix-Bleue ²¹ PAE		Prime mensuelle de 77 \$ (89 \$ à partir du 1 ^{er} janvier 2002), 9,05 \$ par ordonnance (15 \$ à partir du 1 ^{er} janvier 2002). Aucun maximum annuel. 2,00 \$ ou 4,00 \$ par ordonnance selon l'âge. Maximum de 250 \$ par année par famille.
QUÉBEC	Personne âgée recevant le SRG maximum et prestataire de l'assistance emploi ²² Personne âgée recevant le SRG partiel PAE ayant des contraintes sévères à l'emploi Personne âgée ne recevant aucun SRG	Liste des médicaments	Exemption du paiement de la prime. Franchise annuelle de 100 \$ et plafond annuel de 200 \$ appliqués sur une base mensuelle. Coassurance de 25 %. Paiement d'une prime annuelle en fonction du revenu familial (0 \$ à 385 \$). Franchise annuelle de 100 \$ et plafond annuel de 500 \$ appliqués sur une base mensuelle. Coassurance de 25 %. Exemption du paiement de la prime – franchise 0 \$, coassurance 0 \$. Paiement d'une prime annuelle en fonction du revenu familial (de 0 \$ à 385 \$). Franchise annuelle de 100 \$ et plafond annuel de 750 \$ appliqués sur une base mensuelle. Coassurance de 25 %.

²¹ Les personnes âgées qui ne se qualifient pas dans les classes mentionnées ci-haut ont le choix d'être assurées par la Croix-Bleue, selon des termes établis avec le gouvernement. Elles peuvent aussi choisir d'adhérer à un autre régime d'assurance privé ou de ne pas être assurées.

²² Aucune contribution à la consommation pour les enfants de moins de 18 ans ou aux études à temps plein, domiciliés chez leurs parents et âgés entre 18 et 25 ans. Cette mesure s'appliquera à l'ensemble des assurés du régime public.

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
	Personne n'ayant pas accès à un régime collectif		<p>Paiement d'une prime annuelle en fonction du revenu familial (0 \$ à 385 \$).</p> <p>Franchise annuelle de 100 \$ et plafond annuel de 750 \$ appliqués sur une base mensuelle.</p> <p>Coassurance de 25 %.</p>
ONTARIO	<p>Personnes âgées de 65 ans et plus dont le revenu annuel est supérieur à 16 018 \$, pour une personne seule, ou 24 175 \$, pour un couple.</p> <p>Personnes âgées de 65 ans et plus dont le revenu annuel est inférieur à 16 018 \$, pour une personne seule, ou 24 175 \$, pour un couple</p> <p>PAE</p> <p><i>Trillium</i> (pour les résidents qui ont des dépenses importantes par rapport à leurs revenus)</p>	<p>Formulaire des médicaments</p> <p>Idem</p>	<p>100 \$ de franchise par an par personne. Par la suite, la personne paie le coût des honoraires sans excéder 6,11 \$ par ordonnance.</p> <p>2,00 \$ par ordonnance.</p> <p>2,00 \$ par ordonnance.</p> <p>Franchise modulée²³ en fonction du revenu imposable total et du nombre de personnes dans la famille, s'il y a lieu. Au-delà de ce seuil : jusqu'à 2,00 \$ par ordonnance (à la discrétion du pharmacien).</p>

²³ La franchise est modulée en fonction du revenu imposable total, individuel ou familial selon le cas (environ 4 %). Le cas échéant, la franchise est réduite de 100 \$ pour une famille de deux personnes, de 150 \$ pour une famille de trois personnes, et 200 \$ pour une famille de 4 et plus. La franchise s'applique sur une base trimestrielle et la période annuelle de référence est du 1^{er} août au 31 juillet de l'année suivante. Tout montant de franchise non atteint sur une période de 3 mois est reporté et ajouté au montant du trimestre suivant.

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
MANITOBA	Tous les résidents sont couverts PAE	Liste des médicaments admissibles et interchangeableables au Manitoba	Franchise familiale ²⁴ par année basée sur le revenu et les dépenses admissibles de médicaments. Aucune contribution au-delà de la franchise. Aucune participation
SASKATCHEWAN	Tous les résidents sont couverts Personnes âgées de 65 ans et plus recevant le SRG Personnes âgées de 65 ans et plus recevant le SRG et hébergées dans un <i>Special Care Home</i> PAE	<i>Saskatchewan Formulary</i>	Franchise familiale de 850 \$ aux 6 mois. Par la suite, 35 % du coût de l'ordonnance. Dans certaines situations, la franchise et/ou la coassurance peuvent être réduites. (ex. : Special support program, SAIL). Franchise familiale de 200 \$ aux 6 mois. Ensuite, 35 % du coût des médicaments. Franchise de 100 \$ aux 6 mois. Ensuite 35 % du coût des médicaments. Contribution de 2,00 \$ par ordonnance. Dans certains cas, il n'y a pas de contribution.

²⁴ Depuis le 1^{er} avril 1996, il n'y a plus de distinction pour les personnes âgées. La franchise est de 3 % du revenu familial ajusté (revenu brut moins 3 000 \$ par dépendant) lorsque celui-ci excède 15 000 \$. Si le revenu familial ajusté est de 15 000 \$ ou moins, elle est de 2 % de ce revenu avec un minimum de 100 \$.

PROVINCE	BÉNÉFICIAIRES	NATURE DES SERVICES ASSURÉS	PARTICIPATION FINANCIÈRE DU BÉNÉFICIAIRE
ALBERTA	Personnes âgées de 65 ans et plus	<i>Alberta Health and Wellness Drug Benefit List</i>	30 % du coût d'une ordonnance jusqu'à un maximum de 25 \$. Aucun plafond annuel.
	<i>Non group coverage</i> ²⁵		Idem
	PAE		Aucune participation
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Tous les résidents sont couverts	Médicaments prescrits couverts	Franchise familiale de 800 \$ par année. Par la suite, contribution de 30 % ²⁶ . Remboursement à 100 % quand la contribution familiale atteint 2 000 \$ par année (6 666 \$ de médicaments).
	Personnes âgées de 65 ans et plus		100 % de l'honoraire (environ 6,50 \$). Maximum de 200 \$ par année. Remboursement à 100 % quand la contribution relative aux honoraires atteint 200 \$ par année.
	PAE		Aucune participation

²⁵ Cette assurance est disponible aux résidents (sans égard à l'état de santé) lorsqu'ils n'ont pas d'assurance privée. Une prime mensuelle est payée par le résident.

²⁶ Depuis le 1^{er} avril 1998, la franchise familiale annuelle est passée de 600 \$ à 800 \$.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Castonguay, C., *L'assurance médicaments – Des voies de solution*, MSSS, 1996, 198 p.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, 2000, 408 p.
- Demers, J. et al., *De l'assistance à l'assurance*, MSSS, 1994, 50 p.
- Direction de l'évaluation, *Recension des options en matière de financement, de partage et de contrôle des coûts, d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options*, MSSS, 1995, 144 p.
- Gagnon, R. et al., *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec – Analyse de la faisabilité*, MSSS, 1995, 156 p.
- Jacobzone, S., *Pharmaceutical policies in OECD countries : Reconciling social and industrial goal*, OCDE, Occasional Papers no.40, 2000, 98 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, 1999, 98 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*, 2000, 54 p.
- Mossialos, E. et J. Le Grand, *Health care and cost containment in the European Union*, 1999, 795p.
- Tamblyn, R. et R. Perreault, *Encouraging the wise use of prescription medication by older adults*, Canada health action. Ed. Multimondes: National forum on health, 1998, pp. 213-283.
- Tamblyn, R. et al., *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, MSSS, 1999.
- Thériault, L., *Revue des politiques de contrôle des coûts des programmes publics d'assurance médicaments*, 1997, 110 p.
- Wagstaff et al., *Equity in the finance of health care : some further international comparisons*, Journal of Health Economics, 18, 1999, pp. 263-290.