

**Une politique du médicament
doit être, exclusivement, une
politique de santé**

**Mémoire présenté à la Commission
des affaires sociales lors des
auditions publiques sur le projet de
politique du médicament**

Par la Centrale des syndicats du Québec

Mars 2005

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente toutes les catégories de personnel œuvrant dans les agences régionales et dans tous les types d'établissements du réseau. Ces membres sont regroupés au sein des trois fédérations présentant les orientations de ce mémoire.

La CSQ place au premier plan la promotion et le développement de services publics de qualité, notamment en santé et services sociaux et la construction d'une société plus juste et équitable. C'est donc avec une préoccupation certaine envers l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux que la CSQ prend part aux différents débats de société le mettant en jeu. La CSQ est également membre de la Coalition Solidarité Santé et a souscrit à son *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*.

Orientations : Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (FSPSSS-CSQ)
Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPSSS-CSQ)
Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII-CSQ)

Responsable politique : Louise Chabot, vice-présidente, CSQ

Rédaction : Hélène Le Brun, conseillère, CSQ

Secrétariat : Jocelyne Sylvestre

Révision : Micheline Jean

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente environ 170 000 membres.

La CSQ compte 13 fédérations qui regroupent environ 250 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (A.R.E.Q.).

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien) de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire et des communications.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 69 % de femmes et 25 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Sommaire du projet ministériel de politique du médicament

Le projet de politique s'articule autour de quatre axes : l'accessibilité aux médicaments, le prix juste et raisonnable, l'utilisation optimale des médicaments et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. Le projet comporte 34 propositions ministérielles. Quelques-unes réaffirment des positions actuelles dans certains dossiers et une majorité propose de nouveaux concepts ou de nouvelles règles.

Au chapitre de l'accessibilité, le projet de politique suggère diverses avenues pour améliorer la gestion de la Liste des médicaments du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) et celle des établissements. Au regard de l'accessibilité financière pour les assurés, il est proposé d'étendre la gratuité des médicaments aux personnes âgées qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu garanti (SRG). L'avenue d'étendre cette gratuité ou d'alléger les contributions aux autres clientèles à faible revenu serait envisagée plus tard si des économies sont réalisées grâce aux mesures d'utilisation optimale des médicaments et aux ententes de partenariat conclues avec l'industrie pharmaceutique.

Au regard du prix des médicaments, le projet de politique propose de mettre fin à la politique de non-augmentation du prix des médicaments. Le projet compte sur des ententes négociées entre le gouvernement et les fabricants pour minimiser l'impact financier sur le RGAM. Le projet propose par contre, d'établir un prix plafond pour les médicaments génériques.

Pour atteindre les objectifs d'une utilisation optimale des médicaments, le projet de politique renforce le rôle du Conseil du médicament et de sa Table de concertation. Le projet de politique recommande la mise sur pied de projets pilotes pour l'implantation de mesures comme la transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription et la révision de la médication de même que la mise en place de leviers d'information à l'intention de la population. De nouvelles règles d'encadrement des pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique sont mises de l'avant.

Enfin, le projet de politique consacre un chapitre à des politiques visant à assurer le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. La règle de 15 ans permettant d'allonger la période de remboursement du médicament breveté au prix initial de son inscription sur la Liste des médicaments, la conclusion de diverses ententes de partenariat et la mise en place d'un forum permanent d'échanges entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique dans le but de maintenir l'équilibre entre les politiques de santé et le développement économique sont les propositions mises de l'avant dans ce chapitre.

Table des matières

Commentaires généraux et présentation du mémoire.....	9
L'accessibilité financière à la thérapie médicamenteuse	10
Le contrôle des coûts passe par le contrôle de l'industrie pharmaceutique.....	12
L'encadrement des pratiques de l'industrie pharmaceutique.....	15
L'utilisation optimale des médicaments	16
Un régime public universel d'assurance médicaments.....	19
Conclusion : le médicament et la santé des Québécois passent avant les profits de l'industrie pharmaceutique	21
Liste des recommandations de la CSQ	24

Commentaires généraux et présentation du mémoire

La CSQ, à l'instar d'autres groupes sociaux, réclame depuis 1996, date de création du Régime général d'assurance médicaments (RGAM), une politique ministérielle du médicament qui soit une véritable politique de santé. Il est reconnu que l'accès aux médicaments et leur utilisation optimale doivent faire partie intégrante du système de santé puisque leur apport est nécessaire à la protection et à l'amélioration de la santé des personnes. Les personnes malades ou vulnérables à une maladie n'ont généralement pas le choix d'acheter ou non un médicament qui leur est prescrit. Le médicament n'est donc pas un produit de consommation comme les autres.

Le régime public a vu le jour au Québec parce que cette vision de la nécessité d'accès aux médicaments faisait consensus socialement. Dans cette même vision, un régime public d'assurance médicaments garantit cet accès à un service de santé essentiel. L'État n'est donc pas un « assureur » comme les autres. Le régime public existe pour respecter le droit à la possession du meilleur état de santé possible pour toutes les personnes.

Dans la même optique, un régime public requiert une politique publique du médicament qui enchâsse les valeurs, les principes et les conditions d'application garantissant l'universalité, l'accessibilité et l'équité dans le recours à la thérapie médicamenteuse.

Une politique du médicament doit donc être, exclusivement, une politique de santé.

Or, le projet qui nous est présenté s'avère une petite politique de santé et une grosse politique de développement économique de l'industrie des médicaments.

De l'avis de la CSQ, une véritable politique publique de santé en matière de médicaments doit comprendre les assises d'une accessibilité universelle aux médicaments, laquelle prévoit nécessairement des mesures de contrôle des coûts, les règles d'encadrement de l'industrie pharmaceutique et de la recherche de même que les conditions d'une utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse.

C'est suivant cette grille que la CSQ développera dans le présent mémoire son analyse critique du projet de politique du médicament et ses recommandations pour l'orienter sur la voie d'une véritable politique de santé.

L'accessibilité financière à la thérapie médicamenteuse

Il est convenu au Québec que la possession du meilleur état de santé possible, tel qu'il est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est un droit et que toute personne doit avoir accès aux services de santé et aux services sociaux sans discrimination aucune ni au regard de son revenu, particulièrement. Il ne fait pas de doute que la thérapie médicamenteuse fait partie intégrante du système de soins et de services et que son apport, grâce aux progrès de la recherche, ne pourra que s'accroître. L'accessibilité à la thérapie médicamenteuse est et sera donc au cœur de la prévention des maladies et de leur traitement.

À cet égard, nous pensons que les principes gouvernementaux et ceux de la CSQ sont communs.

Pour la CSQ, toutefois, l'accessibilité aux médicaments sera atteinte lorsque tous les Québécois et les Québécoises pourront se procurer les médicaments prescrits quel que soit leur revenu.

C'est loin d'être le cas à ce jour.

Le rapport Tamblyn¹, commandé par Québec et publié en 1999, présentait des résultats solidement documentés à cet égard. Des événements indésirables reliés directement à une incapacité financière d'observer une ordonnance médicale (hospitalisation, institutionnalisation, décès), des visites « évitables » aux urgences et aux cliniques sont le lot de milliers de Québécois, surtout les personnes âgées et celles bénéficiant de l'assistance sociale, qui n'ont pas les moyens de se payer les médicaments nécessaires à leur bon état de santé.

Plusieurs témoignages mis en lumière par des organismes communautaires œuvrant auprès de populations pauvres ont révélé que des personnes utilisent des stratégies nuisibles à leur santé afin d'observer leur ordonnance de médicaments. Elles coupent les doses en deux, les partagent, les prennent un jour sur deux, coupent dans d'autres besoins essentiels comme la nourriture ou abandonnent carrément la prise des médicaments.

Ces difficultés ne sont même pas l'apanage des seules personnes qui bénéficient d'une forme d'assistance de la part de l'État. Des travailleuses et des travailleurs dont le salaire est en deçà du seuil de faible revenu, ou légèrement au-dessus, éprouvent également des difficultés à assumer financièrement le coût des médicaments. Pour ces personnes qui, avant 1996, n'avaient aucune couverture d'assurance pour les

¹ Robyn Tamblyn et collab., *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments*, Résumé, Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Montréal, mars 1999.

médicaments, le régime public devait représenter un pas en avant. Mais l'augmentation des primes leur apporte des contraintes financières trop importantes.

Une enquête récente (2004) de la Coalition Solidarité Santé² auprès d'une centaine de personnes provenant de différentes régions du Québec a révélé que pour le tiers des répondants ayant cessé de prendre certains médicaments prescrits au cours de l'année précédente, le manque d'argent expliquait l'abandon. Pour 70 % des répondants, une prescription plus coûteuse les conduit à ne pas l'observer. Malgré l'assurance, soixante pour cent des répondants jugent que leur revenu est insuffisant pour payer tous les médicaments qui leur sont prescrits. Privation, dépannage alimentaire et endettement sont les stratégies utilisées par 4 personnes sur 10.

Or, les primes de cotisation au régime public ont connu une augmentation de l'ordre de 182 % depuis dix ans. Certaines personnes âgées ont vu leurs contributions annuelles maximales passer de 100 \$ en 1996 à 1 351 \$ en 2004. Les dépenses en médicaments augmentent en moyenne de 15 % au Québec et les primes de cotisation au régime public sont, en conséquence, indexées annuellement.

Où s'en va l'accessibilité universelle aux médicaments ?

Pour la CSQ, trois conditions sont incontournables pour assurer cette accessibilité universelle.

D'abord, des mesures rigoureuses de contrôle des coûts assorties d'un encadrement de l'industrie pharmaceutique, une utilisation optimale du médicament et, idéalement, un régime universel public d'assurance médicaments. Pour l'heure, le premier pas est d'établir la gratuité pour l'ensemble des personnes dont le revenu se situe en deçà du seuil de faible revenu. Les données probantes sur les effets néfastes de ne pas le faire sont trop concluantes pour que l'État choisisse de ne pas assumer cette responsabilité.

Vous comprendrez que la proposition gouvernementale (11) de rétablir cette gratuité uniquement pour les personnes âgées recevant la prestation maximale du revenu garanti est nettement insuffisante. Les promesses de faire plus, ultérieurement, si des économies au régime sont réalisées sont pour le moins trop étapistes voire des mirages dans le désert.

La CSQ recommande de :

R. 1 Rétablir, dès maintenant, la gratuité pour l'ensemble des personnes vivant sous le seuil de faible revenu.

² Coalition Solidarité Santé, *Résultats de l'enquête sur l'assurance médicaments 2004*, 2004, Montréal, 15 p.

Le contrôle des coûts passe par le contrôle de l'industrie pharmaceutique

Le gouvernement plaide qu'il n'a pas les moyens d'établir cette gratuité. Le document de consultation fait la démonstration éloquent que la croissance des dépenses en matière de médicaments est débridée.

Et que propose le projet de politique ministériel ?

On ose suggérer de mettre fin à la politique de non-augmentation du prix des médicaments (proposition 12) tout en maintenant la règle de 15 ans (proposition 31) favorisant l'industrie du médicament breveté en écartant, également, le scénario d'établir un système de prix de référence. Un buffet à volonté pour l'industrie du médicament d'origine ! C'est inacceptable.

En effet, le gouvernement du Québec attribue souvent au vieillissement de la population l'augmentation future des besoins de financement. Il y impute même une bonne part de la mise en péril de la pérennité du système public de santé et de services sociaux. Or, bien plus que le vieillissement de la population, c'est la hausse vertigineuse des dépenses de médicaments qui met en danger la santé budgétaire des fonds publics en matière de santé. En conséquence, c'est le poste des dépenses de médicaments qui a connu la plus forte augmentation au Québec. Et le projet de politique renforce ce fait que le programme médicament est devenu quasi « intouchable » de la part du gouvernement québécois.

De l'avis de la CSQ, il est beaucoup plus impératif de s'attaquer au contrôle des coûts des médicaments qu'à celui du vieillissement.

La CSQ recommande de :

R. 2 Maintenir la politique de non-augmentation du prix des médicaments, mettre fin à la règle de 15 ans et instaurer un système de prix de référence.

Des politiques rigoureuses de contrôle des coûts sont justement l'établissement d'un prix plafond, d'un prix de référence, de règles d'achat au plus bas prix et d'utilisation accrue de médicaments génériques en fonction du rapport à la qualité. Et le gouvernement fait le contraire.

La CSQ recommande de :

R. 3 Instaurer des règles d'achat au plus bas prix et des règles d'utilisation accrue de médicaments génériques en fonction du rapport à la qualité de même que des mesures de plafonnement des prix.

Québec accepte bien de contrôler l'industrie du médicament générique. Bien sûr, il doit agir en ce sens pour en réglementer les prix (proposition 14), mais refuse d'appliquer des règles à sa florissante industrie du médicament innovateur. Au contraire, le gouvernement lui accorde deux chapitres de bénéfices pour sa prospérité économique dans une politique du médicament qui devrait en être une, exclusivement, de santé. Le document ministériel enrobe cet état de fait dans la possibilité de conclure des ententes conduisant à des mesures compensatoires pour le gouvernement (proposition 13), comme si l'industrie accepterait volontairement de retourner un important pourcentage de ses profits à l'État. De deux choses l'une, ou la naïveté était au rendez-vous lors de la rédaction de ce chapitre du projet de politique ou la croyance en la naïveté de la population s'y trouvait. Dans les deux cas, cela fait montre d'un manque de conscience et de responsabilité étatique flagrant.

Dans ce même esprit, le gouvernement avance même une proposition, dans le dernier volet de son projet de politique, de mettre en place un « forum permanent d'échanges pour le maintien de l'équilibre entre les politiques de santé et de développement économique », forum où ne siègeraient, en compagnie des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, que des représentants de l'industrie. Le document ministériel assimile de lui-même d'ailleurs ce forum à ceux existant déjà avec « l'industrie pétrochimique et l'industrie métallurgique ». Cela ne révèle-t-il pas le type de respect qu'accorde le ministre envers le médicament ? N'est-ce pas qu'il le considère comme un simple produit de consommation à haut rendement de profits ? Cette recommandation 34, la dernière du projet de politique révèle bien sa nature profonde : une politique de développement économique dans un champ de politique publique de santé.

Vous ne serez pas surpris que la vision de la CSQ soit tout autre.

Le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres. Il est un service de santé. En cela, il ne devrait même pas être un service à but lucratif. Or, il l'est et il est même très profitable.

Une recherche de la Chaire d'études socioéconomiques de l'UQAM réalisée en 2002³, bien sûr dénigrée par nos gouvernements élus plus sensibles aux lobbies industriels, a

³ M. Hasbani, L. P. Lauzon, *Analyse socioéconomique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période de 1991-2000*, Chaire d'études socioéconomiques de l'UQAM, Montréal, avril 2002.

démontré que le taux de rendement, après impôts, des six grandes compagnies pharmaceutiques était de 40,9 %. En comparaison, les bénéfices des banques sur les cartes de crédit ne s'élevaient qu'à 10,7 %. C'est à une mesure de plafonnement des profits que les citoyens québécois seraient en droit de s'attendre. Mais le gouvernement veut soutenir encore davantage la prospérité de l'industrie au détriment de l'accessibilité de la population à ce service essentiel de traitement. Et si l'on parlait plutôt d'éthique sociale dans un forum citoyen d'échanges avec l'industrie pharmaceutique ?

Dans son mémoire sur le projet de loi n° 98, qui, en 2002, a modifié la Loi sur l'assurance médicaments, la CSQ a mis de l'avant une avenue de « partenariat » plus éthique avec l'industrie pharmaceutique⁴. La Centrale la reprend ici.

Les données du ministère démontrent que la mission dite d'assistance à l'intérieur du régime public occupe plus de la moitié des dépenses de l'État en vertu du Régime général d'assurance médicaments. Or, malgré le fait que l'État subventionne généreusement l'industrie pharmaceutique d'une part, il paie d'autre part, le « gros » prix pour les médicaments acquis en milieu communautaire en assumant sa responsabilité d'assistance. Il a, par ses politiques de virage ambulatoire, lui-même accentué cet état de faire puisque la consommation d'une bonne proportion de médicaments autrefois effectuée en milieu hospitalier se fait maintenant à domicile. N'est-ce pas là un prix public injuste et inéquitable exigé de l'État par l'industrie pharmaceutique ?

Les achats regroupés en milieu institutionnel permettent à l'État de payer un taux très avantageux (parfois de l'ordre de 10 % du prix de vente régulier) alors qu'à l'intérieur du RGAM, le même État paie le plein prix de vente des médicaments pour les personnes dont il assume l'assistance. Ce serait, ici, une réelle mesure compensatoire si l'État pouvait conclure des ententes avec les compagnies pharmaceutiques lui permettant de payer un juste prix public pour les médicaments qu'il rembourse par son programme d'assistance. Bien sûr, ce juste prix public ne pourrait pas être aussi bas qu'en milieu institutionnel puisqu'il devrait tenir compte des bénéfices raisonnables à être accordés aux distributeurs et des honoraires légitimes des pharmaciens communautaires.

Mais entre 10 % et 100 %, il y a une large marge de négociation et d'énormes économies potentielles.

La CSQ recommande donc qu'une étude sérieuse de cette avenue soit effectuée par le gouvernement.

⁴ Centrale des syndicats du Québec, *L'assurance médicaments : un pouvoir public ou un pouvoir pharmaceutique marchand ?*, Avis sur le projet de loi n° 98 intitulé Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments présenté à la Commission des affaires sociales, Montréal : CSQ, 28 mai 2002, p. 8, (D11183).

La CSQ recommande de :

R. 4 Commander, par le gouvernement, une étude impartiale sur la faisabilité de négocier et de conclure des ententes avec les fabricants qui conduisent à l'établissement d'un « prix public » juste et équitable pour les remboursements du prix des médicaments pris en charge par l'État en vertu de sa mission d'assistance à l'intérieur du Régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Cela permettrait sans doute aussi d'atteindre deux des objectifs que devait viser le RGAM, soit celui de diminuer l'écart qui existait entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires en matière de couverture de médicaments et, par le fait même, celui de soutenir le virage ambulatoire, comme le rappelait le rapport Montmarquette en 2001⁵.

Objectifs qui, jusqu'à maintenant, sont loin d'être réalisés. D'autant plus que le présent projet de politique du médicament vient renforcer la désassurance des médicaments pour les soins ambulatoires. En effet, cette proposition n° 7 ne vient en rien régler la situation financière des usagers qui doivent dorénavant payer pour des médicaments qu'ils recevaient auparavant en milieu hospitalier par la voie de l'assurance hospitalisation. Pourtant, un sain virage ambulatoire ne devrait-il pas prendre en charge les traitements, incluant les médicaments nécessaires, devant être reçus pour un épisode de soins, de l'admission d'un patient à son rétablissement ? Ce serait là une bien meilleure façon d'assurer un accès équitable aux médicaments pour les clientèles ambulatoires.

La CSQ recommande de :

R. 5 Faire assumer par le régime d'assurance hospitalisation, les traitements médicamenteux requis pour un épisode de soins, de l'admission du patient dans le réseau à son rétablissement quel que soit le lieu.

L'encadrement des pratiques de l'industrie pharmaceutique

Pour une fois, le gouvernement du Québec ne fait pas l'autruche au regard des pratiques commerciales contestables de l'industrie pharmaceutique et constate qu'elles existent. Leurs stratégies de promotion auprès des professionnels de la santé, les séminaires de formation continue, la distribution d'échantillons, les offres de rabais de volume, les cadeaux et autres activités sociales exigent un investissement important de leur part. Celui-ci contribue à l'augmentation des prix, et cela, bien plus que les activités de recherche et développement qui, soi-disant, expliquent le prix des médicaments

⁵ Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec, *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*, Rapport, Québec, décembre 2001, p. 5.

d'origine. La recherche précitée de la Chaire d'études socioéconomiques de l'UQAM a estimé les frais de marketing et d'administration à une hauteur trois fois plus élevée que ceux reliés à la recherche et au développement.

Ces pratiques commerciales occasionnent donc un impact très important chez le citoyen. À titre de consommateur d'abord puisqu'une bonne partie des coûts de plus en plus élevés qu'il doit payer pour se procurer des médicaments prescrits sont imputables à ces pratiques. À titre de bénéficiaire de soins de santé ensuite puisque les médecins prescripteurs sont très vulnérables à ces campagnes de « formation » commanditées vantant les mérites soi-disant thérapeutiques des nouveaux produits. Les mêmes chercheurs de l'UQAM ont témoigné qu'un simple inventaire des médicaments prescrits dans un quartier leur avait fait découvrir qu'à la suite du passage d'un démarcheur à la solde d'une compagnie ayant fait la promotion d'un médicament spécifique auprès des médecins de cabinets privés de ce quartier, les prescriptions de ce médicament recueillies par les pharmacies communautaires de ce même quartier avaient grimpé en flèche au cours de la même semaine.

Une réglementation stricte visant à encadrer les pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique s'avère absolument nécessaire. Le gouvernement du Québec semble vouloir aller de l'avant à cet égard avec les propositions 26 à 30. La CSQ l'encourage à ne pas céder.

À l'inverse, par contre, le ministre déleste trop de responsabilités à l'industrie lorsqu'il entend, par sa proposition 32, conclure des ententes générales de partenariat avec les associations de fabricants de médicaments afin de réaliser des actions d'études, de formation des professionnels et de sensibilisation auprès de la population. De telles actions sont étroitement liées à la santé publique et doivent demeurer sous la pleine responsabilité publique. Pour la CSQ, il n'y a pas de place pour les partenariats public-privé sur ces questions. Quant aux ententes spécifiques de partenariat, la Loi sur les services de santé et les services sociaux les permet déjà et les encadre. Il n'y a aucune raison pour qu'une politique du médicament vienne en élargir la portée, surtout dans une optique de soutien au dynamisme de l'industrie.

L'utilisation optimale des médicaments

Après les jugements très sévères formulés par la CSQ au regard des chapitres de l'accessibilité, de l'établissement des prix et de l'inacceptable chapitre sur le maintien d'une industrie pharmaceutique novatrice dynamique, ce chapitre du projet de politique relatif à l'utilisation optimale des médicaments obtiendra davantage notre indulgence.

De l'avis de la CSQ, les mesures les plus prometteuses, en vertu d'une véritable politique publique de santé sur le médicament, y sont incluses.

Confirmer le mandat du Conseil du médicament au regard de la détermination des critères d'utilisation optimale (proposition 17) est une bonne chose. Il est intéressant aussi d'envisager un renforcement du mandat de la Table de concertation relevant du

Conseil afin qu'elle puisse exercer un leadership professionnel sur cette question (proposition 18). Cependant, comme l'utilisation optimale du médicament concerne aussi la population en général, la composition de la Table devrait être élargie pour y accueillir des représentants d'associations de consommateurs et d'aînés.

La CSQ recommande de :

R. 6 Élargir la composition de la Table de concertation du Conseil du médicament pour y inclure des représentants d'associations de consommateurs et d'associations d'aînés.

Mais pour la CSQ, c'est surtout l'adoption de mesures comme la transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription, la révision de la médication et une formation continue objective et impartiale, donc non commerciale, qui est efficace. Le projet de politique les envisage toutes, mais pas de façon assez poussée ni proactive.

La CSQ invite le ministère à procéder, dès maintenant, à l'élaboration de cadres de référence et de protocoles de pratiques permettant l'application des mesures présentées à la proposition 19, soit la transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription et la révision de la médication.

La CSQ recommande de :

R. 7 Procéder, dès maintenant, à l'élaboration de cadres de référence et de protocoles de pratiques pour la mise en œuvre des mesures concernant la transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription et la révision de la médication.

Quant à la formation continue objective et impartiale de l'ensemble des professionnels de la santé concernés, elle est urgente puisqu'elle est au cœur de l'utilisation optimale des médicaments. Elle est aussi, en partie, au cœur du contrôle des coûts puisque son asservissement presque total aux pratiques commerciales de l'industrie contribue à l'inflation.

Alors, le fait que l'industrie y contribue financièrement (proposition 24) conjointement avec l'État est un juste retour des choses. Ce serait là, encore une fois, une mesure compensatoire concrète et constructive à condition cependant que l'industrie se distancie du contenu. Il ne faut surtout pas, par cette voie, inféoder davantage le gouvernement aux intérêts de l'industrie pour en faire un agent promoteur.

L'information sur les médicaments destinée à la population et les campagnes de sensibilisation favorisant une utilisation optimale du médicament sont des avenues à maintenir (proposition 22). Bien sûr, un citoyen bien informé a une bien meilleure

maîtrise sur les décisions qu'il doit prendre en matière de consommation de médicaments et pourra participer plus activement aux choix nécessaires dans sa propre thérapie médicamenteuse.

Par contre, la proposition 21 qui vise à améliorer la circulation de l'information clinique entre les professionnels de la santé et à faciliter la mise en place d'outils informatisés pour les cliniciens doit être mieux encadrée. La circulation de l'information clinique doit se faire dans le respect des règles de consentement de l'utilisateur et des règles de confidentialité prévalant à la conservation et à la sécurité des renseignements. Ce n'est pas le cas dans les modifications législatives proposées par le projet de loi 83 visant à modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Alors, comme le signale le document de consultation du projet de politique du médicament, si l'informatisation du réseau ne fait pas partie de l'objet de la politique, la CSQ demande au ministre de retirer cette proposition 21.

La CSQ recommande de :

R. 8 Retirer la proposition ministérielle 21 du projet de politique considérant que la question de l'informatisation du réseau ne fait pas partie de l'objet de la politique.

En définitive, ce chapitre du projet de politique du médicament sur une utilisation optimale constitue la meilleure base de départ. Si bien que, pour une fois, la CSQ aurait une nette préférence pour une approche étagée de la part du gouvernement libéral. Devant la légèreté du chapitre sur l'accessibilité et l'« inacceptabilité » des chapitres sur l'établissement du juste prix et sur le soutien à l'industrie pharmaceutique brevetée, la CSQ invite le gouvernement à considérer ce chapitre de l'utilisation optimale des médicaments comme une première pièce à verser à une politique du médicament en voie d'élaboration. En effet, ce premier jalon est le seul qui peut être qualifié de politique publique de santé sur le médicament.

La CSQ recommande de :

R. 9 Retirer le chapitre IV du projet de politique du médicament et toutes les propositions ministérielles (31 à 34) s'y rapportant.

Un régime public universel d'assurance médicaments

Le projet de politique du médicament écarte d'emblée, comme l'avait fait cavalièrement avant lui le Comité Montmarquette, le simple examen de la pertinence d'un régime public universel d'assurance médicaments.

Pourtant, le Comité Montmarquette avait été spécifiquement mandaté par la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux d'alors, M^{me} Pauline Marois, pour étudier cette question précise. Il a préféré, de sa propre initiative, élargir son mandat. Il en a résulté que sur un rapport de 67 pages, le Comité n'a consacré que quatre pages à répondre au mandat de la ministre. De plus, ces pages s'avèrent bien davantage une synthèse d'opinions menant à la conclusion que bien que « la création d'un tel régime soit du domaine du possible, le Comité conclut qu'une telle avenue ne serait pas souhaitable⁶ ».

Sur quelle base ? Sur la base que « la contribution de l'employeur, dans les régimes privés, libère des ressources publiques », comme si celle-ci ne pouvait pas être tout de même exigée à l'intérieur d'un régime universel. Sur la base aussi que « 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) », remarque pour le moins irrespectueuse à l'égard d'une politique publique d'assistance favorisant la santé et qui confirme la perception que pour le « marché », le médicament est un produit de consommation comme les autres et que l'État se devrait d'être un assureur comme les autres. Trois autres raisons, tout aussi favorables au secteur privé, motivent le Comité.

Contrairement aux autres mandats qu'il s'est lui-même appropriés, le Comité n'appuie ses opinions sur aucune étude, ou donnée probante, mais que sur des réflexions. En pratique, nous sommes en présence d'un rapport qui a raffiné l'art de noyer le poisson.

Donc, à ce jour, aucune étude sérieuse n'a été menée sur la faisabilité et la pertinence de mettre en place un régime universel public d'assurance médicaments. Les preuves pour soutenir les affirmations de l'industrie de l'assurance de personnes qui n'assure pas que les médicaments, faut-il le rappeler, selon lesquelles l'instauration d'un tel régime aurait un effet catastrophique tant sur les finances publiques que sur la viabilité des compagnies d'assurances québécoises restent à démontrer.

La CSQ, pour sa part, est toujours convaincue qu'un régime universel entièrement public comporte de nombreux avantages. Un régime entièrement public est le mieux en mesure de répondre aux objectifs d'accessibilité pour tous les citoyens à la thérapie médicamenteuse. Seul le régime public peut concevoir le médicament comme un service de santé plutôt que comme un produit de consommation. Un contrôle entièrement public d'une politique de santé au regard du médicament permet plus

⁶ Ibid., p. 39 à 42.

efficacement une réglementation des coûts et des pratiques commerciales de même qu'une utilisation optimale. Ces derniers éléments doivent, par contre, s'appuyer sur une véritable politique publique du médicament qui en constituerait un cadre de référence.

Bien sûr, ces considérations relèvent aussi de « l'opinion ». Mais à ce jour, l'opinion de la CSQ et des groupes sociaux sur la question vaut bien celle de M. Claude Montmarquette puisque la faisabilité et la pertinence d'un tel régime public universel d'assurance médicaments ni leur contraire n'ont pas encore été démontrées.

C'est pourquoi la CSQ réitère, encore une fois, sa demande selon laquelle le gouvernement commande, dans les plus brefs délais, une étude impartiale fondée sur des données probantes sur la faisabilité, la pertinence et les conditions de réussite à la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec.

La CSQ recommande de :

R. 10 Commander, dans les plus brefs délais, par le gouvernement, une étude impartiale fondée sur des données probantes, sur la faisabilité, la pertinence et les conditions de réussite à la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec.

Conclusion : le médicament et la santé des Québécois passent avant les profits de l'industrie pharmaceutique

Il fait consensus au Québec que le médicament doit être conçu comme un service de santé faisant partie intégrante du système de soins et de traitements. En cela, il est incontournable que toute personne puisse accéder à la thérapie médicamenteuse sans égard à son revenu. L'État a donc la responsabilité de porter assistance financièrement aux personnes dont le revenu ne leur permet pas de payer les médicaments prescrits nécessaires au maintien ou au rétablissement de leur santé. Un premier pas acceptable pour la CSQ est donc de rétablir la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes se situant en deçà du seuil de faible revenu.

Le maintien de l'accessibilité à la thérapie médicamenteuse exige des mesures gouvernementales rigoureuses de contrôle des coûts. La CSQ ne peut alors concevoir que dans un contexte où cette croissance des coûts est débridée et ne cesse de s'accroître le gouvernement ose proposer de mettre fin à la politique de non-augmentation du prix des médicaments de même que de maintenir la règle de 15 ans qui garantit aux fabricants de médicaments brevetés une période prolongée de remboursement au plein prix initial. Ces mesures sont tout à fait contraires à une saine gestion de contrôle des coûts. La CSQ s'élève contre ces propositions du projet de politique du médicament. Dans la même foulée, la CSQ recommande plutôt l'adoption d'un système de prix de référence, de règles d'achat au plus bas prix et de règles d'utilisation accrue de médicaments génériques en fonction du rapport à la qualité de même que l'adoption de mesures de plafonnement des prix.

Au regard des ententes de partenariat envisagées par le projet de politique pour amener l'industrie à des mesures compensatoires en faveur de l'État, la CSQ invite le gouvernement du Québec à soumettre à l'industrie des ententes plus concrètes et plus éthiques socialement. Permettre à l'État de payer un « prix public » plus juste et équitable pour le remboursement des médicaments qu'il prend en charge en vertu de sa mission d'assistance à l'intérieur du Régime général d'assurance médicaments serait, de l'avis de la CSQ, un juste retour d'ascenseur pour les généreuses subventions que l'État verse à l'industrie.

Par ailleurs, il y aurait une bien meilleure façon d'assurer un accès équitable aux médicaments pour les clientèles ambulatoires. Ce serait que le régime d'assurance hospitalisation assume les traitements médicamenteux requis pour un épisode de soins, de l'admission d'un patient dans le réseau à son rétablissement quel qu'en soit le lieu.

Le chapitre du projet de politique portant sur l'utilisation optimale des médicaments est celui, de l'avis de la CSQ, qui comprend les mesures les plus prometteuses. La transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription, la révision de la médication constituent des pratiques largement documentées et éprouvées comme étant pertinentes et efficaces. Pourquoi donc procéder par de simples projets pilotes ? La CSQ recommande au gouvernement d'élaborer, dès maintenant, des cadres de référence et des protocoles de pratiques pour la mise en œuvre de ces mesures.

La CSQ souligne aussi la pertinence de s'assurer d'une formation continue objective et impartiale de tous les professionnels de la santé concernés par l'utilisation des médicaments. De même, des citoyens bien informés ont une bien meilleure maîtrise sur les décisions qu'ils doivent prendre en matière de consommation de médicaments et pourront participer plus activement aux choix nécessaires dans leur propre thérapie médicamenteuse. Toute forme d'information pertinente sur les médicaments et sur leur utilisation optimale est donc bienvenue.

Par contre, la question de l'informatisation du réseau, comme l'affirme lui-même le ministre d'ailleurs, n'a pas sa place à l'intérieur d'une politique du médicament. Pour la CSQ, toute circulation de renseignements cliniques au sujet d'un patient doit respecter les principes de consentement, de confidentialité et de conservation sécuritaire. Ce n'est pas le cas dans les modifications législatives actuellement envisagées par le projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le ministre doit donc retirer de son projet de politique les propositions relatives à ces questions.

De façon majeure, toutefois, la CSQ s'élève fortement contre la présence du chapitre IV portant sur le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. Que fait un tel volet dans une politique de santé ? Poser la question, c'est y répondre. De toute évidence, les lobbies pharmaceutiques ont été pesants.

De plus, de l'avis de la CSQ, il n'y a pas de place pour les partenariats public-privé sur des questions qui relèvent de la santé publique comme les études, la formation professionnelle ou la sensibilisation auprès de la population.

Le contenu de ce chapitre pousse même l'odieux jusqu'à proposer la mise en place d'un forum permanent d'échanges entre le gouvernement et l'industrie suivant le même mode prévalant dans l'industrie pétrochimique et métallurgique. Ce forum serait mandaté pour maintenir l'équilibre entre les politiques de santé et le développement économique !

La CSQ ne peut que le clamer haut et fort : une politique du médicament doit être, exclusivement, une politique de santé, Monsieur le Ministre. Elle doit comprendre la gratuité des médicaments pour toutes les personnes à faible revenu ; une série de mesures concrètes pour contrôler les coûts ; des moyens pour assurer des pratiques médicales de prescription et d'utilisation saines et des mesures rigoureuses d'encadrement des pratiques pharmaceutiques.

Finalement, la CSQ demeure toujours convaincue qu'avec l'adoption d'une politique du médicament qui soit une véritable politique de santé, l'instauration d'un régime universel entièrement public d'assurance médicaments serait la voie la plus sûre pour garantir l'accessibilité à la thérapie médicamenteuse, son utilisation optimale, le contrôle des coûts et la pérennité du régime. C'est pourquoi la CSQ réitère sa demande que le gouvernement commande une étude sérieuse et impartiale, cette fois fondée sur des

données probantes, au regard de la faisabilité, de la pertinence et des conditions de réussite pour la mise en place d'un tel régime universel public.

Si le médicament fait partie intégrante d'un système de soins de santé, si la possession du meilleur état de santé possible est un droit pour les citoyens, l'accessibilité aux médicaments est une responsabilité de l'État. Quand il est question de médicaments, la santé des Québécois passe avant le profit de l'industrie. Une politique du médicament se doit d'être, exclusivement, une politique de santé.

Liste des recommandations de la CSQ

La CSQ recommande de :

- R. 1 Rétablir, dès maintenant, la gratuité pour l'ensemble des personnes vivant sous le seuil de faible revenu.
- R. 2 Maintenir la politique de non-augmentation du prix des médicaments, mettre fin à la règle de 15 ans et instaurer un système de prix de référence.
- R. 3 Instaurer des règles d'achat au plus bas prix et des règles d'utilisation accrue de médicaments génériques en fonction du rapport à la qualité de même que des mesures de plafonnement des prix.
- R. 4 Commander, par le gouvernement, une étude impartiale sur la faisabilité de négocier et de conclure des ententes avec les fabricants qui conduisent à l'établissement d'un « prix public » juste et équitable pour les remboursements du prix des médicaments pris en charge par l'État en vertu de sa mission d'assistance à l'intérieur du Régime général d'assurance médicaments (RGAM).
- R. 5 Faire assumer par le régime d'assurance hospitalisation, les traitements médicamenteux requis pour un épisode de soins, de l'admission du patient dans le réseau à son rétablissement quel qu'en soit le lieu.
- R. 6 Élargir la composition de la Table de concertation du Conseil du médicament pour y inclure des représentants d'associations de consommateurs et d'associations d'aînés.
- R. 7 Procéder, dès maintenant, à l'élaboration de cadres de référence et de protocoles de pratiques pour la mise en œuvre des mesures concernant la transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription et la révision de la médication.
- R. 8 Retirer la proposition ministérielle 21 du projet de politique considérant que la question de l'informatisation du réseau ne fait pas partie de l'objet de la politique.
- R. 9 Retirer le chapitre IV du projet de politique du médicament et toutes les propositions ministérielles (31 à 34) s'y rapportant.
- R. 10 Commander, dans les plus brefs délais, par le gouvernement, une étude impartiale fondée sur des données probantes, sur la faisabilité, la pertinence et les conditions de réussite à la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec.



CSQ

Communications

D11504

Mars 2005