

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
LA COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES SUR
LE RAPPORT
D'ÉVALUATION DU
RÉGIME GÉNÉRAL
D'ASSURANCE-
MÉDICAMENTS

FÉVRIER 2000

Le présent avis a été adopté par les membres du Conseil du statut de la femme lors de l'assemblée du 21 février 2000.

Les membres du Conseil étaient alors Diane Lavallée, présidente, Bibiane Courtois, Ghyslaine Fleury, Christine Fréchette, Danielle Labrie, Régine Laurent, Chantal Maillé, Jacqueline Nadeau-Martin, Micheline Paradis, Carolyn Sharp et Marielle Tremblay.

La traduction et la reproduction totale ou partielle de la présente publication sont autorisées, à la condition d'en mentionner la source.

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

Recherche et rédaction
Francine Lepage
Ginette Plamondon

Collaboration à la recherche
Marie Moisan

Soutien technique
Francine Bérubé

Conseil du statut de la femme
Service des communications
8, rue Cook, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5J7

Téléphone : (418) 643-4326
Téléphone : 1 800 463-2851
Télécopieur : (418) 643-8926
Internet : <http://www.csf.gouv.qc.ca>
Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca

2^e édition
Dépôt légal — 2000
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-550-35667-5

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER — LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT	9
1.1 Résumé des pistes de révision relatives à la maîtrise de la croissance des coûts	9
1.1.1 Les mesures à court terme	9
1.1.2 Les mesures à long terme	10
1.2 Analyse des pistes de révision relatives à la croissance des coûts	10
CHAPITRE II — ÉVALUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS	15
2.1 Éléments d'analyse du régime général d'assurance-médicaments	15
2.1.1 Les objectifs du régime	15
2.1.2 Les principales caractéristiques du régime	16
2.1.3 Les critères d'évaluation du régime	19
2.2 Évaluation du régime général d'assurance-médicaments	20
2.2.1 Les prestataires d'assistance-emploi n'ayant pas de contraintes sévères à L'emploi	21
2.2.2 Les personnes de 65 ans et plus	23
2.2.3 Les adhérentes et les adhérents au régime public d'assurance-médicaments	25
2.2.4 Les assurés des régimes collectifs privés	27
CHAPITRE III — ÉVALUATION DES PISTES DE RÉVISION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS	29
3.1 Pistes les plus intéressantes	29
3.1.1 Le scénario 7 : régime universel public	29
3.1.2 Le scénario 4 : financement du Fonds de l'assurance-médicaments par une prime uniforme et par une compensation pour les personnes à faible revenu	30

3.2 Considérations sur certaines modifications suggérées	31
3.3 Pistes à rejeter	31
CONCLUSION	35
LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME	37
BIBLIOGRAPHIE	39

INTRODUCTION

La Loi sur l'assurance-médicaments, adoptée en juin 1996, précisait que la ministre de la Santé et des Services sociaux devait procéder à l'évaluation de la mise en œuvre et du fonctionnement de ce régime au plus tard en janvier 2000. Le Conseil du statut de la femme se réjouit de la tenue d'une Commission parlementaire sur ce sujet et souhaite profiter de ce moment de réflexion pour faire connaître sa position quant aux modifications qui devraient être apportées au régime actuel.

Un rappel historique

On se rappellera que le régime public d'assurance-médicaments a été mis en place dans le cadre de transformations importantes du système de santé au Québec. Ces transformations se sont d'abord concrétisées par une diminution du nombre d'établissements publics de santé. Le virage ambulatoire est un autre élément fondamental de la transformation du réseau. Rendu possible, notamment grâce aux progrès et avancées dans le domaine médical, le virage permet d'éviter ou d'écourter les hospitalisations en dispensant des soins et des services plus près des milieux de vie des personnes, c'est-à-dire au domicile, dans la communauté, au CLSC ou à l'hôpital, mais en service externe.

Avec la mise en œuvre du virage ambulatoire, les gens retournent chez eux plus rapidement après une hospitalisation et doivent souvent prendre des médicaments qui leur étaient auparavant fournis gratuitement à l'hôpital. Or, 1,5 million de Québécoises et de Québécois ne possédaient pas d'assurance privée couvrant le coût des médicaments. Il devenait donc impératif de soutenir cette partie de la population. Bien qu'il couvre maintenant un nombre important de personnes, le nouveau régime impose aussi des frais à des personnes qui, antérieurement, bénéficiaient de la gratuité. Ainsi, avant la mise en place du régime, les coûts des médicaments des personnes âgées et des prestataires de l'assistance-emploi étaient assumés par l'État¹. Cette mesure entraînait d'importants déboursés qui devaient être réduits par le régime d'assurance-médicaments.

Ces éléments mettent en lumière le fait que les coûts publics accrus en médicaments sont, en partie, compensés par des économies d'autres services médicaux. En effet, dans le cadre du virage ambulatoire, l'utilisation judicieuse de médicaments à domicile contribue à réduire les séjours hospitaliers et à éviter le recours aux services de santé une fois à la maison. Il ne faut donc pas considérer le coût du régime d'assurance-médicaments uniquement comme une nouvelle dépense pour l'État. Il s'agit plutôt d'une façon différente de rendre des services de santé et d'une nouvelle répartition des coûts qui y sont associés.

¹ Dans le cas de la plupart des personnes âgées, il s'agissait plutôt de la quasi-gratuité puisqu'elles devaient déboursier un montant symbolique de 2 \$ par prescription.

Par ailleurs, le Conseil aurait souhaité que le débat entourant la révision du régime d'assurance-médicaments s'intègre à une réflexion globale quant à l'avenir du système de santé québécois. En effet, les médicaments ne peuvent être considérés isolément des autres services de santé. Depuis longtemps, mais surtout depuis la mise en œuvre du virage ambulatoire, les médicaments font partie de l'outillage thérapeutique dont dispose le système de santé. C'est pourquoi il ne peut être considéré en marge du régime d'assurance-maladie et du régime d'assurance-hospitalisation. La révision du régime d'assurance-médicaments aurait donc dû faire partie de la révision globale du système de santé qui sera entreprise dans les mois à venir puisqu'il en constitue une composante essentielle.

L'importance de l'assurance-médicaments pour les femmes

Les conditions de vie des femmes se distinguent de plusieurs façons de celles des hommes. Ces différences se répercutent notamment sur la consommation de médicaments et, conséquemment, sur leurs besoins et attentes face au régime d'assurance-médicaments. Les données de la plus récente enquête de Santé-Québec le montrent bien. Les femmes vivent presque sept années de plus que les hommes mais à peine trois de ces années se déroulent en bonne santé, sans incapacité. De plus, les femmes utilisent davantage le système de santé que les hommes. Elles consultent plus souvent les médecins, consomment plus de médicaments à plusieurs étapes de leur vie, sont plus nombreuses à se percevoir en mauvaise santé et à présenter un niveau de détresse psychologique élevé².

Un autre élément distingue la situation des femmes de celles des hommes quant à l'usage des médicaments, soit le niveau de revenu. En effet, les statistiques démontrent sans équivoque que les femmes sont plus pauvres que les hommes. Dans la population active, une femme qui travaille à temps plein toute l'année gagne, en moyenne, 68 % des gains des hommes dans la même situation³. Les femmes occupent plus souvent que les hommes des emplois au salaire minimum et des emplois précaires. Les femmes de 65 ans et plus ont un revenu annuel inférieur de 8 444 \$ à celui des hommes du même âge⁴. Or, la relation entre la pauvreté et la présence de problèmes de santé et, conséquemment, une plus grande consommation de médicaments, est maintenant reconnue. Tous ces éléments expliquent pourquoi la révision du régime d'assurance-médicaments intéresse de façon particulière les femmes.

Par ailleurs, les femmes ont toujours été très critiques face à la surmédicalisation de la santé des femmes, particulièrement dans les domaines de la santé reproductive et de la santé mentale. Elles ont maintes fois dénoncé l'interventionnisme médical au moment de la grossesse et de l'accouchement, par exemple la surutilisation de médicaments pour déclencher artificiellement le travail ou pour soulager la douleur lors d'un accouchement.

² Santé Québec. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Santé Québec, 1995.

³ Marie DROLET. *L'écart persistant : Nouvelle évidence empirique concernant l'écart salarial entre les hommes et les femmes au Canada*, Statistique Canada, décembre 1999, catalogue 75F0002MIF-99008, p. 28.

⁴ Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles - Les femmes âgées du Québec*, Québec, 1999, p. 22.

Elles ont souvent reproché au corps médical d'endormir les problèmes sociaux liés à la condition des femmes à coup de tranquillisants, de somnifères ou d'antidépresseurs. C'est d'ailleurs un fait que les femmes consomment davantage de psychotropes que les hommes. Plusieurs femmes se sont aussi intéressées aux médecines dites alternatives notamment parce qu'elles craignent la dépendance aux médicaments et les effets secondaires néfastes de ceux-ci.

Ainsi, cette attitude critique face à une certaine façon « traditionnelle » de consommer des médicaments de même que leurs conditions de vie particulières expliquent pourquoi les femmes éprouvent des besoins spécifiques face au régime d'assurance-médicaments.

Le contenu de l'avis

Le rapport d'évaluation du régime d'assurance-médicaments fait ressortir le fait que la viabilité du régime est menacée par l'accroissement rapide des coûts des médicaments et par la pression ainsi exercée sur son financement. L'enjeu pour le gouvernement québécois consiste à contenir cette augmentation des coûts à un niveau acceptable tout en assurant une accessibilité réelle aux médicaments. Les pistes de révision élaborées par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'intéressent à ces deux aspects et visent à assurer la viabilité à long terme du régime de même que son fonctionnement optimal.

Par ce mémoire, le Conseil du statut de la femme souhaite faire écho aux préoccupations des Québécoises face aux questionnements relatifs aux coûts et aux modes de financement du régime d'assurance-médicaments. On y abordera d'abord la question de la politique du médicament en s'intéressant notamment à la problématique du contrôle de la croissance des coûts des médicaments. Au deuxième chapitre viendra l'évaluation faite par le Conseil du régime d'assurance-médicaments en rappelant les objectifs poursuivis lors de sa mise en place, ses principales caractéristiques et en identifiant certains critères nécessaires à cette évaluation. Le troisième chapitre, quant à lui, portera sur l'évaluation des pistes de révision proposées et sur les scénarios privilégiés par le Conseil.

CHAPITRE PREMIER — LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Le rapport d'évaluation du régime général d'assurance-médicaments, rendu public en décembre 1999, insiste sur la croissance rapide des coûts du régime d'assurance-médicaments. Cette augmentation remet en question la viabilité du régime à long terme. Les pistes de révision proposées présentent divers moyens de contenir ces coûts.

Ce premier chapitre nous permettra d'abord de résumer brièvement les pistes de révision identifiées. Par la suite, nous soumettrons notre analyse de certaines de ces solutions ainsi que quelques recommandations liées à la mise en œuvre d'une politique du médicament.

1.1 Résumé des pistes de révision relatives à la maîtrise de la croissance des coûts

Au 31 mars 1999, le régime d'assurance-médicaments couvrait plus de 3 millions de personnes, soit les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires de l'assistance-emploi et environ 1,5 million d'adhérents qui ne participaient à aucun régime collectif d'assurance. D'après le rapport d'évaluation du régime d'assurance-médicaments, pour la période 1997-1999, le coût brut de l'ensemble du régime a augmenté en moyenne de 15,2 % par année. À ce rythme, les dépenses du régime auront plus que doublé en 2004-2005. Comme les revenus n'augmentent pas à la même vitesse, le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite ralentir cette croissance des coûts. Le défi consiste donc à modérer la hausse des coûts tout en assurant une accessibilité « raisonnable » aux médicaments.

1.1.1 Les mesures à court terme

La première proposition concerne l'application de la politique du prix le plus bas. Celle-ci fait en sorte que, lorsqu'il existe plusieurs médicaments identiques, le montant remboursé se limite au prix de la marque commerciale la moins coûteuse. Présentement, cette politique n'est pas appliquée intégralement au Québec. Elle l'est uniquement pour les médicaments inscrits depuis au moins 15 ans sur la *Liste des médicaments* remboursés dans le cadre du régime d'assurance-médicaments. Cette règle ne s'applique donc pas pour les médicaments dits d'origine inscrits depuis moins de 15 ans. Cette politique est propre au Québec puisque la méthode du prix le plus bas est appliquée intégralement ailleurs au Canada.

La seconde mesure à court terme concerne l'application du prix de référence. Cette méthode consiste à comparer plusieurs médicaments d'une même sous-classe dont les effets thérapeutiques sont similaires et à défrayer le prix de celui dont le rapport coût-efficacité est reconnu comme étant le meilleur. L'application de cette méthode est plus complexe que celle du prix le plus bas. En effet, elle sous-tend qu'il faut d'abord relever dans un groupe de médicaments différents ceux qui ont des effets thérapeutiques semblables et, ensuite, retenir celui qui présente le meilleur rapport coût-efficacité.

1.1.2 Les mesures à long terme

Le document portant sur les pistes de révision identifie également des mesures à long terme qui visent à modifier le contexte où fonctionne le régime d'assurance-médicaments. Ces mesures concernent le renouvellement du cadre de décision quant aux médicaments qui doivent ou non être inscrits à la *Liste des médicaments*, soit la liste des produits qui seront remboursés dans le cadre du régime.

Les critères actuellement utilisés pour décider de l'inscription de médicaments sur la liste sont la valeur thérapeutique du médicament et la justesse de son prix. Ces critères seraient devenus inadéquats pour l'évaluation de médicaments coûteux. Le document propose plutôt l'utilisation des cinq indicateurs suivants : la sécurité, qui vise à s'assurer que le médicament ne présente pas de risques pour la santé de la population; l'efficacité théorique, définie comme la prise en considération des avantages pour la santé apportés par un médicament; le rapport coût-efficacité, qui consiste à calculer le coût net des avantages de santé apportés par l'utilisation du médicament; l'impact économique net, qui évalue les montants supplémentaires nets qui seraient déboursés ou économisés dans le système de santé à la suite de l'inscription du médicament sur la liste et, finalement, les valeurs sociétales qui entrent en considération au moment de décider d'inscrire ou non un médicament.

Enfin, les dernières mesures proposées visent, d'une part, le renforcement des revues d'utilisation des médicaments dans le but de vérifier si les médicaments sont adéquatement utilisés et de documenter leur efficacité pratique. D'autre part, il est proposé d'intégrer les mandats du Conseil consultatif de pharmacologie et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments en vue de faciliter la mise en œuvre des propositions liées à la sélection des produits inscrits sur la *Liste des médicaments*.

1.2 Analyse des pistes de révision relatives à la croissance des coûts

Le Conseil considère que des modifications devraient être apportées au régime actuel en vue d'en contrôler les coûts. En ce qui concerne la politique du prix le plus bas, il nous apparaît que la mise en application de cette mesure est grandement souhaitable. En agissant de la sorte, le Québec cesserait de privilégier indûment les médicaments d'origine coûteux. En effet, le Québec est la seule province qui assure une protection de 15 ans, à partir de leur commercialisation, aux nouveaux médicaments sur le marché avant d'en permettre la substitution par des équivalents génériques. C'est davantage que la protection accordée par le gouvernement fédéral qui est de 20 ans à compter de l'obtention du brevet pharmaceutique. Le gouvernement québécois adopte ainsi une règle favorable à l'industrie des médicaments d'origine plutôt qu'à la réduction des coûts des médicaments. Ce faisant, le gouvernement gonfle de façon non acceptable la facture du régime d'assurance-médicaments. Selon l'industrie des médicaments génériques, ce sont 25 millions de dollars qui seraient épargnés par l'État en abolissant cette règle. Cet avantage accordé à l'industrie des médicaments d'origine contraint les consommatrices et

les consommateurs de médicaments de même que le gouvernement, par le biais de ses dépenses en médicaments, à un effort financier plus important.

Par ailleurs, le Conseil constate que l'utilisation de la méthode du prix de référence apparaît complexe notamment en ce qui a trait à la détermination du rapport coût-efficacité et à la comparaison entre deux médicaments ne présentant pas les mêmes composantes. Nous croyons que la réflexion sur ce sujet devrait se poursuivre. Toutefois, dans l'éventualité où cette option serait retenue, des outils de support à l'intention des pharmaciennes et des pharmaciens devraient être élaborés afin de les aider dans la comparaison des médicaments.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

1. Que la politique du prix le plus bas soit appliquée intégralement au Québec, comme elle l'est dans le reste du Canada.

Le Conseil considère que le Québec devrait se doter d'une politique du médicament. Celle-ci viserait essentiellement à favoriser une utilisation plus adéquate des médicaments. Pour y arriver et pour chercher à contenir les coûts, il est reconnu que les mesures doivent viser les producteurs plus que les consommateurs⁵. La politique du médicament devrait permettre à l'État d'autoriser la vente seulement des médicaments qui ont un effet bénéfique substantiel, de mieux contrôler les prix et les profits d'une industrie éminemment lucrative, de sensibiliser les médecins aux effets néfastes de la surprescription et les consommateurs aux dangers de la surconsommation. L'application de la méthode du prix le plus bas pourrait également constituer un des éléments de la politique du médicament.

Cette politique devrait se préoccuper des profits des compagnies pharmaceutiques. En effet, le Conseil s'inquiète du fait que le médicament est un produit de consommation qui génère des profits très importants grâce à des campagnes de mise en marché intensives auprès des médecins. Il est d'ailleurs significatif que les entreprises pharmaceutiques qui se targuent d'être des hauts lieux de Recherche et Développement consacrent, aux États-Unis, moins d'argent à cette fonction qu'à la publicité⁶. Nous croyons que le gouvernement doit mieux contrôler les prix et les profits de cette industrie extrêmement lucrative afin de contenir les coûts du régime d'assurance-médicaments.

Autre sujet de préoccupation du Conseil : la surprescription. Il est reconnu que la source première d'information des médecins en matière de médicaments est souvent l'industrie. Or, il y a un conflit d'intérêts évident entre la livraison d'information complète et objective par les compagnies pharmaceutiques et leur but premier qui est de vendre leurs produits. D'ailleurs, une étude récente, réalisée par le D^r Ashley Wazana, conclut que la

⁵ Jean-Marc BERNARD. « Le partage des coûts », *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*, Québec, Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p. 65-103.

⁶ Julie ROVNER. « Prescription Drug Prices », *CQ Researcher, Washington Congressional Quarterly Inc./EBSCO Publishing*, vol. 2, n° 26, 17 juillet 1992, p. 597-615 (extraits publiés dans Olivier FRAYSSÉ. « La crise du système de santé aux États-Unis », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 744, 1995).

publicité menée par les compagnies pharmaceutiques auprès des médecins les conduit à rédiger des prescriptions « non rationnelles », c'est-à-dire de nouveaux médicaments plus chers dont les avantages sont minimes par rapport à ceux qui existent déjà⁷.

De plus, la surconsommation est directement liée à la surprescription. En effet, le médicament n'est pas un bien de consommation « ordinaire » : personne ne peut décider de son propre chef de l'utiliser puisqu'il doit être prescrit par un médecin. Ainsi, si une personne utilise un médicament c'est qu'un médecin lui a préalablement prescrit. Sans nier que l'éducation du public aux dangers de la mauvaise utilisation des médicaments est importante, les mesures pour remédier à la surconsommation, quand surconsommation il y a, doivent d'abord viser les prescripteurs.

Par ailleurs, le rapport d'évaluation du régime d'assurance-médicaments révèle que la hausse des coûts du régime est directement liée à l'augmentation du nombre de prescriptions émises. Comment expliquer cette modification des habitudes de consommation? Ce changement ne serait-il pas en lien avec une accélération de la mise en œuvre du virage ambulatoire amenant ainsi une consommation plus importante de médicaments à la suite d'un retour hâtif à la maison après une hospitalisation? De plus, le rationnement des services hospitaliers qui génère parfois de longues périodes d'attente n'entraînerait-il pas une consommation de médicaments plus importante de la part de patientes et de patients qui doivent tenter de contrôler leurs problèmes de santé?

Pour permettre un accès réel aux médicaments tout en contenant les coûts du régime d'assurance-médicaments, **le Conseil du statut de la femme recommande :**

2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux prépare une politique du médicament qui viserait à mieux encadrer l'industrie du médicament, à agir sur les médecins pour éviter la surprescription, à encourager davantage l'utilisation des médicaments moins coûteux et à sensibiliser la population aux dangers de la surconsommation.

Actuellement, quiconque consomme des médicaments peut avoir accès à la liste complète de ceux qui lui ont été prescrits. Toutefois, cette information n'est centralisée nulle part; pour l'obtenir, la consommatrice ou le consommateur devra contacter chacune des pharmacies qui lui a vendu des médicaments. La situation est la même pour les médecins de même que les pharmaciennes et les pharmaciens qui veulent connaître la consommation médicamenteuse de leur clientèle.

La création d'un « dossier unique » où serait consigné l'ensemble des médicaments vendus à une personne permettrait un meilleur contrôle des médicaments consommés par celle-ci. Ainsi, en ayant accès à une telle information, les médecins disposeraient d'une connaissance globale des médicaments déjà utilisés par leurs patientes et leurs patients, ce qui pourrait leur éviter de prescrire des médicaments non appropriés ou dont l'utilisation conjointe serait non recommandée. De plus, les pharmaciennes et les

⁷ Matthieu PERREAULT. « La publicité influence le médecin dans le choix d'un médicament », *La Presse*, 4 février 2000, p. A9.

pharmaciens disposeraient également d'un précieux outil d'information quant à l'ensemble des médicaments utilisés par un individu.

Il importe toutefois de veiller à la confidentialité d'une telle liste. Des mesures devraient être mises en place afin de s'assurer que personne d'autre que les gens autorisés n'ait accès à ces informations. Parmi les diverses mesures envisageables, on peut penser à la détermination d'une période maximale pendant laquelle ces informations seraient conservées.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

- 3. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue la possibilité de créer un « dossier unique » où serait consigné l'ensemble des médicaments utilisés par une personne, lequel pourrait être consulté par les médecins de même que par les pharmaciennes et les pharmaciens.**

Pour ce qui est des pistes de révision qui concernent les critères de sélection des médicaments à inscrire sur la *Liste des médicaments*, nous nous questionnons sur la définition et la valeur qui seront accordées à la variable « valeurs sociétales ». Nous ne savons pas exactement le sens réel que le ministère de la Santé et des Services sociaux associe à ce critère. Toutefois, nous pouvons convenir qu'il y a là un danger qui pourrait conduire à des choix discriminatoires. Bien que nous concédions que, dans un contexte de ressources limitées il faille prioriser, nous tenons à préciser que les valeurs sociétales retenues ne doivent en aucun temps discriminer une partie de la population par rapport à une autre, directement ou non.

CHAPITRE II — ÉVALUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Comme la loi le prescrit, le ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé, en décembre 1999, un rapport sur la mise en œuvre du régime intitulé *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments*⁸. En janvier 2000, le Ministère a rendu public un second rapport, *Les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments*⁹, dans lequel on fait état de la croissance des coûts du régime et examine des solutions visant à en assurer la viabilité.

Dans ce chapitre, nous procéderons à une évaluation du régime. À cette fin, certains éléments utiles pour l'analyse seront d'abord présentés. Ainsi, nous rappellerons les objectifs qui ont conduit à la mise en place du régime. Nous en décrirons, ensuite, les principales caractéristiques. Enfin, nous déterminerons des critères qui nous permettront de porter un jugement sur le régime actuel. Puis, nous procéderons à l'évaluation proprement dite du régime. Dans le chapitre suivant, les mêmes critères seront utilisés pour l'examen des pistes de révision soumises.

2.1 Éléments d'analyse du régime général d'assurance-médicaments

2.1.1 Les objectifs du régime

Comme le précise le premier document gouvernemental, le régime général d'assurance-médicaments vise à « ... assurer à toute la population un accès raisonnable et équitable aux médicaments et aux services pharmaceutiques requis par l'état de santé des personnes ». On ajoute : « Une couverture de base est ainsi offerte à tous les citoyens, compte tenu des ressources financières disponibles¹⁰ ».

Évoquant la situation qui prévalait avant l'instauration du régime, le rapport fait état des raisons qui justifiaient l'action de l'État :

- élimination des iniquités reliées à la protection disparate, voire incomplète, offerte avant 1997;
- diminution de l'écart existant entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires;
- soutien au virage ambulatoire;
- meilleure intégration des médicaments à la politique de santé;

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments*, Québec, décembre 1999, 93 p.

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments*, Québec, janvier 2000, 52 p.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*, décembre 1999, p. 9.

- désir de réduire la barrière existant entre la sécurité du revenu et l'emploi, alors que les prestataires de l'aide sociale bénéficiaient de la gratuité des médicaments mais non les travailleurs à faible revenu;
- prévision d'une progression continue du coût des médicaments d'ordonnance.

2.1.2 Les principales caractéristiques du régime

Pour être en mesure d'évaluer le régime général d'assurance-médicaments, il importe de bien en saisir la nature et les modalités d'application. Nous en présenterons les caractéristiques en nous inspirant de la description qu'en fait le rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux déjà cité¹¹. Le régime général est :

- **universel** : puisqu'il vise à garantir une protection de base à tous les citoyens, sans égard à leur revenu;
- **mixte** : car il se fonde, d'une part, sur les régimes collectifs privés d'assurance-médicaments et, d'autre part, sur un régime public complémentaire d'assurance-médicaments;

le régime général s'appuie d'abord sur les régimes collectifs privés qui sont instaurés dans le cadre des relations employeur-employés à titre d'avantages sociaux ou, encore, par des regroupements professionnels; lorsque de tels régimes sont offerts, la nouvelle loi en rend l'adhésion obligatoire pour tous les employés de l'entreprise ou pour les membres du regroupement professionnel; la protection doit également être étendue au conjoint de même qu'aux enfants de l'assuré (de 0 à 17 ans ou de 18 à 25 ans si étudiants à plein temps et sans conjoint), à moins que ceux-ci ne soient déjà couverts par un régime collectif;

quant au régime public d'assurance-médicaments, il joue un rôle complémentaire puisqu'il s'étend à toutes les personnes qui ne sont pas déjà couvertes par un régime collectif : personnes de moins de 65 ans qui n'ont pas accès à un régime collectif privé (les adhérents), prestataires de l'assistance-emploi et autres détenteurs d'un carnet de réclamation, personnes de 65 ans et plus qui ne souscrivent pas volontairement à un régime collectif, enfants de ces personnes (de 0 à 17 ans ou de 18 à 25 ans si étudiants à temps plein et sans conjoint);

- **contributif** : l'assuré (et/ou son employeur, dans le cas des régimes collectifs d'entreprise) participe ordinairement au financement du régime en acquittant une prime qui lui garantit un accès aux médicaments prescrits à un coût raisonnable; de plus, il paie habituellement une franchise et une coassurance au moment de l'achat des médicaments, et ce, jusqu'à une contribution maximale au-delà de laquelle les médicaments sont gratuits;

¹¹ *Ibid.*, p. 10.

- **de type « assurance sociale » en ce qui touche les régimes collectifs privés** : les régimes collectifs privés sont basés sur une mise en commun des risques entre les assurés; ainsi, la prime payée par chacun ne reflète pas le risque individuel, mais plutôt l'expérience du groupe; le travailleur âgé ou celui qui prend des médicaments sur une base régulière paie une prime inférieure à celle qu'il défraierait sur le marché sur une base individuelle, alors que le travailleur jeune ou celui dont l'état nécessite peu de médicaments se voit imposer une prime supérieure à celle qu'il acquitterait sur le marché sur une base individuelle; à l'intérieur du groupe des assurés, le régime opère donc une redistribution, des jeunes vers les plus âgés et des bien-portants vers ceux qui ont besoin de médicaments; en revanche, comme il s'agit d'un régime d'assurance sociale et non d'un régime d'assistance, il ne vise pas à opérer une redistribution des travailleurs à plus haut revenu vers les travailleurs à plus faible salaire; la prime imposée est la même pour un avantage donné et à l'intérieur d'un groupe donné; cependant, tous bénéficient de la même protection (un accès raisonnable aux médicaments prescrits) en regard d'un risque (le besoin de médicaments) qui comporte une part d'imprévisibilité pour chacun, quel que soit son âge ou son état de santé; le coût de la protection des enfants et du conjoint est principalement assumé par les parents et, le cas échéant, par l'employeur;

- **plus près d'une assurance sociale pour certains groupes et d'une assistance sociale pour d'autres groupes en ce qui concerne le régime public d'assurance-médicaments** : comme on l'a vu, la clientèle du régime public se subdivise en différents groupes; certains d'entre eux participent au financement du régime selon des principes qui se rapprochent de l'assurance sociale, d'autres groupes paient beaucoup moins qu'il ne serait requis si on appliquait les principes d'une assurance sociale :
 - ◆ **les adhérents au régime public**¹², dont le revenu personnel ou familial atteint un certain niveau (en 1999, 15 235 \$ pour une personne seule ou 26 350 \$ pour un couple sans enfants), sont tenus de payer une prime annuelle de 175 \$ par personne par l'intermédiaire de la déclaration de revenus des particuliers; de plus, lors de l'achat de médicaments, ils doivent acquitter une franchise mensuelle (8,33 \$) et une coassurance (25 % du coût restant), et ce, jusqu'à une contribution maximale de 62,49 \$ par mois (ou de 750 \$ par année), au-delà de laquelle les médicaments sont gratuits.

En revanche, l'adhérent seul¹³, qui a un revenu inférieur à 10 860 \$, et le couple¹⁴ sans enfants, qui a un revenu familial inférieur à 17 600 \$, ne paient pas de prime. Lorsque leur revenu dépasse ces seuils, une prime correspondant à 4 % du revenu excédentaire doit être versée jusqu'à un montant maximum de 175 \$ par adulte; par ailleurs, qu'il y ait ou non prime et quel que soit le montant de la prime

¹² Il s'agit des adultes de moins de 65 ans qui n'ont pas accès à un régime collectif privé et qui ne sont pas, non plus, des prestataires de l'assistance-emploi.

¹³ On ajoute au revenu considéré 6 740 \$ si la personne seule a un enfant à charge et 9 340 \$ si elle a plus d'un enfant à charge.

¹⁴ On ajoute au revenu considéré 2 600 \$ si le couple a un enfant à charge et 5 000 \$ s'il a plus d'un enfant à charge.

versée, tous les adhérents sont soumis aux mêmes règles concernant la franchise, la coassurance et la contribution maximale;

- ◆ **les personnes âgées de 65 ans et plus** qui n'ont pas droit au supplément de revenu garanti doivent acquitter une prime de 175 \$ au moment de leur déclaration annuelle de revenus; en revanche, celles qui reçoivent le supplément maximum n'ont pas de prime à payer alors que celles qui touchent un supplément partiel doivent verser une prime allant de 0 à 175 \$, selon leur revenu;

par ailleurs, au moment de l'achat des médicaments, toutes les personnes âgées sont soumises à la même franchise mensuelle (8,33 \$) et à la même coassurance (25 % du coût restant); cependant, la contribution maximale mensuelle ou annuelle exigée au-delà de laquelle les médicaments sont complètement gratuits varie selon la situation; elle s'élève à 16,66 \$ par mois (ou à 200 \$ par année) dans le cas des personnes âgées qui reçoivent le supplément maximum, à 41,66 \$ par mois (ou à 500 \$ par année) pour celles qui obtiennent un supplément partiel et, enfin, à 62,49 \$ par mois (ou à 750 \$ par année) pour celles qui n'ont pas droit au supplément;

- ◆ **les prestataires de l'assistance-emploi** n'ont pas de prime annuelle à payer; en outre, depuis octobre 1999, les médicaments sont entièrement gratuits à l'achat pour celles et ceux qui sont considérés comme ayant des contraintes sévères à l'emploi; en revanche, les prestataires qui sont classés dans les catégories « sans contraintes à l'emploi » ou « avec des contraintes temporaires » sont soumis à une franchise mensuelle (8,33 \$), à une coassurance (25 %), et ce, jusqu'à une contribution maximale mensuelle de 16,33 \$ ou annuelle de 200 \$;
- ◆ **les enfants de 0 à 17 ans de même que les étudiantes et les étudiants à plein temps de 18 à 25 ans (sans conjoint)** dont les parents sont couverts par le régime public bénéficient également de la protection du régime public; il n'y a pas de primes supplémentaires à payer pour eux et les médicaments qui leur sont prescrits sont entièrement gratuits;

- encadré par des **normes minimales** : le régime général « ... couvre les médicaments prescrits, achetés au Québec dans une pharmacie du réseau communautaire et qui sont inscrits sur la *Liste des médicaments assurés*¹⁵ »; les régimes collectifs privés ne peuvent imposer à leurs assurés des règles moins généreuses que celles qui prévalent pour les adhérents du régime public en matière de franchise, de coassurance et de contribution maximale annuelle; ils peuvent prévoir une protection plus étendue et fixer la prime en conséquence; plusieurs régimes collectifs remboursent des médicaments non inscrits sur la Liste, n'imposent pas de franchise ou prévoit une franchise minimale (20 \$ ou 50 \$) et établissent la coassurance à 20 % au lieu de 25 %;
- composé de régimes qui sont **administrés de façon indépendante** : les régimes collectifs privés sont administrés indépendamment les uns des autres et

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*, décembre 1999, p. 10.

n'entretiennent pas de liens avec le régime public; cependant, pour éviter que les mauvais risques ne mettent en péril les petits régimes, les assureurs et les administrateurs privés ont mis sur pied, à l'instigation de la loi, la Société de compensation en assurance-médicaments du Québec, une société privée dont la mission est de répartir, entre les régimes privés, les coûts occasionnés par les gros consommateurs de médicaments; enfin, le rapport d'évaluation fait état de situations difficiles – des assurés s'étant retrouvés avec des déboursés importants à effectuer – qui ont été solutionnées de façon individuelle par les assureurs privés¹⁶;

de son côté, le Fonds de l'assurance-médicaments reçoit les primes que le ministère du Revenu perçoit auprès des personnes de 65 ans et plus et des adhérents du régime public. Ces sommes servent au paiement 1^e) du coût net des médicaments achetés par les adhérents et leurs enfants, 2^e) des dépenses de perception effectuées par le ministère du Revenu et 3^e) des coûts d'administration du régime public (système de paiement interactif, etc.); par ailleurs, le coût net des médicaments requis par les personnes âgées, les prestataires de l'assistance-emploi et les enfants de ceux-ci sont défrayés par le Fonds du revenu consolidé.

2.1.3 Les critères d'évaluation du régime

Il est utile de déterminer des critères qui nous permettront de juger du régime en place et de suggérer des améliorations, le cas échéant. Un rappel des objectifs qui étaient poursuivis au départ peut être indicatif à cet égard. Comme on l'a vu, « ... le régime général a pour objet d'assurer à toute la population un accès raisonnable et équitable aux médicaments et aux services pharmaceutiques requis par l'état de santé des personnes. Une couverture de base est ainsi offerte à tous les citoyens, compte tenu des ressources financières disponibles¹⁷. »

Cette formulation suggère deux critères utilisés couramment et qui s'appliquent aux individus comme à l'ensemble de la société, soit **l'efficacité et l'équité**, et un troisième critère, important pour les décideurs, soit **le respect de la contrainte budgétaire de l'État**. On peut les définir ainsi :

- **l'efficacité** : le régime peut être considéré efficace :
 - ◆ du point de vue de l'individu : s'il lui accorde le meilleur accès aux médicaments qui sont requis pour sa santé, et ce, au meilleur coût;
 - ◆ du point de vue social : s'il correspond à la meilleure allocation des ressources;

¹⁶ En cas de consommation importante de médicaments sur une courte période, les coûts à déboursier peuvent être importants quand la franchise et la contribution annuelle ne sont pas établies sur une base mensuelle.

¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*, décembre 1999, p. 10.

- **l'équité** : le régime peut être considéré équitable :
 - ◆ si chacun a accès aux médicaments requis par son état de santé, sans égard à son statut, à son revenu, à son sexe ou à son âge;
 - ◆ si, compte tenu de la nature du régime en place (un régime mixte, contributif, de type assurance sociale pour les uns et assistance sociale pour les autres), les règles de financement du régime respectent les principes de l'équité horizontale (traitement égaux des égaux) et les principes de l'équité verticale (participation de chacun en fonction de sa capacité contributive);

- **le respect de la contrainte budgétaire de l'État** : le régime doit :
 - ◆ tenir compte des moyens financiers de la société;
 - ◆ être viable à moyen et long terme.

2.2 Évaluation du régime général d'assurance-médicaments

Le grand mérite du régime public d'assurance-médicaments est qu'il procure un accès raisonnable aux médicaments d'ordonnance aux adultes et à leurs enfants qui ne bénéficiaient pas, auparavant, de la protection d'un régime collectif ou public, et ce, au moment même où les médicaments et les traitements pharmaceutiques obtenus à l'extérieur de l'hôpital sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans la prévention et le traitement des maladies ainsi que le recouvrement de la santé. Des correctifs ont, de plus, été apportés au régime depuis son instauration afin de remédier à certains problèmes qui ont été décelés. Mentionnons, en particulier, le calcul de la contribution maximale sur une base mensuelle, ce qui a permis aux personnes qui n'étaient pas en mesure d'assumer des déboursés ponctuels importants de mieux répartir leur effort sur toute l'année.

Selon le rapport d'évaluation, environ 1,5 million d'adultes et d'enfants bénéficient donc, à l'heure actuelle, d'une protection qui échappait auparavant à la plupart d'entre eux. Cette clientèle apparaît en général avoir un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance au Québec qu'ailleurs au Canada où l'on semble davantage cibler les personnes et les familles ayant des déboursés importants¹⁸.

En revanche, comme on l'a vu, le nouveau régime est moins avantageux que l'ancien pour les prestataires de l'assistance-emploi qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi ou, encore, pour les personnes de 65 ans et plus recevant le maximum de supplément garanti, puisque ces personnes bénéficiaient auparavant de la gratuité complète des médicaments d'ordonnance. De plus, les autres personnes âgées et leur conjoint admissible à l'allocation au conjoint ne payaient qu'un ticket modérateur de 2 \$ par prescription avec une contribution annuelle limitée à 100 \$.

¹⁸ *Ibid.*, p. 18.

En nous servant des critères que nous avons mentionnés plus haut, nous ferons une analyse critique du régime général d'assurance-médicaments en passant en revue les différents groupes couverts par le régime général. Notre objectif sera d'attirer l'attention sur les imperfections du régime auxquelles des correctifs pourraient être apportés.

2.2.1 Les prestataires d'assistance-emploi n'ayant pas de contraintes sévères à l'emploi

Les prestataires d'assistance-emploi qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi et qui ne réussissent pas à réaliser les gains complémentaires permis constituent, sans conteste, le groupe le plus pauvre de la société québécoise. Comme on l'a vu, si ces personnes sont exemptées du paiement de la prime annuelle qui est requise de la plupart des adhérents et des personnes âgées, elles sont tenues, en revanche, au moment de l'achat des médicaments prescrits, d'acquitter une franchise mensuelle (8,33 \$) et la coassurance (25 % du coût résiduel) jusqu'à une contribution maximale mensuelle de 16,66 \$ (ou annuelle de 200 \$).

Aux personnes qui bénéficient d'une marge budgétaire, si petite soit-elle, ces sommes exigées peuvent peut-être sembler peu importantes, compte tenu de l'effet escompté des médicaments. Cependant, elles constituent, selon nous, un frein réel à la consommation des médicaments prescrits pour les prestataires considérés « sans contraintes en emploi » qui reçoivent aussi peu que 6 024 \$ par année pour une personne seule comme prestation de base (9 252 \$ pour un couple). Il en va de même, selon nous, pour ceux et celles qui, parce qu'ils ont dépassé l'âge de 55 ans ou ont la responsabilité d'un enfant de moins de 5 ans ou vivent des problèmes de santé jugés temporaires, touchent 7 236 \$ sur une base annuelle lorsqu'ils vivent seuls (11 364 \$ pour un couple)¹⁹. Comment ces personnes qui n'ont ordinairement pas assez pour se loger et se nourrir convenablement pourraient-elles arriver à se procurer les médicaments que leur état de santé nécessite? A-t-on vérifié dans quelle mesure elles réalisent effectivement, sur une base régulière, les revenus de travail qu'on leur permet de gagner pour compléter leur prestation insuffisante? De plus, il ne faut pas perdre de vue que, à mesure que le séjour à l'aide sociale se prolonge, la capacité d'absorber des dépenses qui vont au-delà de la simple satisfaction des besoins de base quotidiens devient à peu près nulle. Or, les statistiques d'octobre 1999 indiquent que 68,1 % des prestataires considérés sans contraintes à l'emploi et 69,3 % de ceux qui ont des contraintes temporaires ont une présence cumulative de quatre ans et plus à l'aide sociale et que cette présence atteint dix ans et plus chez 34 % et 33,4 % d'entre eux²⁰.

Devant ce constat, il faut rappeler que ces prestataires n'ont pas obtenu de hausse spécifique de leur prestation pour être en mesure de payer la franchise et la coassurance qui leur ont été imposées avec l'adoption du nouveau régime. De plus, leur prestation de base n'a pas été indexée au coût de la vie depuis quelques années déjà.

¹⁹ Montants annuels établis à partir de : Ministère de la Solidarité sociale. *Assistance-emploi. Prestations-adultes du Programme d'assistance-emploi (en vigueur le 1^{er} janvier 2000)*, Québec, décembre 1999, 2 p.

²⁰ Ministère de la Solidarité sociale. *Rapport statistique sur les prestataires du programme d'assistance-emploi Octobre 1999*, Québec, février 2000, p. 3.

En outre, à la lecture de la description de la protection dont bénéficient les assistés sociaux des autres provinces²¹, il apparaît que le régime québécois est beaucoup moins généreux que les régimes en place ailleurs au Canada au regard du groupe dont nous parlons ici. En effet, les assistés sociaux des autres provinces ne sont pas soumis à une franchise ou à une coassurance comme au Québec. Cinq provinces n'appliquent pas, non plus, de ticket modérateur sur les prescriptions. Enfin, dans le cas des quatre provinces où un tel ticket existe, la somme demandée par ordonnance est minime (2 \$, 3 \$ ou 4 \$ par ordonnance).

Sur le plan de l'efficacité, le régime québécois ne semble donc pas garantir un accès raisonnable aux médicaments prescrits aux prestataires qui sont considérés « sans contraintes à l'emploi » ou « avec des contraintes temporaires » et qui ne peuvent compléter leurs prestations par les revenus d'emploi permis. Il semble que certains assistés sociaux réussissent à avoir accès à leurs médicaments d'ordonnance grâce au soutien d'organismes de bienfaisance. Nous croyons, cependant, que la politique publique en matière de médicaments ne peut reposer sur la charité.

Le rapport Tamblyn²² a montré que l'adoption du nouveau régime avait occasionné, dans l'ensemble, une réduction de la consommation des médicaments prescrits chez les prestataires de l'aide sociale, que la sous-consommation avait entraîné divers événements indésirables (hospitalisation, institutionnalisation, décès hors de l'hôpital) et s'était traduite par des coûts ailleurs dans le réseau de la santé (visites médicales, visites à l'urgence). Cela va à l'encontre d'une allocation efficace des ressources. Le correctif apporté (le retour à la gratuité pour les prestataires ayant des contraintes sévères à l'emploi) n'a pas touché les autres prestataires.

Sur le plan de l'équité, il apparaît que les prestataires de l'assistance-emploi dont nous parlons ici ne bénéficient pas d'une égalité de traitement si on les compare à d'autres groupes en situation analogue. On pense aux assistés sociaux ayant des contraintes sévères en emploi qui, bien que recevant une prestation plus élevée (8 844 \$ pour une personne seule et 13 152 \$ pour un couple sur une base annuelle), bénéficient de la gratuité complète des médicaments prescrits ou, encore, aux personnes âgées admissibles au supplément maximum qui, même si elles sont soumises aux mêmes règles concernant la franchise, la coassurance et la contribution maximale, jouissent d'une garantie de revenu plus élevée (plus de 11 000 \$ pour une personne seule et environ 17 900 \$ pour un couple)²³.

Le CSF rappelle que des femmes font partie du groupe en question (93 322 sont considérées sans contraintes à l'emploi et 77 072 avec des contraintes temporaires en octobre 1999)²⁴. Plusieurs assument la responsabilité d'enfants de moins de 5 ans

²¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*, décembre 1999, p. 19.

²² Sous la direction de Robyn TAMBLYN. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, parties I et II, *Rapport final* et *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, *Résumé*, Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster (CHEPA) et USAGE, mars 1999, 28 p.

²³ Ministère du Développement des ressources humaines. *Taux des prestations de la sécurité de la vieillesse*, janvier-mars 2000, adresse URL : http://www.hrdc-drhc.ca/isp/oas/rates_1f.shtml

²⁴ Ministère de la Solidarité sociale. *Op. cit.*, février 2000, p. 4.

(43 008) ou sont parents seuls (66 643) et un certain nombre ne bénéficient pas d'un niveau de scolarité ou d'une expérience de travail qui leur permettrait de s'insérer de façon durable sur le marché du travail. D'autres (24 176) ont atteint un âge (55 ans et plus) où l'intégration en emploi est particulièrement difficile alors même que le besoin de médicaments à titre préventif ou curatif se fait plus souvent sentir.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

- 4. Que, comme tous les Québécois et les Québécoises, les prestataires d'assistance-emploi, notamment ceux qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi, aient un véritable accès aux médicaments prescrits que leur état de santé requiert; pour y arriver, on doit faire en sorte qu'ils bénéficient d'un revenu suffisant ou/et remettre en question la franchise ou la coassurance qui sont imposées à la majorité d'entre eux.**

On pourrait choisir d'enlever la franchise tout en maintenant la coassurance dans le but de faire obstacle à la surconsommation des médicaments prescrits. Si l'on estime que l'imposition d'une franchise ou d'une coassurance est justifiée, il faudrait alors faire en sorte que ces prestataires touchent un revenu suffisant pour les assumer.

En outre, les études sur la consommation des médicaments prescrits par divers groupes apparaissent essentielles pour porter un jugement éclairé sur le régime et y apporter au besoin des modifications.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

- 5. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux continue de vérifier régulièrement, par divers moyens, si les prestataires d'assistance-emploi bénéficient d'un véritable accès aux médicaments prescrits que leur état de santé requiert et porte une attention particulière aux différents groupes de prestataires qui, en vertu de leur statut, n'ont pas droit à la prestation maximale.**

2.2.2 Les personnes de 65 ans et plus

Comme on l'a vu, l'avènement du régime public d'assurance-médicaments a rendu l'accès aux médicaments plus coûteux pour les personnes de 65 ans et plus.

En premier lieu, on sait que certaines sont exemptées de la prime en raison de leur revenu jugé trop faible [environ 46 100 femmes âgées (8,6 %) et 15 800 hommes âgés (4,3 %) recevaient le maximum du supplément de revenu garanti en 1998]²⁵. Les statistiques fiscales de 1997 indiquent, par ailleurs, que 289 763 femmes âgées de 65 ans et plus avaient versé quelque 36 millions de dollars au régime public d'assurance-médicaments en 1997, pour une cotisation moyenne de 124 \$. De leur côté, 257 381 hommes de 65 ans

²⁵ Statistiques obtenues de : Groupe de l'analyse quantitative et information, politique sociale, ministère du Développement des ressources humaines, 1999.

et plus avaient versé environ 45 millions de dollars, soit une cotisation moyenne de 175 \$²⁶. Rappelons qu'un contribuable doit acquitter sa prime personnelle au moment de sa déclaration des revenus, mais qu'il peut également choisir d'acquitter celle de son conjoint. Le niveau de la cotisation moyenne versée est indicatif de la contribution moyenne d'un groupe – mais à un moindre égard de la prime individuelle versée – puisque des hommes âgés peuvent avoir choisi d'assumer la prime de leur conjointe et vice versa.

En second lieu, on sait que les personnes âgées défraient une partie des coûts des médicaments consommés, la contribution maximale exigée variant en fonction de trois catégories (avec supplément maximum, avec supplément partiel et sans supplément). Selon le rapport Tamblyn, les personnes âgées ont, dans l'ensemble, réduit leur consommation de médicaments d'ordonnance avec l'arrivée du nouveau régime; cet effet se serait fait sentir davantage chez les personnes âgées qui étaient soumises à la contribution maximale de 750 \$.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux personnes âgées, il faut se garder des généralisations et être particulièrement attentif à la situation souvent différente dans laquelle se retrouvent les hommes et les femmes âgés²⁷. La situation familiale, l'âge et le sexe des personnes âgées apparaissent ici des variables à ne pas négliger. En effet, à mesure qu'elles avancent en âge, les femmes ont une probabilité de vivre seules beaucoup plus élevée que les hommes. Par exemple, 74,8 % des hommes de 65 ans et plus vivaient en couple en 1996, mais seulement 39,6 % des femmes âgées. À 85 ans et plus, la moitié des hommes vivaient encore en couple (49,8 %) alors que c'était le cas de moins d'une femme sur dix (8,8 %). Comme les femmes âgées touchent, en moyenne, un revenu de beaucoup inférieur à celui des hommes âgés, le veuvage met alors en relief la faiblesse de leur revenu personnel. En 1996, le revenu moyen des femmes de 65 ans et plus s'élevait, en effet, à 15 046 \$ alors que celui des hommes atteignait 23 490 \$.

Au regard de l'**efficacité** du régime tant sur le plan individuel que social, il importe de s'assurer que les personnes âgées ont accès aux médicaments requis par leur état de santé.

Du point de vue de l'**équité**, il faut s'assurer que les personnes âgées soient traitées avec la même considération que les plus jeunes en ce qui a trait à l'accès aux médicaments, et ce, d'autant plus que leurs besoins à cet égard sont ordinairement plus grands que ceux des plus jeunes. Dans son rapport portant sur les pistes de révision²⁸, le Ministère reconnaît que la détermination de trois seuils quant à la contribution maximale mensuelle ou annuelle exigée (200 \$, 500 \$ et 750 \$) de la part des personnes âgées est source d'iniquités. Des personnes âgées qui ne se différencient pas beaucoup par leur situation financière sont, en effet, parfois soumises à un effort financier sensiblement différent au moment de l'achat de médicaments.

²⁶ Ministère des Finances et ministère du Revenu. *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 1997*, Québec, 1999, p. 79.

²⁷ Conseil du statut de la femme. *Op. cit.*, p. 7 et 23.

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Op. cit.*, janvier 2000, p. 40.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

6. Que des correctifs soient apportés au problème d'iniquité causé par la détermination des trois seuils de contribution annuelle dans le cas des personnes de 65 ans et plus.

2.2.3 Les adhérentes et les adhérents au régime public d'assurance-médicaments

Depuis l'avènement du régime public d'assurance-médicaments, ceux et celles que l'on appelle les adhérents de même que leurs enfants bénéficient, sans conteste, d'une protection dont la valeur est appréciable, notamment ceux et celles qui, sans le régime, auraient dû affecter des sommes importantes à l'achat de médicaments prescrits ou se priver des médicaments que leur état de santé nécessite. À ce propos, il semble que les adhérents au régime public auraient une dépense moyenne en médicaments par adulte un peu plus élevée que celle des assurés des régimes collectifs (314 \$ par année pour les premiers et 301 \$ par année pour les seconds, selon des prévisions établies pour 2000-2001)²⁹. Comme le régime public est jugé actuellement déficitaire et devant l'éventualité d'une révision significative de ses paramètres, il est important d'examiner le régime du point de vue des adhérents puisque ceux-ci représentent le groupe principal qui finance le Fonds de l'assurance-médicaments. En 1997, selon les statistiques fiscales, les adhérents représentaient 60,3 % des cotisants au Fonds et versaient 60,6 % des revenus du Fonds, alors que les personnes âgées constituaient 39,7 % des cotisants et versaient 39,4 % des revenus cotisés³⁰.

Par ailleurs, le coût net des médicaments des personnes âgées et des prestataires de l'aide sociale (une fois la franchise et la coassurance acquittées) est assumé par le Fonds du revenu consolidé. Pour sa part, le Fonds de l'assurance-médicaments défraie le coût net des médicaments achetés par les adhérents, les coûts de perception des primes du ministère du Revenu de même que tous les coûts d'administration du régime public (système interactif de paiement, etc.). Il apparaît donc que le partage des revenus et des coûts entre le Fonds de l'assurance-médicaments et le Fonds du revenu consolidé n'est pas effectué selon la logique des clientèles desservies. Il faudrait voir si les primes recueillies auprès des personnes âgées et qui sont affectées au Fonds de l'assurance-médicaments compensent les coûts de perception et d'administration du régime qui sont imputables aux personnes âgées et aux prestataires de l'assistance-emploi. Il faudrait voir également si elles compensent le soutien qui est apporté aux adhérents à faible revenu sous la forme de réduction de prime.

Comme on l'a vu, le régime public diffère, en effet, des régimes collectifs privés en ce qui a trait à la fixation de la prime. Alors que la prime est la même pour tous les assurés d'un régime collectif donné ayant le même statut familial, la prime exigée par le régime public s'établit dans un certain intervalle de revenu entre 0 à 175 \$ par adulte, en fonction de la situation familiale (personne seule, couple sans enfants, couple avec un enfant et

²⁹ *Ibid.*, p. 37 et 47.

³⁰ Ministère des Finances et ministère du Revenu. *Op. cit.*, p. 79-82.

couple avec plus d'un enfant) et du revenu familial. Si le Fonds de l'assurance-médicaments ne recevait que les primes versées par les adhérents, ceux et celles qui, parmi eux, paient la prime annuelle maximale seraient appelés à soutenir, de façon plus importante que ne le font les assurés des régimes collectifs privés, les adhérents qui versent une prime inférieure, ont des enfants ou sont de gros consommateurs de médicaments.

Or, les statistiques fiscales de 1997 indiquent que le régime public d'assurance-médicaments s'adressait, somme toute, à des personnes ayant des revenus modestes. Il est intéressant, à cet égard, d'établir un parallèle entre les contribuables regroupés par tranche de revenu total et leur participation au régime public d'assurance-médicaments. Ainsi :

- **les personnes ayant un revenu de moins de 10 000 \$** : elles représentaient 2,2 % des personnes imposables, étaient redevables de moins de 0,1 % de l'impôt à payer, constituaient 6,8 % des cotisants au régime et avaient versé 5,6 % des cotisations;
- **les personnes touchant entre 10 000 \$ et 19 999 \$** : elles représentaient 24,9 % des contribuables imposables, étaient redevables de 4,7 % de l'impôt à payer, constituaient 50,9 % des cotisants du régime et avaient versé 41,3 % des cotisations;
- **les personnes touchant entre 20 000\$ et 29 999 \$** : elles représentaient 24,6 % des contribuables imposables, étaient redevables de 12,8 % de l'impôt à payer, constituaient 22,9 % des cotisants et avaient versé 28 % des cotisations;
- **les personnes touchant entre 30 000 \$ et 39 999 \$** : elles représentaient 18,6 % des contribuables imposables, étaient redevables de 16,8 % de l'impôt à payer, constituaient 9,8 % des cotisants au régime et avaient versé 12,8 % des cotisations;
- **les personnes touchant entre 40 000 \$ et 49 999 \$** : elles représentaient 12 % des contribuables imposables, étaient redevables de 15,8 % de l'impôt à payer, constituaient 4,1 % des cotisants au régime et avaient versé 5,3 % des cotisations;
- **les personnes touchant 50 000 \$ et plus** : elles représentaient 17,6 % des contribuables imposables, étaient redevables de 49,8 % de l'impôt à payer, constituaient 5,5 % des cotisants au régime et avaient versé 6,9 % des cotisations.

TABLEAU 1 — Les contribuables, l'impôt et la participation au régime public d'assurance-médicaments

Répartition des contribuables imposables, de l'impôt à payer, des cotisants au régime public d'assurance-médicaments et des cotisations versées, selon la tranche de revenu total des contribuables, Québec, année fiscale 1997 (pourcentages)

Tranche de revenu total	Impôt à payer		Régime public d'assurance-médicaments	
	% des contribuables imposables	% de l'impôt à payer	% des cotisants	% des cotisations versées
Moins de 10 000 \$	2,2	0,1	6,8	5,6
10 000 et 19 999 \$	24,9	4,7	50,9	41,3
20 000 et 29 999 \$	24,6	12,8	22,9	28,0
30 000 et 39 999 \$	18,6	16,8	9,8	12,8
40 000 et 49 999 \$	12,0	15,8	4,1	5,3
50 000 \$ et plus	17,6	49,8	5,5	6,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Calculs effectués par le Conseil du statut de la femme à partir de : ministère des Finances et ministère du Revenu. *Statistiques fiscales des particuliers. Année d'imposition 1997*, Québec, 1999, tableau 4, p. 83 à 100.

On constate que la solidarité qui s'exerce entre les adhérents du régime public ne concerne qu'une fraction de la population québécoise et que cette fraction ne constitue pas nécessairement la plus avantagée sur le plan des revenus.

Comme nous le verrons au prochain chapitre, certaines hypothèses de révision du régime général d'assurance-médicaments suggèrent que les primes perçues auprès des personnes âgées pourraient être affectées au Fonds du revenu consolidé plutôt qu'au Fonds de l'assurance-médicaments. On s'aperçoit que si l'on donnait suite à de telles hypothèses, sans répartir plus largement dans toute la société les coûts du volet « assistance » du régime public (c'est-à-dire le soutien accordé à ceux qui ne versent pas la prime complète ou à ceux qui ont des enfants ou à ceux qui sont des consommateurs importants), le régime public deviendrait très inéquitable pour un certain nombre d'adhérents. Ceux qui paient la prime complète devraient alors supporter des primes sans rapport avec ce qui serait requis dans un régime plus conforme aux principes d'une assurance sociale. Ceux-ci risqueraient alors d'être fortement désavantagés par rapport aux assurés des régimes collectifs privés.

Il importe que la révision des paramètres du régime ne soit pas source d'iniquités.

2.2.4 Les assurés des régimes collectifs privés

Les régimes collectifs privés comportent également des éléments qui mériteraient des correctifs dans certains cas. Nous en ferons une énumération rapide :

- certains assurés à faible revenu sont amenés à payer une prime plus élevée qu'ils ne feraient s'ils adhéraient au régime public;
- les parents doivent généralement contribuer pour leurs enfants (prime, franchise et coassurance); en revanche, les médicaments sont gratuits pour les enfants dans le régime public, le coût de la couverture étant assumé par le Fonds consolidé ou par l'ensemble des cotisants;
- les assurés qui sont tenus par la loi d'assurer leur conjoint et leurs enfants peuvent être obligés d'acquiescer une protection plus étendue et plus coûteuse que celle offerte par le régime public;
- les contributions déjà effectuées à un régime collectif ne sont pas nécessairement comptabilisées lorsqu'un assuré est appelé à changer d'emploi et de régime;
- des problèmes liés au respect de la confidentialité peuvent se poser quand l'employeur ou le syndicat participe directement à la gestion du régime collectif.

Dans le prochain chapitre, nous étudierons les pistes de révision proposées en gardant ces considérations en tête.

CHAPITRE III — ÉVALUATION DES PISTES DE RÉVISION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Le rapport sur les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments examine plusieurs avenues dans le but de réduire la contribution du Fonds du revenu consolidé au financement des médicaments prescrits pour les personnes âgées et les prestataires de l'assurance-emploi et de faire disparaître le déficit actuel et anticipé du Fonds de l'assurance-médicaments. En partant de l'analyse faite au chapitre précédent, nous identifierons les pistes de révision du régime qui nous apparaissent les plus intéressantes. La formule privilégiée empruntera certains éléments qui sont contenus dans des pistes que nous avons, par ailleurs, écartées. Enfin, nous exposerons les raisons qui nous ont amené à rejeter certaines avenues.

3.1 Pistes les plus intéressantes

3.1.1 Le scénario 7 : régime universel public

Le remplacement du régime mixte que nous avons actuellement (régimes collectifs privés, d'une part, et régime public, d'autre part) par un seul régime public et universel représente la solution qui amènerait la meilleure intégration des diverses composantes du système de santé. En effet, les médicaments prescrits font partie du système de santé comme les soins hospitaliers et les services médicaux. L'accès aux médicaments serait désormais entièrement du ressort d'une politique publique comme c'est le cas pour les services hospitaliers et médicaux de base. Les conditions pourraient être réunies pour qu'une meilleure allocation des ressources soit réalisée entre les diverses composantes du système de santé. De plus, la possibilité de transférer les mauvais risques au régime public n'aurait plus cours dans la mesure où une telle tendance existe présentement. Les problèmes de bris de confidentialité seraient atténués. Peut-on penser qu'étant le seul assureur, l'État pourrait exercer un meilleur contrôle sur l'évolution des prix des médicaments prescrits?

Si les modalités du régime public universel ne sont pas clairement exposées dans le document gouvernemental, on peut penser que son financement tiendrait compte, mieux que le régime mixte ne le fait présentement, de la capacité de payer de chaque contribuable. Certaines disparités qui existent présentement entre le régime public et les régimes collectifs pourraient disparaître (franchise et taux de coassurance, couverture des enfants, liste des médicaments remboursés, etc.). Malgré tout, on peut penser que des différences de traitement pourraient être maintenues entre les différentes clientèles selon le statut des personnes et leur situation de revenu (prestataires de l'assurance-emploi, personnes âgées et autres adhérents). Enfin, le soutien des clientèles à risque serait mieux réparti entre les contribuables sans que l'appartenance à un milieu socioprofessionnel donné entre en considération comme actuellement avec le régime mixte.

En conséquence, le Conseil du statut de la femme recommande :

7. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux examine plus à fond la possibilité d'instaurer un régime universel public d'assurance-médicaments.

3.1.2 Le scénario 4 : financement du Fonds de l'assurance-médicaments par une prime uniforme et par une compensation pour les personnes à faible revenu

La décision, en 1996, de baser le régime général sur les régimes collectifs privés et un régime public complémentaire a probablement été prise en considérant le rôle important que jouait déjà l'industrie privée dans le domaine de l'offre des services d'assurance collective en assurance-médicaments. En l'absence d'un régime universel public, le scénario 4 nous semble le plus prometteur.

Ce scénario propose que la prime payée par les adhérents adultes soit uniforme. Le Fonds d'assurance-médicaments serait donc doté des ressources financières lui permettant de remplir ses responsabilités et d'établir la prime en fonction des principes d'une assurance sociale pour les adhérents. Les personnes à faible revenu se verraient accorder une compensation sous forme d'exemption de prime ou d'aide fiscale. Ainsi, tous les contribuables, et non seulement les adhérents et les personnes âgées, apporteraient leur soutien à ceux qui ne peuvent verser une prime complète, ce qui garantirait une meilleure équité.

Selon le CSF, une aide fiscale analogue pourrait également être accordée aux assurés à faible revenu des régimes collectifs privés (comme le prévoit d'ailleurs le scénario 5), ce qui rendrait le régime général encore plus équitable.

Par ailleurs, selon ce scénario, les primes prélevées auprès des personnes âgées seraient affectées au financement des coûts des médicaments des personnes âgées qui est assumé par le Fonds du revenu consolidé, ce qui introduirait plus de cohérence dans le régime. Dans ce cas, la partie des frais d'administration et de perception des primes imputables à la clientèle des personnes âgées et des prestataires de l'assistance-emploi devrait, selon le CSF, être à la charge du Fonds du revenu consolidé, s'il n'en va pas ainsi présentement. De plus, le Fonds de l'assurance-médicaments pourrait se voir confier l'administration complète du régime, tant pour la clientèle des adhérents que celle des personnes âgées et des prestataires de l'assurance-emploi, mais il faudrait s'assurer, par souci de cohérence, d'une gestion séparée des revenus et des dépenses associés à ces deux clientèles.

Enfin, à la section 2.3 du rapport portant sur les pistes de révision du régime général, on fait état d'un partage inégal des coûts existant entre le régime public et les régimes collectifs privés. Cette situation résulterait du fait que les assurés au régime public occasionnent des déboursés moyens plus élevés en médicaments que les assurés des régimes collectifs. Le rapport suggère qu'un mécanisme analogue à celui qui existe chez les assureurs privés et qui permet une mise en commun des coûts occasionnés par les mauvais risques pourrait également être appliqué entre le régime public et les régimes

collectifs privés. Sur cette question, nous croyons que le coût du régime public qui est imputable aux personnes âgées et aux prestataires de l'assistance-emploi devrait continuer d'être affecté au Fonds du revenu consolidé. Cependant, en ce qui a trait à la différence de prime existant entre les adhérents au régime public et les assurés des régimes collectifs privés, un tel mécanisme d'ajustement pourrait être envisagé.

Une alternative pourrait être la mise sur pied d'un régime « catastrophe » par le régime public, en complément de ce qui existe présentement, qui prendrait à sa charge le coût des médicaments des mauvais risques, autant ceux qui font partie du groupe des adhérents du régime public que ceux qui sont assurés par les régimes collectifs privés. Toutes les parties (employeurs, assurés, adhérents ou contribuables) devraient alors être appelées à contribuer.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

8. Qu'en l'absence de l'établissement d'un régime public universel d'assurance-médicaments :

- **le Fonds de l'assurance-médicaments soit financé par une prime uniforme;**
- **une compensation soit attribuée aux personnes à faible revenu couvertes par le régime public et par les régimes collectifs privés d'assurance-médicaments;**
- **le coût du régime public imputable aux personnes âgées et aux prestataires de l'assistance-emploi continue d'être affecté au Fonds du revenu consolidé;**
- **un mécanisme visant à assurer un meilleur équilibre des risques entre les adhérents au régime public et les assurés des régimes collectifs privés soit mis en place.**

3.2 Considérations sur certaines modifications suggérées

On propose d'inscrire dans la loi l'obligation de réviser annuellement la prime en fonction de l'évolution des dépenses nettes du régime, ce qui semble être une condition souhaitable si l'on veut maintenir le régime en équilibre. Les scénarios envisagent également de porter de 4 % à 6 % le taux auquel sera calculée la prime sur la portion des revenus qui excède l'exemption de base accordée. Il faut être conscient que le nouveau taux viendra se cumuler aux taux de réduction des autres mesures sélectives selon le revenu qui existent déjà avec les conséquences possibles sur l'incitation au travail.

3.3 Pistes à rejeter

Nous ferons quelques commentaires sur les scénarios qui nous apparaissent moins intéressants.

➤ **Le scénario 1 : ajustement de la prime pour équilibrer le Fonds de l'assurance-médicaments**

La prime pourrait être portée de 150 \$ à 300 \$. Ce scénario fait reposer uniquement sur une hausse de la prime prélevée auprès des adhérents et des personnes âgées la remise à flot du régime public. Il ne corrige donc pas les iniquités notées précédemment et pourrait même les accentuer en faisant reposer l'interfinancement du régime sur les seules épaules des adhérents un peu mieux nantis. Par ailleurs, le partage des responsabilités et des revenus entre le Fonds consolidé et le Fonds de l'assurance-médicaments demeurerait ambigu.

➤ **Le scénario 2 : ajustement de la prime pour équilibrer le Fonds de l'assurance-médicaments et modification des paramètres de contribution des usagers**

Dans ce scénario, l'ajustement se ferait en jouant sur la prime qui passerait de 175 \$ à 275 \$ et sur la contribution des consommateurs de médicaments, puisque la franchise et la contribution maximale seraient accrues et que la coassurance passerait de 25 % à 30 %.

On peut retenir les mêmes critiques que nous avons faites précédemment. De plus, la hausse de la contribution exigée au moment de l'achat de médicaments risquerait d'entraîner une réduction de la consommation. De plus, le régime deviendrait moins accessible aux personnes qui ont un revenu faible et fixe (prestataires, travailleurs au salaire minimum, etc.). Enfin, une plus grande solidarité existerait à l'intérieur des régimes collectifs privés entre les assurés bien portant et ceux qui nécessitent des médicaments qu'à l'intérieur du régime public, puisqu'ils continueraient à appliquer une coassurance de 20 % environ alors que le taux de la coassurance grimperait à plus de 30 % dans le régime public.

➤ **Le scénario 3 : autofinancement du Fonds de l'assurance-médicaments par les seuls adhérents**

Les prestations recueillies auprès des personnes âgées seraient affectées au Fonds consolidé sans que d'autres mesures ne soient mises en place pour supporter le Fonds de l'assurance-médicaments. Les adhérents du régime public qui ont plus de ressources financières, dont la prime passerait de 175 \$ à 550 \$, assumeraient seuls les déboursés plus élevés en médicaments que nécessite la clientèle de même que le manque à gagner découlant, pour le Fonds, des exemptions de prime totales ou partielles. Cette option accentuerait les iniquités et ne doit pas être retenue.

➤ **Le scénario 5 : régime d'assurance privée pour les adhérents**

Tous les adhérents actuels du régime public devraient s'en remettre à un régime privé pour l'assurance-médicaments et le gouvernement continuerait à assurer la protection des prestataires de l'assurance-emploi et des personnes âgées. Par ailleurs, le gouvernement aiderait les assurés à faible revenu à acquitter leur prime.

Le rapport gouvernemental énumère toute une série de difficultés que cette situation pourrait entraîner pour le gouvernement. Entre autres, le gouvernement devrait s'assurer que toutes les personnes adhèrent à un régime privé, établir des règles minimales, prévoir toute une série de contrôles pour s'assurer que les assureurs privés ne font pas de l'antisélection et établissent les primes à un niveau acceptable. Enfin, le gouvernement réduirait sa capacité d'action en ce qui touche les médicaments (fixation et évolution des prix, etc.). Ce scénario ne doit pas être considéré.

➤ **Le scénario 6 : régime d'assurance du type catastrophe pour les adhérents**

Le régime assurerait aux adhérents une protection uniquement dans le cas d'une consommation importante de médicaments. Cette avenue entraînerait à coup sûr une réduction de la consommation des médicaments prescrits et viendrait annuler un des effets bénéfiques de l'adoption du nouveau régime constatés par la commission Tamblyn. À ce titre, un tel régime n'accorderait plus aux adhérents un accès raisonnable aux médicaments sans égard au revenu. Les prestataires de l'assistance-emploi obtiendraient une couverture bien inférieure en devenant adhérents, ce qui pourrait faire obstacle à la sortie de l'assistance-emploi. Cette option s'avère donc moins intéressante.

CONCLUSION

La Loi sur l'assurance-médicaments prévoit l'obligation d'en évaluer la mise en œuvre et le fonctionnement au plus tard en janvier 2000. En réponse à cette disposition, le ministère de la Santé et des Services sociaux a rendu publiques différentes pistes de révision du régime d'assurance-médicaments qui concernent à la fois la croissance des coûts du régime et son financement. Ces pistes seront discutées lors des travaux de la Commission des affaires sociales portant sur le rapport d'évaluation du régime général d'assurance-médicaments.

Le présent mémoire du Conseil du statut de la femme s'inscrit dans le cadre de ces travaux. Au départ, nous avons tenu à rappeler que le régime d'assurance-médicaments a été mis sur pied dans le contexte d'une transformation majeure du système de santé, notamment la mise en œuvre du virage ambulatoire. Nous avons également insisté sur les spécificités des conditions de vie des femmes qui ont des conséquences sur leur consommation de médicaments, particulièrement leur état de santé et leur niveau de revenu.

En réponse aux inquiétudes relatives à l'augmentation des coûts du régime, le Conseil du statut de la femme considère que le gouvernement doit se doter d'une politique du médicament qui interviendra en amont, soit auprès des fabricants de médicaments et des prescripteurs.

En ce qui a trait à l'évaluation du régime d'assurance-médicaments, le Conseil se réjouit de la plus grande accessibilité aux médicaments pour les adultes et les enfants qui ne bénéficiaient d'aucune protection publique ou privée avant la mise en place du régime. Par contre, pour ce qui est des prestataires de l'assistance-emploi n'ayant pas de contraintes sévères à l'emploi, le Conseil déplore que le nouveau régime public ait réduit leur accessibilité aux médicaments d'ordonnance en imposant à la majorité d'entre eux des coûts qu'ils n'avaient pas à supporter auparavant. En ce qui concerne les personnes âgées, le Conseil rappelle l'importance d'être attentif à la situation souvent différente dans laquelle se trouvent les femmes et les hommes âgés.

Le dernier chapitre de ce mémoire s'intéresse aux pistes de financement du régime d'assurance-médicaments. Le Conseil croit que le régime d'assurance-médicaments devrait être un régime universel et gratuit. Plusieurs avantages découlent de cette proposition : une meilleure intégration des médicaments dans le système de santé, une possibilité d'un meilleur contrôle des coûts, une plus grande solidarité de l'ensemble des contribuables, une meilleure accessibilité pour les personnes à faible revenu, la disparition des différences de couverture entre le régime public et le régime privé. Toutefois, dans l'éventualité où ce scénario ne serait pas retenu, le Conseil propose un régime avec une prime uniforme établie en fonction des principes d'une assurance sociale. Une compensation serait accordée aux personnes à faible revenu sous forme d'exemption de primes ou d'aide fiscale en vue de permettre un accès réel aux médicaments pour toutes les personnes qui en ont besoin.

Par ailleurs, le Conseil du statut de la femme déplore que l'évaluation du régime d'assurance-médicaments soit menée indépendamment d'une réflexion sur l'ensemble du système de santé québécois. Nous croyons que les médicaments ne peuvent être considérés isolément des autres services de santé et que le régime d'assurance-médicaments ne devrait pas être évalué en marge des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. De plus, la mise en œuvre du virage ambulatoire a donné une importance accrue aux médicaments dans la prévention et le traitement des maladies de même que lors de la convalescence. C'est donc fonder une réflexion sur de fausses prémisses que de considérer le coût du régime d'assurance-médicaments uniquement comme une nouvelle dépense pour l'État. Il faut plutôt y voir une nouvelle façon de rendre des services de santé associée à une nouvelle répartition de coûts.

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

1. Que la politique du prix le plus bas soit appliquée intégralement au Québec, comme elle l'est dans le reste du Canada.
2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux prépare une politique du médicament qui viserait à mieux encadrer l'industrie du médicament, à agir sur les médecins pour éviter la surprescription, à encourager davantage l'utilisation des médicaments moins coûteux et à sensibiliser la population aux dangers de la surconsommation.
3. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue la possibilité de créer un « dossier unique » où serait consigné l'ensemble des médicaments utilisés par une personne, lequel pourrait être consulté par les médecins de même que par les pharmaciennes et les pharmaciens.
4. Que, comme tous les Québécois et les Québécoises, les prestataires d'assistance-emploi, notamment ceux qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi, aient un véritable accès aux médicaments prescrits que leur état de santé requiert; pour y arriver, on doit faire en sorte qu'ils bénéficient d'un revenu suffisant ou/et remettre en question la franchise ou la coassurance qui sont imposées à la majorité d'entre eux.
5. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux continue de vérifier régulièrement, par divers moyens, si les prestataires d'assistance-emploi bénéficient d'un véritable accès aux médicaments prescrits que leur état de santé requiert et porte une attention particulière aux différents groupes de prestataires qui, en vertu de leur statut, n'ont pas droit à la prestation maximale.
6. Que des correctifs soient apportés au problème d'iniquité causé par la détermination des trois seuils de contribution annuelle dans le cas des personnes de 65 ans et plus.
7. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux examine plus à fond la possibilité d'instaurer un régime universel public d'assurance-médicaments.
8. Qu'en l'absence de l'établissement d'un régime public universel d'assurance-médicaments :
 - le Fonds de l'assurance-médicaments soit financé par une prime uniforme;
 - une compensation soit attribuée aux personnes à faible revenu couvertes par le régime public et par les régimes collectifs privés d'assurance-médicaments;
 - le coût du régime public imputable aux personnes âgées et aux prestataires de l'assistance-emploi continue d'être affecté au Fonds du revenu consolidé;
 - un mécanisme visant à assurer un meilleur équilibre des risques entre les adhérents au régime public et les assurés des régimes collectifs privés soit mis en place.

BIBLIOGRAPHIE

BERNARD, JEAN-Marc. « Le partage des coûts », *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*, Québec, Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p. 65-103.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'elles – Les femmes âgées du Québec*, Québec, 1999, 56 p.

DROLET, Marie. *L'écart persistant : Nouvelle évidence empirique concernant l'écart salarial entre les hommes et les femmes au Canada*, Statistique Canada, décembre 1999, catalogue 75F0002MIF-99008, 55 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments*, Québec, décembre 1999, 93 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les pistes de révision du régime général d'assurance-médicaments*, Québec, janvier 2000, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Assistance-emploi. Prestations-adultes du Programme d'assistance-emploi (en vigueur le 1^{er} janvier 2000)*, Québec, décembre 1999, 2 p.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Rapport statistique sur les prestataires du programme d'assistance-emploi Octobre 1999*, Québec, février 2000.

MINISTÈRE DES FINANCES et MINISTÈRE DU REVENU. *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 1997*, Québec, 1999.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES. *Taux des prestations de la sécurité de la vieillesse*, janvier-mars 2000, adresse URL : http://www.hrdc-drhc.ca/isp/oas/rates_1f.shtml

PERREAULT, Matthieu. « La publicité influence le médecin dans le choix d'un médicament », *La Presse*, 4 février 2000, p. A9.

ROVNER, Julie. « Prescription Drug Prices », *CQ Researcher, Washington Congressional Quarterly Inc./EBSCO Publishing*, vol. 2, n° 26, 17 juillet 1992, p. 597-615 (extraits publiés dans Olivier FRAYSSÉ. « La crise du système de santé aux États-Unis », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 744, 1995).

SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Santé Québec, 1995.

TAMBLYN, Robyn. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, parties I et II, *Rapport final* et *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, *Résumé*, Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster (CHEPA) et USAGE, mars 1999, 28 p.