

CONSEIL DES ÂNÉS

MÉMOIRE SUR LE

PROJET DE LOI NO 33

LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ET

MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES.

Juin 1996

PROJET DE LOI 33: LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ET MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES.

Introduction

Après avoir analysé le projet de loi 33 visant l'instauration d'un régime universel d'assurance-médicaments, le Conseil ne s'oppose pas au principe même du projet de loi qui veut d'une part, rendre les médicaments disponibles à l'ensemble de la population et d'autre part, diminuer les coûts reliés à la consommation de médicaments. Toutefois, le Conseil est particulièrement préoccupé par les impacts négatifs que pourront avoir sur la santé des aînés le faible seuil d'exemption proposé pour l'établissement d'une participation à la prime, à la franchise, à la coassurance de même qu'au montant des plafonds établis. L'enquête Santé Québec révélait que les données de la population totale démontrent qu'il existe effectivement un lien entre l'état de santé et le niveau de revenu. Pour le Conseil, il est primordial que la santé des aînés vulnérables ou fragilisés par la maladie soit préservée et que la rationalisation des coûts que le régime propose n'entre pas en contradiction avec la Politique de la santé et du bien-être formulée au niveau québécois.

Position du conseil

Le Conseil déplore le fardeau financier additionnel que le régime proposé impose aux aînés, d'autant plus que celui-ci s'ajoute aux nombreuses mesures qu'ils se sont vu imposer dans le dernier budget.

Avec le nouveau régime, les personnes âgées qui reçoivent le maximum de revenu garanti paieraient jusqu'à un maximum de 300,00 \$ par année, ce qui représente une augmentation de 200 % par rapport aux frais encourus actuellement pour les médicaments. Dans le cas d'un retraité ayant un revenu de

27 000 \$, il paie présentement pour ses médicaments un maximum de 100,00 \$ par année et avec le nouveau régime il aura à déboursier autour de 950,00 \$ par année. Le Conseil s'interroge fortement sur la capacité de payer des personnes âgées, compte tenu qu'un grand nombre d'entre elles sont pauvres ou comptent sur un revenu modeste.

Le Conseil s'inquiète également du discours gouvernemental actuel, largement repris par les médias, qui laisse entendre que les aînés sont bien nantis. Le Conseil demande de corriger rapidement ce message, qui s'avère discriminatoire à l'égard des personnes âgées et qui alimente un mythe de plus en plus véhiculé dans la société. La mise en place de programmes gouvernementaux tels les régimes publics de pension et de support au revenu ont permis aux aînés de vivre leur retraite dans une certaine sécurité.

Le Conseil croit essentiel de ramener les choses à leur juste valeur en rappelant ce qu'il mentionnait dans l'étude qu'il publiait, en janvier, 1995, sur *La situation économique des aînés du Québec*: " quoique la situation économique des aînés se soit améliorée au cours de la dernière décennie, force est cependant de constater que les inégalités sociales engendrées par les inégalités économiques perdurent ". Il convient de rappeler que 50 % de leur revenu provient des régimes publics de retraite et que 30,9 % des femmes et 17,9 % des hommes vivent sous le seuil de pauvreté.

Selon les paramètres du régime proposé dans le projet de loi, les personnes âgées qui bénéficient présentement du maximum du Supplément de revenu garanti (SRG) ne se voient pas imposer de prime, elles doivent cependant assumer une franchise et une coassurance allant jusqu'à un plafond de 300 \$ par année pour leurs médicaments. Pour ce qui est des personnes âgées qui reçoivent le SRG de façon partielle, en plus de devoir payer une prime pouvant aller de 40 \$ à 160 \$, dépendant de leur niveau de revenu, elles doivent assumer une franchise et une coassurance jusqu'à un plafond de 500 \$, pour un total annuel pouvant se situer entre 500 \$ et 660 \$ (prime, franchise et coassurance).

Pour les personnes seules dont le revenu excède 14 800 \$ et pour les couples ayant un revenu de 25 700 \$, en plus de la prime individuelle se situant en moyenne à 176 \$, elles doivent assumer une franchise et une coassurance jusqu'à un plafond de 750 \$, pour un total de 926 \$ par personne pour leurs médicaments. Ce qui revient à dire qu'un couple âgé, dont les deux personnes doivent prendre des médicaments, compte tenu de leur état de santé, devra déboursier jusqu'à 1 852 \$ annuellement.

Les études sont nombreuses qui établissent une corrélation entre la pauvreté et la santé déficiente. L'association persistante entre le niveau socio-économique d'un individu et son état de santé physique et mental est reconnue comme donnée fondamentale en épidémiologie. Plusieurs auteurs associent le fait de vivre isolé à la fréquence de problèmes de santé et de bien-être, ce qui peut avoir pour conséquence pour ces personnes de requérir plus de médicaments.

Considérant l'impact qu'aura le régime proposé sur les personnes âgées ainsi que sur les autres groupes d'âge de la population, le Conseil croit pertinent de rappeler certains faits en rapport avec la situation économique des aînés qui, doivent être pris en considération avant que les décisions finales soient arrêtées quant à cet important dossier. Il est essentiel qu'au moment d'établir ce régime, on ne perde pas

de vue les fondements de base de l'équité sociale.

Les seuils de revenu fixés par Statistique Canada pour 1994, lesquels couvrent les trois besoins essentiels (alimentation, habillement, logement), se situent entre 11 410 \$ et 16 511 \$ pour une personne seule, selon qu'elle habite en région rurale ou en région urbaine de 500 000 habitants et plus. Dans le cas d'un couple habitant des régions similaires, ces seuils sont de l'ordre de 14 263 \$ à 20 639 \$.

Cette situation de faible revenu est particulièrement importante chez les personnes seules. Un récent rapport, élaboré par le ministère de la Sécurité du revenu, attire l'attention sur ce phénomène qui est présent dans tous les groupes d'âge.

" Entre 1973 et 1992, le taux de pauvreté a légèrement progressé chez les 15 à 44 ans. Par contre, chez les 45 et plus, on observe une baisse, la plus appréciable s'étant fait sentir chez les 65 ans et plus dont le taux de pauvreté est passé de 75,6 % à 58,3 %; ce taux est quand même le plus élevé de tous les groupes d'âge. Selon toute la période étudiée, les 25-44 ans enregistrent le taux le plus faible et ce malgré une certaine augmentation de leur taux de pauvreté durant ces années. En 1992, celui-ci est évalué à 33,4 %. "

La situation des femmes âgées de 65 ans et plus vivant seules nécessite une attention particulière lorsque l'on considère les personnes en situation de faible revenu. Il faut bien se rendre compte que les femmes âgées de 65 ans et plus, vivant seules, sont en plus grand nombre que les hommes dans cette situation soit 69,3 % comparativement à 55,2 %.

En ce qui concerne le revenu des personnes âgées, les informations contenues dans l'étude réalisée par le Conseil en 1995: " La situation économique des aînés du Québec ", indiquaient que 65,6 % de l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus ont un revenu inférieur à 15 000 \$ soit 47,5 % chez les hommes et 78,3 % dans le cas des femmes de ce même groupe d'âge.

Suite à son analyse, le Conseil en vient à la conclusion que ce sont principalement les personnes âgées pauvres et à revenu modeste qui devront assumer une grande partie du fardeau financier imposé par le nouveau régime compte tenu qu'ils sont plus à risque d'être malades et de devoir prendre des médicaments. Pourtant le régime se donne comme objectif d'introduire l'équité.

Le fait d'exiger une contribution trop élevée aux personnes âgées risque de les inciter à ne pas respecter les prescriptions requises par leur état de santé ou à voir plusieurs en diminuer les dosages, ce qui pourrait provoquer des retours aux salles d'urgence et à des périodes d'hospitalisation imposant ainsi des coûts additionnels au système de santé. Certaines personnes pourraient décider de se traiter elles-mêmes en ayant recours à des médicaments en vente libre ou en se tournant vers des techniques alternatives qui ne sont pas toutes reconnues scientifiquement. Il faut de l'avis du Conseil, bien doser le régime afin d'éviter des effets pervers qui pourraient avoir un impact sur la santé et le bien être des aînés ainsi que des autres groupes d'âges de la population.

Pour être en mesure de se maintenir dans leur milieu de vie naturel, les personnes vieillissantes doivent, en plus de satisfaire leurs trois besoins fondamentaux (alimentation, logement et habillement) être capables financièrement de se procurer certains services dont elles ont besoin tels: transport, entretien ménager, aide domestique, assistance personnelle et autres. Le virage ambulatoire ne diminuera certainement pas les coûts reliés à ces besoins. De plus, il importe de permettre à ces personnes de se permettre un minimum de loisirs. Il ne faut pas oublier que pour un grand nombre d'entre elles le bénévolat fait partie de leurs loisirs.

Le Conseil juge essentiel que ce soit le gouvernement qui fixe les balises par règlement concernant la franchise, la coassurance et le plafond. En ce qui concerne la liste des médicaments couverts par le régime, le Conseil souhaite que dans la pratique et dans l'avenir, cette liste ne soit pas diminuée par seul souci de réduction des dépenses gouvernementales. À cet égard, il regrette que le projet de loi n'ait pas tenu compte de l'opinion du comité d'experts à l'effet d'ajouter certaines fournitures telles les seringues pour l'injection de l'insuline qui sont nécessaires à l'administration des médicaments et de prioriser les médicaments génériques.

Le Conseil se questionne également sur la précipitation du gouvernement à vouloir implanter rapidement le régime d'assurance-médicaments. Il s'inquiète particulièrement au sujet de l'article 120 du projet de loi 33 qui stipule:

" Lorsqu'il décrète l'entrée en vigueur d'une disposition de la présente loi, le gouvernement peut indiquer à quelle date cette disposition prend effet, selon les catégories de personnes qu'il détermine. "

Le Conseil craint que les aînés soient la clientèle de choix visée par cet article. Leur état de santé les oblige à consommer plus de médicaments, la plupart sont déjà dans le fichier de la RAMQ et cela permettrait de diminuer plus rapidement la dépense publique pour les médicaments. Le Conseil demande au gouvernement de considérer l'effet négatif d'une implantation rapide du régime à l'égard des personnes âgées, celles-ci doivent être bien au fait du programme et en avoir une excellente compréhension. En outre, une bonne campagne d'information permettra aux personnes âgées d'être sécurisées à l'endroit du régime et de pouvoir en mesurer tant les effets positifs que négatifs. Il importe de permettre aux aînés, dont les sources de revenus sont fixes, de réviser la planification annuelle de leurs disponibilités financières et de prévoir les coûts reliés au nouveau régime.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

- Éliminer la franchise de 100 \$ ainsi que la coassurance et donc le plafond de 300 \$ pour les personnes qui bénéficient du maximum du Supplément de revenu garanti (SRG).

Recommandation 2

- En ce qui concerne les personnes âgées qui reçoivent le SRG de façon partielle:
 - Ramener le plafond à 300 \$ au lieu de 500 \$;
 - Permettre l'étalement de la franchise en ne faisant pas payer plus de 25 \$ les quatre premières prescriptions.

Recommandation 3

- Rehausser les niveaux de revenu établis : 14 800 \$ et 25 700 \$ selon qu'il s'agit d'une personne seule ou d'un couple, à partir desquels une prime totale est exigée.

Recommandation 4

- Prioriser les médicaments génériques dans la liste des médicaments dressée par le ministre et dont le coût est garanti par le régime général.

Recommandation 5

- Permettre la répartition des coûts des médicaments sur une base trimestrielle dans le cas des aînés dont l'état de santé nécessite plusieurs médicaments et dans le cas des personnes malades qui face à un besoin ponctuel doivent consommer un grand nombre de médicaments. Ces personnes sont susceptibles d'atteindre rapidement le plafond fixé par le régime et les revenus mensuels dont ils disposent ne leur permettront pas d'assumer ces coûts.

Recommandation 6

- Établir les indexations du régime selon un indice des gains de travail des assurés plutôt qu'en fonction des coûts du régime, afin de tenir compte de la capacité de payer de chacun tout en leur permettant de rencontrer leurs besoins essentiels.

Recommandation 7

- Étendre à l'ensemble du Québec l'utilisation de la carte à microprocesseur conçue dans le cadre du projet pilote dans la région de Rimouski.

Recommandation 8

- Prévoir un mécanisme qui permettrait de produire un relevé annuel des médicaments prescrits et des coûts y afférents pour chaque personne.

Recommandation 9

- Confier la gestion du Fonds de l'assurance-médicaments à une régie indépendante telles: la CARRA ou la Caisse de dépôts et de placements sans charge pour la portion administrative qui incombe au gouvernement.

Recommandation 10

- Exercer une très grande vigilance envers les professionnels de la santé qui prescrivent des ordonnances potentiellement non appropriées (OPNA) et prendre des mesures disciplinaires exemplaires contre ceux qui récidivent.

Recommandation 11

- Permettre aux aînés de 65 ans et plus qui le désirent de continuer d'être protégés par un régime collectif familial dont le coût est assumé par l'employeur.

Recommandation 12

- Dans la campagne d'information concernant l'implantation du nouveau régime, il faudra utiliser un langage positif qui ne culpabilise pas les aînés. Le message devra être clair et il devra faire en sorte que le régime soit bien compris autant des aînés que de la population en général.

Recommandation 13

- Intégrer aux campagnes d'information relatives au régime un volet prévention visant de meilleures habitudes de vie incitant l'individu à prendre en charge sa santé.

Recommandation 14

- Éviter une implantation rapide comme le permet l'article 120 afin de permettre aux aînés, dont les sources de revenus sont fixes, d'inclure dans leur planification annuelle les dépenses additionnelles découlant du nouveau régime d'assurance-médicaments.

Conclusion

En mettant en place un régime universel d'assurance-médicaments, le gouvernement favorise la rationalisation des coûts reliés à la consommation de médicaments. Pour que cet exercice soit concluant, le Conseil juge essentiel que l'on mise sur les actions d'éducation, d'information et de responsabilisation de tous les groupes concernés: les individus, les médecins, les pharmaciens, les corporations professionnelles, l'industrie pharmaceutique et les universités.

Le Conseil est également conscient que le gouvernement est guidé par la préoccupation de diminuer le déficit et de ramener les finances publiques à un juste équilibre. Mais, il lui rappelle qu'il ne doit pas perdre de vue le but ultime de sa politique de Santé et de Bien-être, à savoir de replacer la santé et le bien-être au coeur du développement social et économique.

Toutefois, le Conseil demande au gouvernement de ne pas reporter le fardeau des coûts reliés à la consommation de médicaments sur ceux qui sont victimes de la maladie, en particulier les personnes

âgées.

Face au nouveau régime le Conseil se préoccupe particulièrement de certains impacts négatifs qu'il pourrait provoquer chez les aînés et les autres générations à faible revenu. Ces personnes pourraient cesser ou diminuer toute consommation de médicaments que leur état de santé nécessite et se verraient dans l'obligation de recourir au milieu institutionnel, beaucoup plus coûteux.

Le Conseil souhaite que le ministre tiennent compte de ses réflexions et de ses recommandations dans les modifications qu'il apportera au projet de loi no 33.