

Enjeu 3 – Services publics

Un régime d'assurance-médicaments public et universel complété par « Pharma-Québec »

Texte de référence # 6 accompagnant le cahier de participation pour l'élaboration du programme de Québec solidaire en matière de services publics

Résumé

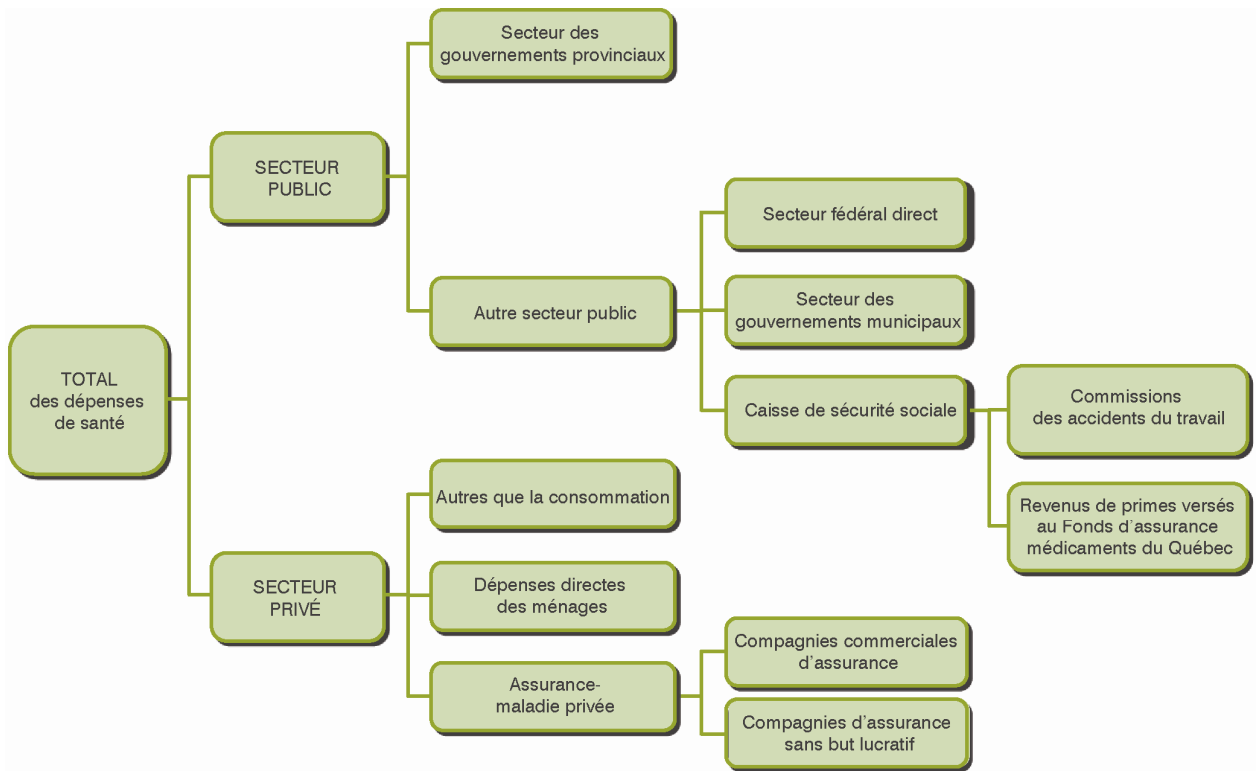
1. L'augmentation des dépenses en médicaments est responsable d'une partie importante de l'augmentation des dépenses totales en santé
 - Depuis 2000, 15 % de l'augmentation des coûts en santé est due à celle des médicaments; depuis 1985, c'est 25 % de cette augmentation qui est due à celle des médicaments.
 - Le Québec consacre une plus grande part de son budget aux médicaments que le reste du Canada et cet écart à la moyenne s'accroît.
 - Le Canada paie 30 % plus cher que la moyenne des pays de l'OCDE pour ses médicaments.
2. Au Québec, tous et toutes sont couverts par une assurance- médicaments publique ou privée.
 - En ce sens, il y a équité d'accès aux médicaments. Toutefois, plusieurs n'ont pas les moyens de payer les frais associés : ils ou elles ont alors un accès inéquitable !
 - En matière de coûts, le régime général d'assurance-médicaments du Québec serait un modèle d'inefficacité, un échec total. Plutôt que d'utiliser son large régime public pour réduire les coûts des médicaments en négociant mieux leur prix, le Québec cherche à développer un environnement d'affaires dynamique et favorable aux investissements de ce secteur; les résultats demeurent décevants.
 - Par ailleurs, les coûts des médicaments n'ont pas diminué et la croissance des coûts n'a pas ralenti depuis son instauration.
3. Les profits importants des compagnies pharmaceutiques et les coûts élevés des régimes privés d'assurance-médicaments sont largement responsables de l'augmentation des dépenses en médicaments.
 - Entre 1996 et 2005, 10 des 12 plus grandes compagnies pharmaceutiques mondiales ont dégagé un rendement de 29 %.
 - Pendant cette même période, elles ont dépensé 2,6 fois plus en frais de marketing et d'administration qu'en Recherche et développement (R & D).
 - Aux États-Unis, c'est \$61,000 par médecin et par année que l'industrie consacre à la promotion. Qu'en est-il ici ???
4. Instaurer un régime public et universel d'assurance-médicaments complété par Pharma-Québec, un pôle public d'acquisition de médicaments sur le modèle de celui de la Nouvelle Zélande, permettrait une économie annuelle d'au moins 2,75G\$ sur le coût des médicaments prescrits.
 - En 1993, un gouvernement néo-libéral a instauré un tel système en Nouvelle Zélande.
 - C'est surtout le pouvoir de négociation d'une unique agence consolidée, appuyé par une évaluation pharmaco-économique de tous les nouveaux médicaments, qui permettrait cette économie.

Table des matières

Quelques notes sur le texte qui suit	3
Évolution des dépenses en santé au Québec <u>vs</u> celles en médicaments	4
<i>Les dépenses totales en santé</i>	4
Dépenses de santé des secteurs public et privé par habitant, de 1988 à 2010 pour le Québec et l'Ontario, dollars constants de 1997	4
<i>Les dépenses en médicaments</i>	4
<i>C'est l'augmentation des dépenses en médicaments qui est responsable de l'augmentation des dépenses totales en santé</i>	5
<i>Les coûts élevés des médicaments contribuent à un accès inéquitable à la santé</i>	5
À quoi attribuer cette augmentation des coûts des médicaments	6
Le régime général (public) d'assurance-médicaments du Québec	7
<i>Caractéristiques du régime général d'assurance-médicaments du Québec – 1^{er} juillet 2010</i>	7
<i>Le régime général (public) d'assurance-médicaments du Québec <u>vs</u> ceux des autres provinces</i>	8
<i>En bref</i>	9
Comparaisons internationales (coûts des médicaments)	9
<i>Évolution du coût des médicaments en Nouvelle-Zélande et au Québec entre 1993 et 2009 (1993 = 100)¹¹</i>	10
Que fait donc la Nouvelle-Zélande? Quelles sont ses politiques pharmaceutiques?¹¹	10
<i>PHARMAC créé en 1993 en Nouvelle-Zélande^{11, 12}</i>	10
<i>Comment PHARMAC fait-il baisser les coûts^{11, 12}</i>	11
(i) <i>Prix de références</i>	11
(ii) <i>Négociations croisées</i>	11
(iii) <i>Ententes sur les volumes</i>	11
(iv) <i>Appels d'offres pour les génériques</i>	11
<i>Quels sont les problèmes que PHARMAC rencontre¹¹?</i>	11
<i>Conclusion sur PHARMAC^{11, 12}</i>	12
Si le Québec instaurait une assurance-médicaments publique et universelle et créait « Pharma-Québec »	12
<i>Estimé des coûts des médicaments prescrits <u>au Canada</u> avec un régime public et universel d'assurance-médicaments selon trois politiques* de coûts^{7 : 65-70}</i>	13

Quelques notes sur le texte qui suit

1. L'information concernant les dépenses en santé présentée dans ce texte provient surtout de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS), source généralement considérée impartiale et fiable, de même que comparable aux recommandations et analyses de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Les sources sont citées.
2. Il est convenu d'assigner les dépenses en santé à l'une ou l'autre des catégories suivantes :
 - ✓ Hôpitaux
 - ✓ Autres établissements
 - ✓ Médecins
 - ✓ Autres professionnels de la santé
 - ✓ Médicaments
 - ✓ Immobilisations
 - ✓ Santé publique
 - ✓ Administration
 - ✓ Autres dépenses
3. Il est de plus convenu d'attribuer ces dépenses à l'une ou l'autre des sources mentionnées dans l'organigramme ci-contre

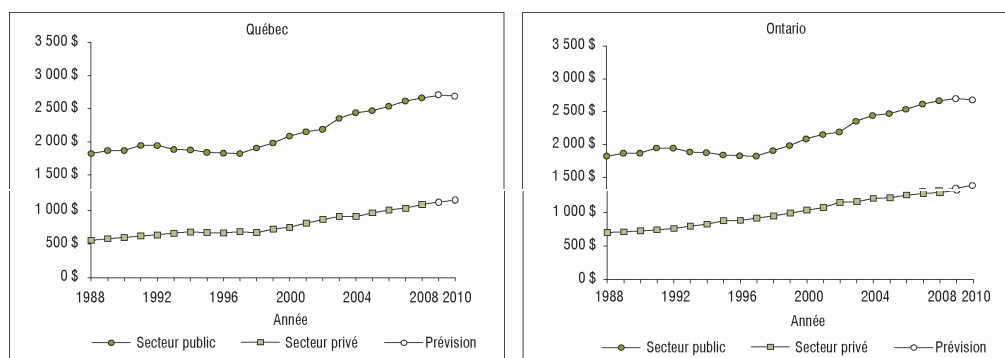


Évolution des dépenses en santé au Québec vs celles en médicaments

Les dépenses totales en santé

- 2008 est la dernière année pour laquelle les données sur les dépenses ventilées du Québec sont disponibles. À moins d'avis contraire, ce qui suit se rapporte à 2008.
- Les dépenses totales de santé au Québec représentaient 11,8 % du PIB vs 8,6 % en 1981. L'ICIS prévoit qu'en 2010, elles représenteront 12,6 % du PIB^{1: 145}.
- En montant absolu, ces dépenses étaient de 35,7G\$ (milliards de dollars) dont 25,5G\$ (71,4 %) provenait du secteur public. L'ICIS prévoit des dépenses de 40,2G\$ en 2010 dont 28,7G\$ (71,4 %) du secteur public^{1: 34, 143 et 151}.
- La proportion des dépenses publiques sur les dépenses totales de santé a peu varié depuis 2000 (entre 71,3 % et 72,7 %)^{2: 17}. Il s'agit toutefois d'une diminution par rapport à 1975, alors que le secteur public couvrait 78,8 % des dépenses en santé.
- En 2008 toujours, le Québec était au dernier rang des provinces canadiennes pour les dépenses totales de santé par habitant (\$4603) et pour la proportion consacrée aux dépenses de programmes (32,5 %)^{2: 8, 23}; i.e. le Québec dépensait moins.

Dépenses de santé des secteurs public et privé par habitant, de 1988 à 2010 pour le Québec et l'Ontario, dollars constants de 1997^{1: 37}

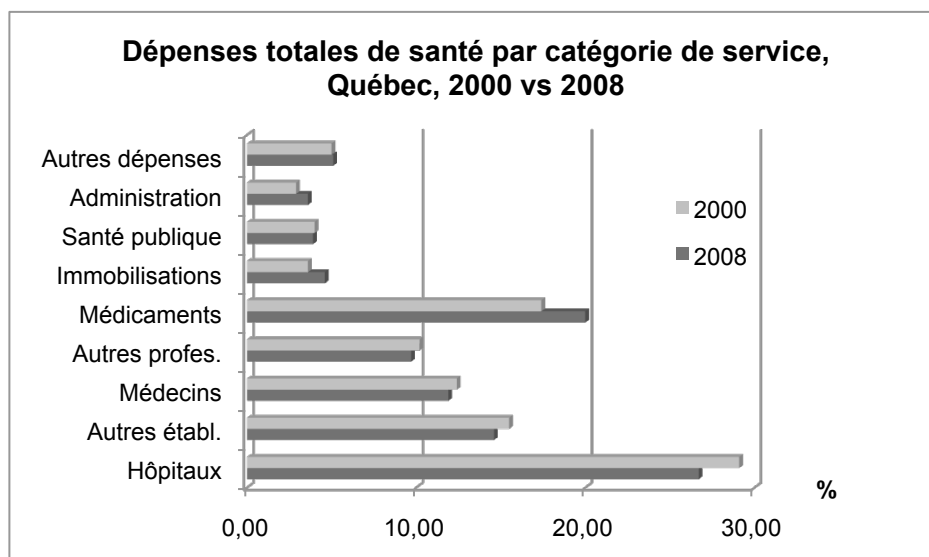


Les dépenses en médicaments

- En 2008, 20 % des dépenses totales de santé étaient consacrés aux médicaments (7,1 G\$). L'ICIS prévoit toujours 20 % en 2010 (8 G\$)^{2: 7, 44, 45}.
- Les principaux postes de dépenses en 2008, en proportion des dépenses totales en santé, étaient les mêmes qu'en 2000^{2: 11 et 45} et ils représentaient respectivement
 - hôpitaux 26,7 % vs 29,1 % : diminution ↓;
 - autres établissements 14,6 % vs 15,5 % : diminution ↓;
 - médicaments 20 % vs 17,4 % : une augmentation de 15 %↑;
 - médecins 11,9 % vs 12,4 %: après une légère diminution on sent maintenant un mouvement à la hausse
 - autres professionnels de la santé 9,7 % vs 10,2 %: une légère diminution ↓

1 Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*, ICIS, Ottawa (Ont), 2010. 175 pp.

2 Béland, F., *INFO-DÉPENSES - Bulletin d'information sur les dépenses de santé comparatives tant à l'échelle canadienne que sur le plan international*, Direction générale adjointe aux ententes en gestion, Direction de la gestion intégrée de l'information, et Service du développement de l'information. 2010 décembre, ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec. 69 pp.



- Alors que les dépenses pour les hôpitaux, les autres établissements et les médecins proviennent surtout du secteur public, celles associées aux médicaments et aux autres professionnels de la santé proviennent surtout du secteur privé.
- En bref, depuis 2000, la contribution des médicaments aux dépenses totales en santé a augmenté alors que celles des hôpitaux et autres établissements ont diminué, et celles des médecins et autres professionnels de la santé sont demeurées sensiblement les mêmes. Les prévisions de l'ICIS pour 2009 et 2010 vont dans la même direction.
- Entre 1985 et 2009, les dépenses totales de santé ont augmenté de 28 G\$ alors que celles en médicaments ont augmenté de 7 G\$: une augmentation de 25%^{3:87}.

C'est l'augmentation des dépenses en médicaments qui est responsable de l'augmentation des dépenses totales en santé

- L'ICIS prévoit que 20,5 % des dépenses totales en santé auront été affectées aux médicaments en 2009, vs 8,3 % en 1985^{3:19,87} et 18 % aux médicaments prescrits, vs 6 % en 1985^{3:86}.
- Les médicaments prescrits représenteraient alors 87,8 % du total des dépenses consacrées aux médicaments (vs 72,3 % en 1985), 49 % relevant du secteur public, 51 %, du secteur privé^{3:86-89}.
 - Entre 1985 et 2009, les dépenses totales en santé ont augmenté en moyenne de 5,8 % par année^{1:143} et celles en médicaments prescrits ont augmenté en moyenne de 10,8 % par année^{3:86} (10,5 % dans le secteur public et 9,4 % dans le secteur privé^{3:24}).
- Au Québec, chaque personne dépense en médicaments prescrits (2007) 57% de plus qu'en Colombie Britannique, province où les coûts par habitant sont les moins élevés^{6:29}.
- Le Québec consacre davantage que le reste du Canada aux médicaments et cet écart à la moyenne s'accroît^{2:13}; 20,5% des dépenses totales en santé en 2009 vs 16,4% au Canada^{3:3}.

Les coûts élevés des médicaments contribuent à un accès inéquitable à la santé

- En 2007, 4,4 % des Québécois ont admis ne pas avoir respecté au moins une prescription du médecin dans les 12 derniers mois étant donné les coûts financiers⁴.
 - Lorsque les médicaments sont gratuits, la qualité des traitements (i.e. adhérence et

3 Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2009*, ICIS, Ottawa (Ont), 2010, 154 pp.

4 Kennedy, J. et S. Morgan, *Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada: a system-level comparison using the 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries*. Clin Ther, 31(1): 213-219, 2009.

observance) est meilleure: par exemple, la gratuité des médicaments allonge la vie d'un an en moyenne chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde⁵

- Pour les ménages à faible revenu qui ne bénéficient pas de la gratuité des médicaments, les primes des régimes privés sont parfois onéreuses: p. ex. : une famille avec un revenu de 20 000\$/année pourrait se retrouver à payer un total de primes et de contributions de 2503,90\$/année seulement pour l'achat de ses médicaments, soit 12,5 % du revenu brut total⁶.
- Étant donné la diversité des régimes privés au Québec, et puisque les contributions (primes, franchises et quote-parts) peuvent être très élevées, la situation financière des individus détermine toujours leur niveau d'accès aux médicaments⁶.

À quoi attribuer cette augmentation des coûts des médicaments

- Les principaux responsables de l'augmentation du coût des médicaments sont les profits considérables des compagnies pharmaceutiques, de même que leurs importants investissements en publicité et marketing. Par exemple, une étude⁷ de 10 des 12 plus grandes compagnies pharmaceutiques mondiales révèle que
 - En 2005, elles ont dégagé un profit net de 58,4G\$ U.S., soit un rendement de 29 % au cours des 10 années antérieures (1996-2005) et de 26 % pour la dernière année (2005).
 - Les montants versés aux actionnaires pendant ces 10 années correspondent à 110 % de ce qui fut dépensé en Recherche et développement (R & D) pendant la même période et à 737 % des investissements nets en immobilisation.
 - Elles ont dépensé 739G\$ U.S en frais de marketing et d'administration contre 288G\$ en frais de recherche et de développement (R & D), soit 2,6 fois plus.
 - Aux États-Unis, c'est \$61,000 par médecin par année que l'industrie consacre à la promotion. Des budgets proportionnels sont sans doute utilisés au Canada et au Québec^{7:9}.
- Les régimes privés d'assurance-médicaments coûtent plus cher que les régimes publics.
 - Entre 2003 et 2005, les primes des régimes privés ont grimpé de 15 % par année au Canada alors que les prix des médicaments eux-mêmes augmentaient de 8 %^{7:20}.
 - Les frais administratifs des régimes publics au Québec et en Ontario ont été estimés à 2 % alors que ceux des régimes privés atteignent 8 %^{7:6}.
 - La plupart des régimes privés sont gérés par des compagnies dont la rémunération est basée sur un pourcentage des dépenses; il s'ensuit un incitatif, non pas à enrayer l'augmentation des coûts mais plutôt à la faire grimper.
 - La plupart des régimes privés remboursent tous les nouveaux médicaments même s'ils ne sont pas plus bénéfiques pour les patients que ceux existants et moins chers.
 - Ils paient leurs médicaments plus cher que ne le font les régimes publics, surtout pour les génériques, car ils ont un moins grand pouvoir de négociation : 7 % de plus pour les génériques et 10 % de plus pour les médicaments de marque non brevetés (médicaments de marque dont le brevet est expiré).
 - Ils coûtent aussi plus cher au gouvernement qui leur donne une subvention fiscale à hauteur de 10 % de leurs dépenses.
- Selon Gagnon^{7:9}, « un mécanisme rigoureux d'évaluation des médicaments offrirait à l'industrie pharmaceutique une solide incitation financière à produire davantage de médicaments réellement innovateurs. La situation actuelle incite plutôt à mettre au point des imitations de médicaments existants qui génèrent plus de ventes grâce à l'efficacité des campagnes promotionnelles plutôt

5 Dhalla, I.A., et al., *Costs and benefits of free medications after myocardial infarction*. Health Policy, 5(2): 68-86, 2009.

6 Gagnon, M.-A., *Argumentaire économique pour un régime public universel d'assurance-médicaments, présenté à la Journée d'étude de l'Union des consommateurs sur le contrôle du coût des médicaments*, 21 octobre 2010: UQAM.

7 Lauzon L-P and Hasbani M, *Analyse socio-économique: industrie pharmaceutique mondiale pour la période de dix ans 1996-2005*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM: Montreal. 2006, 41 pages.
http://www.cese.uqam.ca/pages/pub_recherche.php? sujet=pub_recherche#2006_ (consulté le 21 février 2011)

qu'à l'efficacité des médicaments eux-mêmes » (les « me too drugs »).

- Un système rigoureux d'évaluation pharmaco-économique des médicaments (tel celui utilisé en Colombie-Britannique par exemple), associé à un régime universel d'assurance-médicaments permettrait d'économiser au moins 8 % du coût des médicaments prescrits^{7:9}.
- Au Canada, le prix des médicaments de marque est normalement plafonné au prix médian de sept pays de référence dont quatre sont ceux où les prix sont le plus élevés au monde (Etats-Unis, Suisse, Suède, Allemagne). En choisissant de manière plus rationnelle les pays de référence, le Canada pourrait encore réduire ses dépenses en médicaments brevetés.

Le régime général (public) d'assurance-médicaments du Québec

- En 1997, le Québec a instauré un régime général (public) d'assurance-médicaments. Toute personne ne possédant pas d'assurance-médicaments privée doit obligatoirement l'intégrer, quel que soit son âge ou son revenu; les primes sont alors déterminées en fonction du revenu. Le régime a mis fin à la gratuité des médicaments dont bénéficiaient les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Le régime est public mais il n'est pas universel. Il couvre 43 % de la population^{8:24}. Le reste de la population (57 %) est couvert par une assurance privée.

Caractéristiques du régime général d'assurance-médicaments du Québec – 1^{er} juillet 2010⁹

Bénéficiaires	Prime	Franchise	Participation aux coûts	Copaiement annuel maximal
Adultes de 18 à 64 ans non admissibles à un régime privé	0\$ à 600\$ par adulte par année en fonction du revenu	16\$ par mois	32 % des coûts d'ordonnance	80,25\$ par mois
Bénéficiaires d'aide à l'emploi (bien-être social) et autres détenteurs d'un carnet de réclamation	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Personnes de 65 ans ou plus, sans Supplément de revenu garanti (SRG)	0\$ à 600\$ par adulte par année en fonction du revenu	16\$ par mois	32 % des coûts d'ordonnance	80,25\$ par mois
Personnes de 65 ans ou plus avec Supplément de revenu garanti (SRG) au taux de 1 à 93 %	0\$ à 600\$ par adulte par année en fonction du revenu	16\$ par mois	32 % des coûts d'ordonnance	49,97\$ par mois
Personnes de 65 ans ou plus avec Supplément de revenu garanti (SRG) au taux de 94 % à 100 %	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Enfants des assurés du régime, moins de 18 ans ou 18 à 25 ans, aux études à temps plein, sans conjoint et domiciliés chez leurs parents	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune

- Le régime couvre les groupes qui ont le plus recours aux médicaments (p.ex. : personnes âgées de 65 ans ou plus), laissant les groupes les moins coûteux (18 à 64 ans) aux régimes privés.
- Depuis son instauration, il y a eu régulièrement augmentation des primes, franchises et quote-parts afin de contrer la croissance du fardeau sur les finances publiques : les coûts publics du régime sont transférés sur les dépenses personnelles. Outre les coûts additionnels qui en

8 Gagnon, M.-A. avec la collaboration de G. Hébert, *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments - Coûts et bénéfice d'une couverture publique pour tous*, Centre canadien de politiques alternatives et Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 2010b, 92 pp.

9 Régie de l'assurance maladie du Québec, Les tarifs du régime public en vigueur le 1er juillet 2010, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/tarifs.shtml> (consulté le 21 février 2011).

résultent pour tous les usagers, ces augmentations ont d'autres effets pervers. Par exemple ^{7: 22-23}.

- Avant 1996, les personnes âgées ne payaient que \$2 par prescription jusqu'à concurrence de \$100 par année. Depuis, plusieurs d'entre elles, de même que les personnes vivant de l'aide sociale, ont dû réduire leur consommation de médicaments essentiels (de plus de 9 % pour les personnes âgées et plus de 14 % chez celles vivant de l'aide sociale), menant probablement à un fardeau supplémentaire sur les visites à l'urgence et sur le réseau hospitalier.
- Diverses modifications au régime ont donc dû être apportées depuis son instauration pour tenter de contrer ces iniquités. Ainsi, depuis le 1^{er} juillet 2007, le gouvernement a ramené la gratuité pour les prestataires de l'aide sociale.
- Non seulement le régime n'est pas universel, il est de plus organisé de façon à créer des classes de personnes et des contradictions entre elles, créant des injustices dans le processus.
- Pendant ce temps, les régimes privés d'assurance santé font des profits pour leurs actionnaires.
- Au cours des dernières décennies, plusieurs commissions, comités et experts ont recommandé la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens ^{7:5}.
 - À leur avis, seul un tel régime pourrait assurer de façon équitable et économique l'accès adéquat aux médicaments à toute la population.
 - Tout comme dans le cas de l'assurance maladie ou de l'assurance automobile, les principes de partage équitable du risque s'appliqueraient.
- Depuis l'instauration du régime général d'assurance-médicaments du Québec en 1997, régime seulement partiellement public et pas universel, les coûts des médicaments n'ont pas diminué et la croissance des coûts n'a pas ralenti.

Le régime général (public) d'assurance-médicaments du Québec vs ceux des autres provinces

- Le montant des dépenses personnelles que doivent assumer les personnes âgées couvertes par le régime général (public) d'assurance-médicaments varie beaucoup d'une province à l'autre ^{7:25-26}. Par exemple :
 - Une femme de 65 ans souffrant de diabète, d'hypertension et d'insomnie dont le coût de traitement en médicaments est de \$454 par année :
 - elle déboursa entre \$300 et \$503 par année si elle vit au Québec, au Manitoba ou en Saskatchewan, mais moins de \$30 si elle vit en Ontario, au Nouveau-Brunswick ou à Terre-Neuve-Labrador.
 - Un prestataire de l'aide sociale de 40 ans souffrant d'hypertension et d'insuffisance cardiaque congestive dont le traitement coûte \$1389 par année en médicaments :
 - il devra déboursa \$20 par année pour ses médicaments s'il vit n'importe où au Canada sauf au Québec où il devra déboursa \$200 par année.
- Certains médicaments ne sont pas couverts selon les provinces ou territoires rendant difficiles les déménagements et transferts interprovinciaux sans compter les tracasseries administratives associées ^{7:26}.
- En 2007, le prix moyen d'une prescription d'un médicament breveté au Canada était de \$64,20 alors que celui d'un médicament générique était de \$26,28 ^{7:41}. Plus une province recourt aux génériques, plus elle fera des économies. C'est le Québec qui recourt le moins aux génériques à cause de la règle des 15 ans.
 - En moyenne, le médicament breveté a l'exclusivité du marché pendant 13 ans après quoi la plupart des provinces ne remboursent que la version générique la moins chère.
 - Pour mieux attirer les investissements pharmaceutiques, le Québec accorde un privilège à l'industrie en remboursant les médicaments brevetés à plein prix pendant 15 ans même si le brevet est expiré; le coût additionnel pour le Québec est de 102 M\$ par année ^{7:41}.

- Pourtant, le Québec n'a pas vraiment réussi à attirer les investissements pharmaceutiques, ni à les retenir! Dans l'ensemble, les coûts encourus seraient sans commune mesure avec les retombées^{7:54}.
- La multiplicité des régimes, même à l'intérieur d'une province, et leur manque d'uniformité, diminuent de plus le pouvoir de marchandage des régimes publics pour négocier à la baisse les prix des médicaments auprès des 14 firmes transnationales qui contrôlent les 2/3 des ventes mondiales de produits pharmaceutiques^{7:26}.

En bref

- Bien que le Québec reste un modèle en terme d'équité d'accès aux médicaments – puisque tout le monde est couvert par une assurance-médicaments, qu'elle soit publique ou privée – en matière de coût et de prix, notre système (comme dans le reste du Canada) serait un échec total^{7:8} et « un modèle d'inefficacité! »¹⁰. Plusieurs n'ont pas un accès équitable aux médicaments, et par manque d'accès, certains ne peuvent respecter leurs prescriptions.
- « Le système au complet n'est pas viable parce que nous ne pouvons contrôler l'augmentation des coûts des médicaments »^{7:8}. Le Québec serait l'exemple d'une province qui refuse d'utiliser son large régime public pour réduire les coûts des médicaments, cherchant plutôt à développer un leadership au sein du secteur pharmaceutique breveté en créant « un environnement d'affaires dynamique et favorable aux investissements » de ce secteur^{7:19}.

Comparaisons internationales (coûts des médicaments)

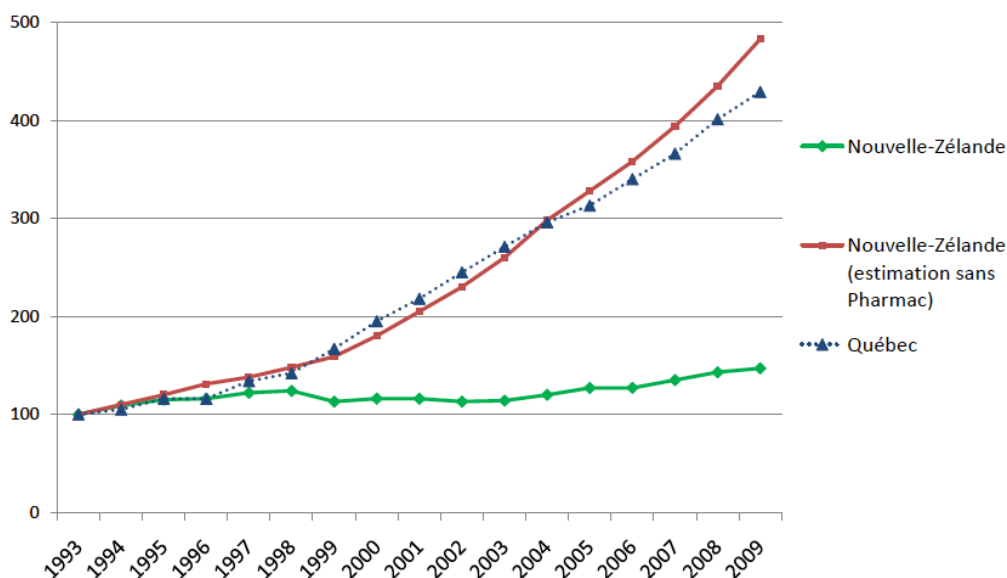
- Parmi les 23 pays de l'OCDE ayant fait rapport en 2009, la Norvège dépense le moins en médicaments (prescrits et non-prescrits) par rapport aux dépenses totales de santé (8 %), suivie du Danemark (8,6 %) et de la Nouvelle-Zélande (9,8 %)^{3:31} vs 20,5 % au Québec.
- Les canadiens paient leurs médicaments 30 % plus cher que la moyenne des pays de l'OCDE^{7:7}.
- Parmi 17 pays de l'OCDE en 2005, seule la Suisse payait plus cher que le Québec pour le prix de détail relatif des médicaments pour un même volume (i.e. prix du fabricant + marge du grossiste + marge de la pharmacie + frais d'ordonnance + taxes)^{7:7}.
- En Suisse, le ratio de dépenses en Recherche et développement pharmaceutique (R&D) sur les ventes est de 113 %, alors qu'il est d'environ 11,8 % au Québec.
 - Le gouvernement Suisse choisit de dépenser plus pour attirer l'industrie pharmaceutique et bénéficie de retombées gigantesques. Le fardeau n'est pas un problème pour la population puisque l'État paie 94 % des coûts des médicaments^{7:7} (vs 49 % au Québec).
- Au Québec, avec un ratio R&D/ventes de seulement 11,8 % et en ne couvrant pas ces dépenses publiquement, les prix élevés sont injustifiables⁶.
- Dans des pays comme l'Australie, la France, la Nouvelle-Zélande, le Royaume Uni et la Suède, les coûts des médicaments sont moindres et y augmentent moins rapidement. Ils ont tous une assurance-médicaments publique et universelle^{7:8}.
- Entre 1993 et 2009, le coût des médicaments prescrits a augmenté de 0,15 % par année en Nouvelle-Zélande vs 10,9 % au Québec, 9,6 % au Canada, 5,71 % en Colombie-Britannique¹¹.
- Si le Québec imitait la Nouvelle-Zélande, il pourrait économiser \$2,75G\$ par année sur le coût de ses médicaments prescrits, soit sur les prix départ-usine des médicaments prescrits (prix avant l'ajout de la marge du grossiste et les frais d'ordonnance)¹¹.

10

11

Gravel, P., Médicaments: un régime universel serait beaucoup plus économique, Le Devoir 13 septembre 2010: Montréal.
Gagnon, Marc-André. Le modèle Kiwi: comprendre la politique néo-zélandaise d'achats de médicaments prescrits.
Journée d'études de l'Union des consommateurs sur le contrôle du coût des médicaments. UQAM 21 octobre 2010c.

Évolution du coût des médicaments en Nouvelle-Zélande et au Québec entre 1993 et 2009 (1993 = 100)¹¹



Que fait donc la Nouvelle-Zélande? Quelles sont ses politiques pharmaceutiques?^{11,12}

- Tous les Néo-zélandais (population 4 millions) bénéficient d'une assurance maladie universelle laquelle, contrairement au Québec, **comprend aussi les frais en médicaments prescrits**.
- Tout médicament est d'abord évalué cliniquement par le *Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee* (PTAC), équivalent de Santé Canada.
 - Le seul paiement demandé à la population est de 3 NZ\$ par prescription (\$2.31 Can)¹¹.
 - Notons que la Nouvelle-Zélande n'interdit pas la publicité de médicaments prescrits aux patients. C'est le seul pays de l'OCDE à le faire, avec les États-Unis¹¹.

PHARMAC créé en 1993 en Nouvelle-Zélande^{11, 12}

- En 1993, le gouvernement néolibéral de la Nouvelle-Zélande a mis en place « **PHARMAC** », une **agence d'achat de médicaments**, afin d'endiguer la hausse vertigineuse de leurs coûts¹¹. Le pouvoir de négociation de cette unique agence consolidée lui permet d'offrir les médicaments efficaces à meilleur prix tout en respectant les politiques de brevet.
- PHARMAC procède à l'évaluation pharmaco-économique de tous les nouveaux médicaments et n'accepte que les produits dont le coût justifie les bénéfices thérapeutiques. Le médicament n'est listé sur le **formulaire national** (liste de ceux couverts par l'assurance) que si un prix raisonnable est convenu avec les firmes.
- PHARMAC possède un budget fixe, et doit s'assurer que les frais remboursés ne dépassent pas son plafond, ce qui conduit cette agence à fortement négocier le prix des médicaments avec les manufacturiers: "*a saving here will allow more money to be spent there!*" (traduction libre : « une économie ici permettra de dépenser plus d'argent là! »)

¹²

Morgan, S., et al., *Influencing Drug Prices through Formulary-Based Policies: Lessons from New Zealand*. Healthcare Policy / Politiques de Santé, 2007. 3(1): p. 1-20.

Comment PHARMAC fait-il baisser les coûts^{11, 12}

(i) Prix de références

- Pour chaque catégorie thérapeutique, PHARMAC détermine le meilleur médicament en termes de rapport qualité thérapeutique et coût. Un nouveau produit sera subventionné s'il n'a pas d'égal sur le marché. Puisque la plupart des médicaments ont des équivalents (les « *me-too drugs* »), PHARMAC ne remboursera que le coût du moins cher parmi ceux ayant un effet thérapeutique équivalent. Il devient le produit de référence.
 - Les médicaments brevetés sont ainsi mis en concurrence avec les génériques de même qualité thérapeutique (se fait en Colombie-Britannique, mais pour moins de catégories).
- Les gens peuvent exiger des produits plus chers que les produits de référence subventionnés selon les catégories thérapeutiques, mais doivent alors déboursier un surplus (186 % de la différence¹¹).
- Ce système assure que tous ont accès aux produits de référence, soit aux produits de base de qualité thérapeutique équivalente.

(ii) Négociations croisées

- PHARMAC peut accepter un prix élevé pour un médicament breveté si en échange le fabricant baisse les prix de ses autres médicaments déjà sur le marché, surtout si ces médicaments servent de référence pour une catégorie thérapeutique particulière.

(iii) Ententes sur les volumes

- PHARMAC peut accepter de rembourser le prix officiel plus élevé pour un nouveau produit. Il obtient en échange des rabais sous la forme de plafond de dépenses: on négocie non seulement un prix mais aussi un volume de vente. S'il est dépassé, le manufacturier s'engage à rembourser la différence.
 - Ce serait le cas des ententes secrètes en Ontario.

(iv) Appels d'offres pour les génériques

- La négociation pour les produits génériques se fait par appels d'offres par catégorie thérapeutique; les fabricants du produit original proposent souvent le meilleur prix grâce à une version générique de leur produit. PHARMAC s'est inspiré d'un système semblable d'abord établi en Saskatchewan.
 - La Colombie-Britannique et l'Ontario ont commencé à recourir à ce type d'appels d'offres ces dernières années, mais pour de rares catégories de génériques.
- Les rabais obtenus pour les génériques peuvent aller jusqu'à 97,5 % du prix du médicament breveté.
 - Avec la nouvelle politique «ultra-progressiste» de l'Ontario, le rabais maximal ne peut atteindre que 75 %¹¹.
- Puisque, comme au Canada, l'introduction de génériques nécessite souvent la contestation juridique de faux brevets, PHARMAC paie au besoin les coûts légaux si les économies de l'introduction d'un générique le justifient.

Quels sont les problèmes que PHARMAC rencontre¹¹?

- Incertitude de remboursement pour les compagnies (se plaignent d'un manque de transparence).
- « *Switching* » (permutation, échange) plus fréquent.
- Ex-post, on réalise parfois que certaines décisions étaient mauvaises (p.ex.: le traitement n'était pas optimal ou thérapeutiquement équivalent).
 - Mais il y a toujours possibilité de corriger la situation et les inconvénients sont de loin inférieurs à ceux d'un système qui accepte l'introduction massive de nouveaux médicaments coûteux aux effets thérapeutiques douteux et aux effets secondaires plus importants que prévus (p.ex. : Vioxx, Avandia, etc.).
- Les compagnies pharmaceutiques boudent la Nouvelle-Zélande (mais l'industrie biotechnologique est en plein essor).

Conclusion sur PHARMAC^{11, 12}

- Par la mise en place de PHARMAC, la Nouvelle-Zélande a réussi à réduire et contenir drastiquement les coûts des médicaments, tout en procurant un meilleur accès aux médicaments (réduction des quote-parts). Les résultats en termes de santé ne peuvent qu'en être améliorés.

Si le Québec instaurait une assurance-médicaments publique et universelle et créait « Pharma-Québec »

- Pour apporter des solutions au problème du coût des médicaments, et par conséquent de notre système de santé, Québec solidaire souhaite instaurer (i) une assurance-médicaments publique et universelle et (ii) créer « Pharma-Québec ». Ce faisant,
 - Québec solidaire donnera au gouvernement québécois une place stratégique à l'intérieur du marché des médicaments plutôt que de le confiner à un rôle captif qui le soumet aux aléas de l'industrie pharmaceutique.
 - Québec solidaire s'associe aux valeurs d'universalité et de partage de risque déjà inscrites dans la société québécoise tels l'assurance maladie, l'assurance automobile...
- Une assurance-médicaments publique et universelle règle en effet les questions d'équité dans l'accès aux médicaments pour la santé. Toutefois, elle ne règle pas automatiquement les problèmes de coûts ni de leur augmentation (c'est l'État qui débourse et non les particuliers). Pour cela, il faut changer les politiques d'achats des médicaments par le gouvernement. C'est ce que permettra, entre autres, « Pharma-Québec ».
- Ainsi, « Pharma-Québec » se veut
 - une régie publique d'achats groupés de médicaments génériques et brevetés, modelée en partie sur l'expérience de PHARMAC en Nouvelle-Zélande, à laquelle s'ajoute
 - un volet de production de médicaments génériques et
 - un volet de développement de nouvelles molécules, donc de nouveaux traitements.
- Un programme rigoureux d'évaluation pharmaco-économique des médicaments devra être mis en place pour déterminer, pour chaque catégorie thérapeutique, le meilleur médicament en termes de rapport qualité thérapeutique et coût. Les médicaments brevetés seront ainsi mis en concurrence avec les génériques de même qualité thérapeutique (se fait déjà en Colombie Britannique mais pour un nombre réduit de catégories).
- En tant qu'entreprise publique, « Pharma-Québec » tirera avantage de son rôle de principal acheteur pour générer des économies tant pour les pouvoirs publics que pour les particuliers.
 - C'est environ 40 % des coûts en médicaments prescrits, soit au moins \$2.75 G\$, qui pourraient être ainsi économisés chaque année au Québec tout en brisant le monopole détenu par les multinationales sur le domaine de la santé¹¹.
- Outre le programme d'évaluation des médicaments que nécessitera une telle entreprise, sera aussi mis en place un système public d'information sur les médicaments pour favoriser leur usage judicieux et éviter la surconsommation et l'auto-médication.
 - Dans les deux cas, des scientifiques indépendants, des groupes de patients et autres acteurs significatifs de la santé et des services sociaux seront consultés et mis à contribution pour instaurer ces programmes.
- Le tableau qui suit illustre les économies à réaliser au Canada à partir de trois scénarios de politiques en matière de coûts des médicaments^{7 : 65-70} :

Estimé des coûts des médicaments prescrits au Canada avec un régime public et universel d'assurance-médicaments selon trois politiques* de coûts^{7: 65-70}

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Dépenses en médicaments prescrits en 2008	25,141 M\$**	25,141 M\$	25 141 M\$
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits			
Économies par achats compétitifs			-10 200 M\$
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+ 10 % des dépenses actuelles	+ 10 % des dépenses actuelles	+10 % des dépenses
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	- 2 % des dépenses actuelles	- 2 % des dépenses actuelles	-2 % des dépenses
Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	- 8 % des dépenses actuelles	- 8 % des dépenses actuelles	
Élimination des franchises mensuelles au Québec	- 144 M\$	- 144 M\$	- 144 M\$
Élimination du régime des ristournes pour les génériques***	- 1 310 M\$	- 1 310 M\$	
Élimination de la règle de 15 ans au Québec pour les brevetés		- 102 M\$	- 102 M\$
Révision du mode de fixation des prix par CEPMB(pays comparateurs)		- 1 430 M\$	
Total des économies en médicaments prescrits	- 1 454 M\$	- 2 986 M\$	- 9 251 M\$
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	23 687 M\$	22 155 M\$	15 890 M\$
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits			
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	- 560 M\$	- 560 M\$	- 560 M\$
Élimination des subventions à caractère fiscal (10% dépenses)	- 933 M\$	- 933 M\$	- 933 M\$
Total des impacts supplémentaires	- 1 493 M\$	- 1 493 M\$	- 1 493 M\$
Bilan total des économies	2 947 M\$ (11,7 %)	4479 M\$ (17,8 %)	10 744 M\$ (42,7 %)

* Scénario 1: Régime public universel d'assurance-médicaments avec continuité des politiques industrielles en matière de coûts

Scénario 2: Régime public universel d'assurance-médicaments avec mise à niveau des politiques industrielles en matière de coûts avec les autres pays de l'OCDE

Scénario 3: Régime public universel d'assurance-médicaments avec abrogation des politiques industrielles en matière de coût (Modèle PHARMAC)

** M\$ = millions de dollars

*** Système d'approvisionnement comme celui des hôpitaux (pharmacies paient 39%+)

- L'industrie menacera sûrement le Québec de retirer ses investissements en recherche. Toutefois, elle n'y dépense que 498M\$ en recherche et développement (R&D), alors qu'elle obtient un crédit d'impôt de 67¢ par dollar dépensé¹¹.
- Le principal obstacle à un régime public universel d'assurance-médicaments n'est pas son coût économique, mais plutôt le manque de volonté politique face à des lobbys bien organisés^{7, 13}.
- Comme producteur de médicaments génériques, « Pharma-Québec » s'inspirera de différents pays qui ont établi une politique publique de production de médicaments génériques pour réduire les coûts liés au traitement de certaines maladies particulièrement coûteuses; p.ex.
 - Au Brésil, le coût de certains antirétroviraux (des médicaments nécessaires pour lutter contre le SIDA) a permis d'épargner 1 milliard \$US entre 2001 et 2005 grâce à la production nationale de médicaments génériques¹⁴.
 - La Thaïlande a réussi à produire des comprimés de fuconazole (antifongique) à 0,60\$ alors que Pfizer le lui vendait 7\$¹⁵.
 - Ces exemples montrent bien qu'il est possible de produire des médicaments génériques à prix abordables et de réussir, là aussi, à réaliser des économies en faveur des citoyens.
- À moyen terme, « Pharma-Québec » pourra investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits pharmaceutiques.
 - Cet investissement pourrait permettre de mettre en marché des médicaments brevetés qui seront la propriété de « Pharma-Québec », et sollicitant les talents du Québec, ce pôle offrira une place à nos chercheurs et étudiants.
 - Il pourrait permettre de sauver des emplois hautement qualifiés en les mettant au service de l'innovation et du développement de nouveaux produits.
- Globalement, « Pharma-Québec » permettra de créer un équilibre sain entre les perspectives de santé publique et commerciale, et de redonner au médicament sa juste place, celle de traitement plutôt que de bien de consommation.

¹³ Gagnon, M.-A., Médicaments: un régime universel public pour tous les Québécois. La Presse, 17 septembre 2010d: Montréal.

¹⁴ Nunn, A.S., et al., *Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment*. PLoS Med, 2007. 4(11): p. e305

¹⁵ <http://www.actupparis.org/spip.php?breve285> (consulté le 6 mars 2011)