

DÉCEMBRE 2017 Note socioéconomique

Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ?*

Dr MARC-ANDRÉ GAGNON, PhD, Professeur agrégé, School of Public Policy and Administration, Carleton University, chercheur-associé à l'IRIS

Dr ALAIN VADEBONCOEUR, MD, Professeur agrégé de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr MATHIEU CHARBONNEAU, PhD, Chercheur postdoctoral, Karl Polanyi Institute of Political Economy, Université Concordia

Dr STEVE MORGAN, PhD, Professeur, School of Population and Public Health, Université de Colombie-Britannique

En 1997, le Québec se dote d'un régime hybride (public-privé) d'assurance médicaments, qui assure à l'ensemble de la population québécoise un accès à une couverture d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Alternative à la mise en place d'un régime public universel, le régime hybride est néanmoins considéré à l'époque comme une importante avancée. On vise alors à permettre un meilleur accès aux médicaments sans entraîner de hausse importante des dépenses publiques.

Vingt ans plus tard, le temps est venu d'évaluer les résultats du régime hybride québécois et de déterminer si le Québec devrait plutôt migrer vers une couverture publique universelle des médicaments d'ordonnance. Dans cette note socioéconomique, nous examinons les origines du régime québécois et évaluons ses effets à la lumière de trois objectifs majeurs de tout système d'assurance médicaments : l'accessibilité aux médicaments, l'équité financière et la pérennité du système en termes de coûts. Finalement, afin de mieux comprendre les dynamiques liées au régime actuel, nous examinons l'exemple d'un des médicaments les plus prescrits au Québec, soit le médicament pour traiter l'hypercholestérolémie, l'atorvastatine, mieux connue sous son nom de marque Lipitor.

*Cette note socioéconomique reprend en partie les résultats de recherche des auteurs publiés en anglais en octobre 2017 dans la Revue de l'Association médicale canadienne¹.

1. Les origines du modèle hybride public-privé

Le régime hybride d'assurance pour les médicaments d'ordonnance voit le jour au Québec au milieu des années 1990, en réponse aux insuffisances et à la fragmentation des différents régimes d'assurance publics et privés. À cette époque, le gouvernement fait face à la pression fiscale accrue générée par la rapide croissance des dépenses globales en produits pharmaceutiques et par la diminution des transferts fédéraux en santé². Si les patient·e·s ont accès gratuitement aux médicaments durant leur hospitalisation, ce n'est plus le cas après leur départ de l'hôpital où ils et elles deviennent des « patients externes ». S'ils ne possèdent pas un régime privé d'assurance médicaments, ils peuvent parfois bénéficier d'une couverture publique en tant que personne âgée ou bénéficiaire de l'assistance sociale, ou encore par l'intermédiaire du programme « Malades sur pieds », qui permet alors aux hôpitaux de fournir des médicaments aux seuls patients externes souffrant du VIH, de fibrose kystique, de cancer et de certaines autres maladies graves³. Dès 1993, le gouvernement envisage de supprimer ce programme, souvent dénoncé comme une « loterie de la maladie » : sans justifications claires, certains patients reçoivent leurs médicaments gratuitement alors que d'autres doivent en couvrir les coûts. Cette façon de procéder génère aussi une importante pression sur les hôpitaux, qui ne touchent pas les compensations nécessaires pour répondre à la demande croissante d'utilisation des médicaments visant à traiter les patients externes.

Toujours en 1993, dans le but de répondre aux critiques que suscite la proposition de suppression du programme « Malades sur pieds », le gouvernement forme le comité Demers, présidé par le pédiatre montréalais et administrateur hospitalier Jocelyn Demers et chargé d'explorer les options de politiques de couverture. Dans son rapport datant d'avril 1994, le comité Demers conclut que des programmes de couverture plus ciblés ne répondent pas aux problèmes et recommande au gouvernement d'examiner l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments⁴.

Peu après la publication du rapport Demers, le docteur Jean Rochon est nommé ministre de la Santé par le gouvernement du Parti québécois. Dès le départ, il se montre favorable à la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments⁵. Le ministre commande alors une étude interne (Rapport Gagnon) évaluant la faisabilité de doter la Régie de l'assurance maladie

du Québec (RAMQ) d'un régime public universel d'assurance médicaments. Ce rapport se démarque par son excellente compréhension des enjeux en termes d'usages et de coûts des médicaments. Tout en reconnaissant les difficultés politiques que pose le contexte d'austérité, il recommande la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments sous certaines conditions permettant d'en contenir les coûts.

À l'époque, l'évaluation des technologies de santé en est à ses balbutiements au Canada. Néanmoins, le rapport Gagnon recommande un contrôle des coûts grâce à la surveillance et à la promotion de l'usage approprié des médicaments, la mise en place d'un système de prix de référence pour s'assurer d'obtenir le meilleur prix pour des médicaments équivalents et une classification des médicaments selon leur rapport coût/efficacité. On vise ainsi à ne rembourser que les produits dont le prix est justifié par leur valeur thérapeutique. La recherche de l'utilisation optimale des médicaments est perçue comme la condition de base permettant de garantir la pérennité du régime, et un régime public universel avec un seul agent payeur offre les meilleures possibilités d'intervention à cet égard⁶. Si de telles mesures pour assurer l'usage optimal du médicament semblent alors restrictives, elles relèvent aujourd'hui de l'évidence et sont maintenant appliquées à tout régime public d'assurance médicaments⁷. Le rapport Gagnon n'est toutefois pas publié ; il est plutôt conservé à l'interne au ministère de la Santé et des Services sociaux. Lors de l'analyse du projet de loi sur l'assurance médicaments en 1996, plusieurs en ignorent jusqu'à l'existence⁸.

En 1995, le Parti québécois est élu après avoir promis de faire du Québec la première province dotée d'un régime universel d'assurance médicaments. Le gouvernement crée un nouveau comité chargé d'étudier les différentes options de couverture des médicaments⁹. Présidé par Claude Castonguay – ancien ministre de la Santé et cadre dans l'industrie de l'assurance –, le Comité d'experts sur l'assurance médicaments du Québec a pour tâche d'élaborer un programme couvrant les dépenses en médicaments de l'ensemble de la population québécoise¹⁰. Il est donc chargé d'évaluer les différentes options, à la condition que le futur régime ne conduise pas à l'augmentation des dépenses en médicaments d'ordonnance¹¹.

Le comité s'oppose au contrôle des coûts basé sur la classification des médicaments selon leur rapport coût/efficacité ainsi que sur les prix de référence, mesures discutées dans le Rapport Gagnon. Il recommande plutôt de contenir les coûts publics en augmentant les frais d'utilisation des bénéficiaires du régime¹², une pratique aujourd'hui jugée contre-productive puisqu'elle réduit l'accès aux médicaments des gens qui en ont besoin¹³.

Le comité met sur la table plusieurs options de couverture de l'ensemble de la population, dont celle d'un régime universel d'assurance médicaments financé grâce à de nouveaux frais, aux taxes et aux impôts. Considéré comme la meilleure option par les professionnels de la santé et le ministre de la Santé de l'époque, Jean Rochon, le régime public universel rencontre une vive opposition de l'industrie de l'assurance et des pharmacies au détail, deux acteurs exerçant une influence stratégique au sein des débats en politiques publiques¹⁴. De plus, l'industrie de l'assurance rejette l'option d'une couverture universelle privée qui exigerait des assureurs qu'ils couvrent tous les citoyens en fonction d'une tarification uniforme des primes et sur une base collective, sans tenir compte de l'âge ni de l'état de santé¹⁵.

En bout de piste, le gouvernement du Québec opte pour un compromis : il choisit de mettre en place un système hybride public-privé afin de garantir une couverture à l'ensemble de la population sans augmenter les dépenses publiques en produits pharmaceutiques¹⁶. Dès janvier 1997, tout employeur fournissant des avantages sociaux de santé à son personnel est obligé d'offrir une couverture privée des médicaments d'ordonnance qui est égale ou supérieure aux critères minimaux établis au sein du régime public de base. Les individus n'ayant pas accès à ce type d'assurance privée sont obligés de souscrire et de payer une prime au régime public de base administré par le gouvernement.

Afin d'atteindre l'objectif d'une couverture généralisée sans accroître les dépenses gouvernementales, Québec augmente, en août 1996, les frais d'utilisation pour les personnes retraitées et bénéficiaires de l'assistance sociale ayant droit aux programmes de couverture publique. Si, avant août 1996, les personnes âgées ne payaient qu'une quote-part de 2 \$ par prescription, elles doivent payer après août 1996 une franchise annuelle de 100 \$, une coassurance de 25 % des coûts de prescription et des primes pouvant atteindre jusqu'à 175 \$ annuellement, selon le revenu de la personne¹⁷.

Pour les partisans d'un régime entièrement public, cette formule de compromis public-privé est tout de même perçue à l'époque comme un premier pas. Toutefois, en rétrospective, force est de constater que visant plutôt à satisfaire les intérêts commerciaux de certains acteurs, le compromis amène d'une certaine façon à penser que le problème d'accès aux médicaments est maintenant « réglé » au Québec, éloignant la possibilité de modifier son caractère hybride public-privé.

Depuis 1997, ce programme n'a d'ailleurs pas subi de modification majeure. Par contre, les franchises, le niveau des coassurances et la contribution annuelle

maximale ne cessent d'évoluer. Entre 1996 et 2017, les franchises mensuelles du régime public ont cru de 60 %, passant de 12,18 \$ à 19,44 \$ (en dollars constants de 2017) et le taux des coassurances s'appliquant au-delà des franchises a augmenté de 25 % à 34,8 %. La contribution annuelle maximale que les patients doivent fournir de leur propre poche (excluant les primes) est restée stable, passant de 1 097 \$ à 1 066 \$ par adulte entre 1996 et 2017 (en dollars constants de 2017)¹⁸. Il faut noter que ces frais représentent aussi les limites exigibles au sein des régimes privés au Québec.

2. Évaluation du régime hybride québécois d'assurance médicaments

Vingt ans après la mise en place du régime hybride public-privé d'assurance médicaments du Québec, il est important d'évaluer les effets de sa mise en place quant à l'accessibilité aux médicaments, l'équité financière et les coûts de système.

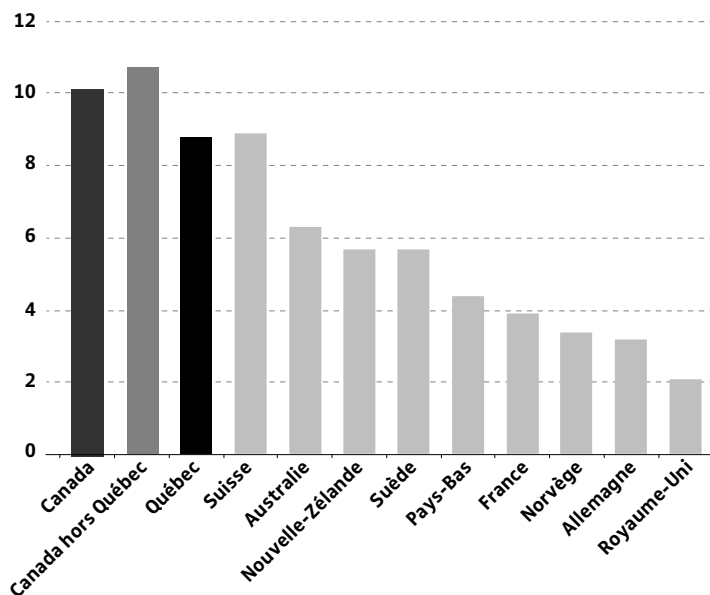
2.1. L'ACCESSIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS

Le système public-privé d'assurance des médicaments d'ordonnance au Québec a permis l'accès à une couverture élargie pour la population de moins de 65 ans. Les données d'une enquête nationale montrent que sa mise en place a permis l'extension de la couverture ainsi d'une augmentation du recours aux médicaments et aux services d'un médecin par la population active¹⁹. Cet avantage, dont bénéficient surtout les Québécois en âge de travailler, semble s'être maintenu dans le temps : alors qu'en 2014, 9,2 % des Québécois de 55 à 64 ans ont signalé ne pas avoir rempli des ordonnances pour des raisons financières, dans le reste du Canada, 13,9 % des personnes se sont butées à cet obstacle²⁰.

Le régime hybride a toutefois augmenté les frais d'utilisation pour les personnes âgées et les bénéficiaires de l'assistance sociale, réduisant d'autant leur accès aux médicaments, alors qu'elles comptent parmi les plus grandes utilisatrices. Des études observationnelles ont montré que les barrières tarifaires instituées par le nouveau régime ont diminué l'usage des médicaments essentiels et non essentiels par les prestataires des régimes publics en vigueur, soit surtout les bénéficiaires de l'assistance sociale et les personnes âgées²¹. Le problème d'accès aux médicaments est alors devenu tel chez les bénéficiaires de l'assistance sociale que le gouvernement du Québec a réduit les frais d'utilisation appliqués à ce groupe en 2002 et les a éliminés en 2007.

Graphique 1

Pourcentage de la population (18+) n'ayant pas rempli au moins une ordonnance pour des raisons financières en 2016 (%), Canada, Québec et pays comparables dotés d'une couverture publique universelle



SOURCE CIHI, *How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries—Data Tables*, Ottawa, 2016, calcul des auteurs.

Par ailleurs, en raison des frais d'utilisation demeurés en vigueur sous le régime public, les données d'enquête révèlent que les Québécois plus âgés n'ont pas bénéficié autant des gains d'accès que leurs concitoyens en âge de travailler. En 2014, 6,6 % des Québécois âgés de 65 ans et plus ont ainsi rapporté ne pas avoir fait remplir des ordonnances en raison de motifs financiers, alors que 4,1 % des résidents canadiens du même âge ont signalé ce problème²². Le Québec fait donc moins bonne figure que le reste du Canada pour l'accès des personnes âgées aux médicaments.

De plus, lorsque comparé aux autres pays développés dotés d'une couverture publique universelle des médicaments d'ordonnance, le Québec se retrouve parmi les derniers de classe, avec la Suisse et le reste du Canada. Comme le montre la graphique 1, 8,8 % des Québécois âgés de 18 ans et plus se sont abstenus de faire remplir des ordonnances pour des raisons financières²³.

Si, pour l'accès aux médicaments, le régime québécois fonctionne mieux que les régimes appliqués dans le reste du Canada, les pays offrant une couverture publique universelle pour les médicaments d'ordonnance réussissent

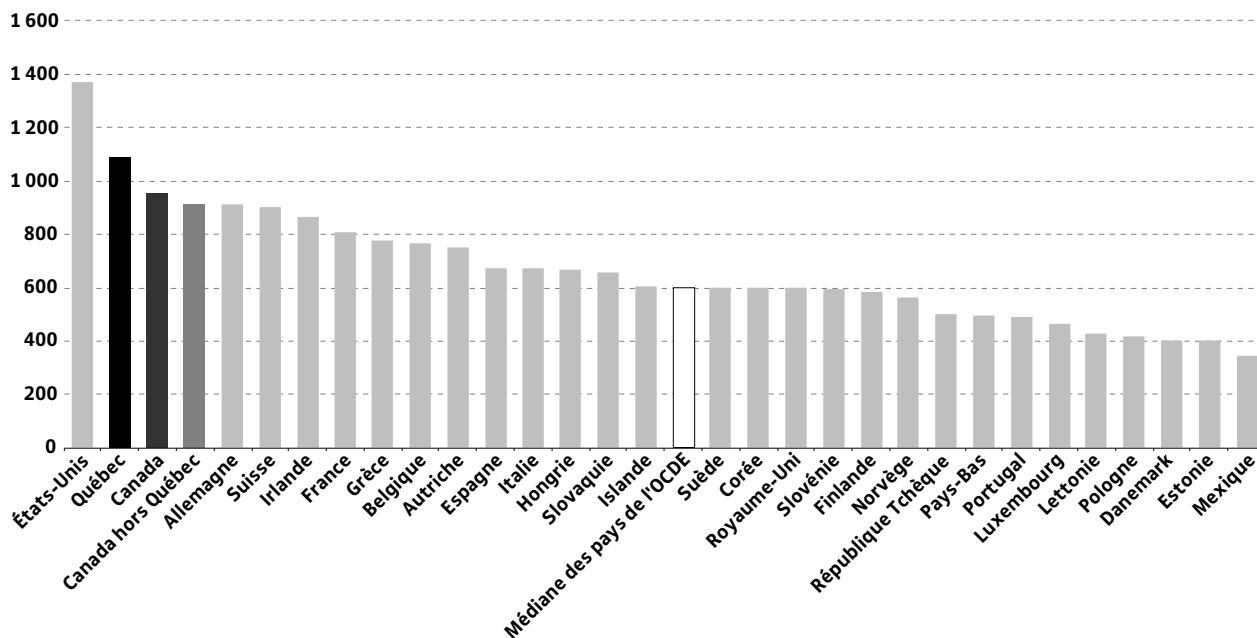
bien mieux que le Québec. Ainsi, le taux médian des adultes incapables de se procurer des médicaments d'ordonnance pour des raisons financières est de 4,4 % dans ces pays, soit la moitié du taux québécois (8,8 %), alors que dans le reste du Canada, ce taux est de 10,7 %. Enfin, les systèmes les moins performants quant à l'accessibilité aux médicaments, par exemple ceux du Canada, du Québec et de la Suisse, se distinguent par des frais d'utilisation plus élevés que les systèmes les plus performants, comme celui du Royaume-Uni²⁴.

2.2. ÉQUITÉ FINANCIÈRE

Bien que l'équité soit un concept subjectif, il y a généralement consensus sur le fait que l'accès aux soins de santé essentiels ne devrait pas renforcer les inégalités économiques²⁵. Avec la mise en place du régime d'assurance médicaments en 1997, on visait d'ailleurs à corriger certaines iniquités dont le fait que des aînés financièrement privilégiés bénéficiaient d'un généreux régime public alors que des travailleurs à faible revenu n'avaient aucune couverture. La mise en place du régime a toutefois renforcé d'autres inégalités en imposant des quotes-parts pour les bénéficiaires de l'assistance sociale et en favorisant un financement axé sur le paiement de primes et la perception de frais d'utilisation, qui représentent un plus grand fardeau financier pour les ménages à faible revenu que pour les plus nantis. Par exemple, en vertu du régime public de couverture des médicaments d'ordonnance, un ménage de deux adultes dont les revenus s'élèvent à plus de 39 880 \$ doit déboursier une prime annuelle moyenne de 1 334 \$²⁶. Cette prime obligatoire dans le régime public représente plus de 3 % de leur revenu, contre seulement 1,6 % pour un couple touchant annuellement 80 000 \$, et moins de 0,8 % de celui des familles gagnant plus de 180 000 \$ (environ 10 % de la population du Québec)²⁷.

Au Québec, la tarification des primes d'assurance privée est parfois inéquitable, en raison de l'obligation faite aux employeurs d'inclure la couverture des médicaments d'ordonnance dans leurs régimes collectifs privés de soins de santé, et de celle qu'ont les employés de cotiser à cette assurance lorsqu'elle est offerte par l'employeur. Or, les assureurs privés peuvent augmenter les primes d'année en année en les ajustant sur les coûts passés et en fonction des prévisions de dépenses, même si ces primes excèdent parfois de loin les primes maximales convenues dans le régime public. Afin de réduire les primes de ses travailleurs à temps plein, un employeur peut exiger le même niveau de prime de ses travailleurs à temps partiel, qui ne gagnent qu'une fraction du même salaire. En conséquence, les régimes privés obligatoires

Graphique 2

Dépenses totales en médicaments par habitant, tous les pays déclarants de l'OCDE, 2014 (\$ canadiens, PPA)

SOURCES OCDE, *OECD Health Statistics 2016*, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2016 ; *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2016*, Ottawa, Canadian Institute for Health Information, 2016, www.deslibris.ca/ID/10090272, consulté le 26 octobre 2017.

d'assurance médicaments exigent parfois plus de 10 % du revenu annuel de certains travailleurs³⁸. Aussi, puisque les risques sont mutualisés dans l'entreprise plutôt que dans la population en général, les primes fixées dans le cadre des régimes privés sont parfois plus élevées pour les membres de groupes socioprofessionnels moins nantis et en moins bonne santé – par exemple, les chauffeurs de taxi – que pour les travailleurs occupant des emplois mieux rémunérés, et généralement en meilleure santé, comme les professeurs d'université.

Les franchises mensuelles et les frais de coassurance fixés par les régimes collectifs imposent par ailleurs d'importants coûts additionnels aux patients. En 2015, alors que 32 % des ménages québécois ont signalé avoir déboursé plus de 500 \$ en médicaments d'ordonnance durant l'année précédente, cette proportion s'élevait à seulement 19 % dans le reste du Canada³⁹. En 2007, 8,7 % des ménages québécois ont même encouru plus de 1 000 \$ de dépenses personnelles non remboursables en médicaments d'ordonnance, alors que ce taux s'élevait à 4,8 % dans le reste du Canada et à moins de 3 % dans les pays comparables dotés d'une couverture universelle exigeant peu de frais d'utilisation, comme la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, l'Allemagne et les Pays-Bas³⁰.

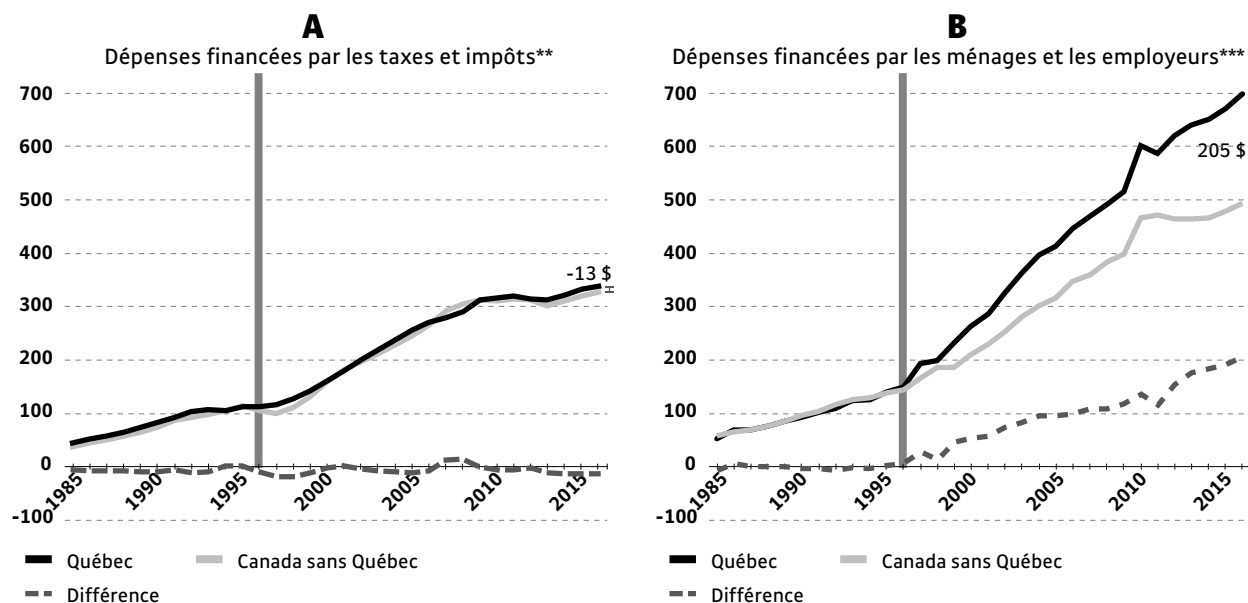
2.3. LES COÛTS DE SYSTÈME

L'analyse des modes de financement des médicaments d'ordonnance doit prendre en compte l'efficacité de la gestion des coûts totaux du système, incluant les dépenses gouvernementales et privées. Comme le montre le graphique 2, les dépenses totales *per capita* en produits pharmaceutiques au cours de l'année 2014 se sont élevées à 1 087 \$ au Québec et à 603 \$ dans le reste du Canada. À titre de comparaison, la médiane pour l'ensemble des pays de l'OCDE (la Suède) dépense 603 \$ *per capita*, soit 45 % moins qu'au Québec. Encore une fois, le Québec se retrouve en queue de peloton.

L'analyse comparative des coûts en médicaments pour les soins primaires montre par ailleurs que les volumes de prescription ont peu d'influence sur les dépenses totales d'un pays, contrairement aux différences de prix et aux choix thérapeutiques³¹. Un pays offrant une bonne couverture publique à l'ensemble de sa population peut ainsi dépenser beaucoup moins par habitant en médicaments d'ordonnance en s'assurant d'obtenir un meilleur prix pour les produits pharmaceutiques et en promouvant l'usage rationnel et économique des médicaments. Un meilleur accès aux médicaments ne signifie donc pas nécessairement un coût plus élevé par habitant. Au

Graphique 3

Dépenses per capita (\$) en médicaments prescrits de 1985 à 2016* au Québec et dans le reste du Canada



* Les données projetées pour 2015 et 2016 sont basées sur les moyennes sur 5 ans des taux de croissance.

** Les dépenses financées par les taxes et impôts correspondent aux dépenses publiques.

*** Les dépenses financées par les ménages et les employeurs sont les dépenses personnelles des ménages et les primes payées par les ménages ou les employeurs en tant que contributions obligatoires aux régimes publics et privés.

SOURCE ICIS, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2016*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2016, www.deslibris.ca/ID/10090272, consulté le 26 octobre 2017, calcul des auteurs.

contraire, si le Québec dépense davantage que le reste du Canada pour couvrir sa population, les pays comparables dotés d'un régime public universel assurent non seulement un meilleur accès aux médicaments, mais il leur en coûte beaucoup moins par habitant, soit 16 à 63 % moins qu'au Québec en dépenses per capita. Les graphiques 1 et 2 montrent que le Québec dépense aujourd'hui bien plus en médicaments par habitant que les pays dotés d'un régime public universel d'assurance médicaments, tout en offrant parmi les pires couvertures quant à l'accès aux médicaments pour les patients.

Mais les dépenses pharmaceutiques n'ont pas toujours été plus élevées au Québec que dans le reste du Canada. Comme le montre le graphique 3A, le niveau des dépenses publiques en médicaments d'ordonnance per capita, financées grâce aux taxes et impôts, était au Québec similaire à celui en vigueur dans le reste du Canada avant et après la mise en place du régime québécois public-privé en 1997. Le graphique 3B montre que les dépenses per capita financées par les ménages et les employeurs – c'est-à-dire par le recours aux primes et aux frais d'utilisation à la fois privés

et publics – étaient à peu près équivalentes au Québec et dans le reste du Canada jusqu'en 1997, et qu'elles ont ensuite crû plus rapidement au Québec.

En 2016, par rapport aux résidents du reste du Canada, la population québécoise payait ainsi 205 \$ de plus par habitant en contributions des ménages et des employeurs. Évidemment, la couverture d'assurance est plus large au Québec pour la population active que dans les autres provinces, ce qui explique en partie la différence de coûts. À noter que l'extension de la couverture au Québec était déjà complétée en 1998, une année où les dépenses financées par les ménages et les employeurs sont 6 % plus élevées au Québec que dans le reste du Canada. Cet écart est de 41 % en 2016. Ainsi, le régime québécois se démarque moins par des coûts plus élevés liés à l'extension de la couverture au moment de la mise en place du régime hybride, mais plutôt par une incapacité systémique, au fil des années, à contenir les dépenses financées par les ménages et les employeurs tel que le démontre l'écart grandissant entre le Québec et le reste du Canada dans le graphique 3B.

3. Un système dysfonctionnel : le cas de l'atorvastatine générique (Lipitor)

Vingt ans après sa mise en place, force est de constater que la performance du régime québécois d'assurance médicaments reste faible quand on la compare à celle des pays dotés de régimes publics universels d'assurance médicaments. Malgré ses coûts élevés, souvent répartis de manière inéquitable, le régime québécois n'offre pas un aussi bon accès aux médicaments. On peut chercher à comprendre pourquoi, malgré sa mauvaise performance, la population demeure coincée dans ce compromis historique plutôt que de s'orienter, comme la plupart des pays comparables, vers un régime d'assurance médicaments entièrement public.

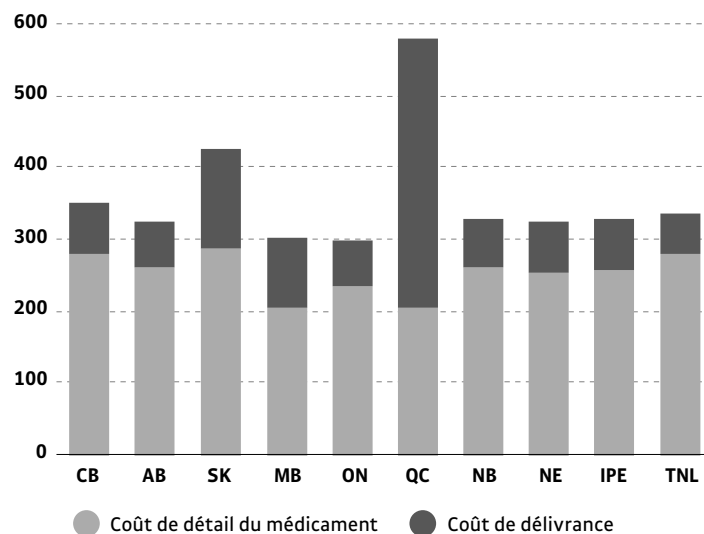
Il faut d'abord comprendre que le gaspillage et les dysfonctions du régime québécois permettent à certains acteurs du système de retirer des revenus et des profits importants, parce que chaque dollar dépensé en médicaments est un dollar reçu par quelqu'un d'autre et que chaque dollar économisé est un dollar perdu pour quelqu'un d'autre. Pour reprendre les thèses de Mancur Olson sur la logique de l'action collective³², les groupes d'intérêts économiques qui bénéficient du système sont clairement définis et bien organisés, alors que ceux qui le subissent, moins bien définis et peu organisés, ont un intérêt économique plus vague sur cet enjeu et ne sont donc pas aussi mobilisés. Au Québec, l'industrie de l'assurance, les chaînes de pharmacies et les firmes pharmaceutiques bénéficient le plus de ces dysfonctions du système. Or, ces lobbys bien organisés exercent une grande influence.

3.1. LE PRIX D'UN MÉDICAMENT

Lorsqu'on achète un médicament, le coût facturé au patient et à son assureur est la somme du *coût de détail* du médicament (qui sert à payer le manufacturier et le distributeur) et de son *coût de délivrance* (la part qui revient à la pharmacie sous forme de marges et d'honoraires professionnels pour le pharmacien). Pour ce qui est du coût de détail, le Québec s'est doté d'une politique du meilleur prix disponible, forçant les fabricants à offrir au Québec l'équivalent du prix le plus bas au Canada pour un produit, un coût d'ailleurs identique pour le régime public et les régimes privés. Il faut tout de même voir que les coûts de détail des médicaments génériques sont au Canada parmi les plus élevés au monde³³. Quant au coût de délivrance, si le régime public du Québec le contrôle pour ses assurés, ce n'est pas le cas pour les régimes privés. En fait, le régime général d'assurance médicaments qui impose

Graphique 4

Total du coût d'ordonnance pour 500 comprimés de 20 mg du produit générique de l'atorvastatine pour les régimes privés (\$), par province, 2013



SOURCE CEPMB et SNIUMP (CANADA), *Régimes privés d'assurance médicaments au Canada. Partie 1: Marché des médicaments génériques, 2005-2013, 2015*, calculs des auteurs.

des conditions de couverture aux régimes privés ne permet pas de contenir le coût de délivrance, par exemple en plafonnant le remboursement des honoraires professionnels ou en recourant à des tarifs préférentiels avec des chaînes désignées de pharmacies. Si, depuis septembre 2017, les pharmacies doivent indiquer sur leur facture les coûts de délivrance (honoraires professionnels du pharmacien et marge de la pharmacie) afin d'assurer une plus grande transparence dans les transactions, les assureurs privés n'ont toujours pas la possibilité d'utiliser ces informations pour contenir leurs coûts^{34,a}. Au final, si la portion publique du régime général réussit un peu mieux à limiter la croissance de ses coûts, cela semble se faire au détriment des régimes privés, une dynamique décrite comme un pelletage de coûts du régime public vers les régimes privés³⁵. Certaines pharmacies semblent donc en position de compenser le contrôle des coûts instauré par le régime public en imposant des frais supplémentaires à la portion privée du régime.

L'exemple de l'atorvastatine générique (Lipitor), une statine servant à faire baisser le taux de cholestérol,

^a Si les assureurs pouvaient colliger les informations sur les honoraires exigés dans chaque pharmacie, ils pourraient créer par exemple des registres en ligne avec lesquels les patients pourraient vérifier les honoraires applicables dans les différentes pharmacies près de chez eux. On trouve de tels registres dans plusieurs provinces du Canada.

permet d'illustrer ce propos. Si on compare le coût moyen de 500 comprimés de 20 mg dans les régimes privés, incluant le coût de délivrance (honoraires professionnels et marge de la pharmacie), le Québec se démarque par son coût de détail du médicament le plus bas au Canada (selon sa politique du meilleur prix disponible au Canada), mais aussi par son coût de délivrance le plus élevé au Canada (graphique 4).

Le coût de détail de ce médicament au Québec est 204 \$ pour 500 comprimés, alors qu'en avril 2013, ces mêmes 500 comprimés coûtaient au détail 104 \$ en Allemagne, 56 \$ en Suède, 47 \$ au Royaume-Uni, 44 \$ aux États-Unis et 28 \$ en Nouvelle-Zélande³⁶. C'est déjà une différence substantielle. Mais surtout, le coût de délivrance est de 375 \$ au Québec, alors qu'il n'est que de 78 \$ en moyenne dans le reste du Canada, près de 5 fois moins. Si le coût de délivrance est plus élevé au Québec, c'est parce que les pharmacies demandent un montant plus élevé par prescription et qu'elles renouvellent plus souvent les ordonnances.

3.2. LE JEU DES INTERMÉDIAIRES

Lorsqu'on dit que les pharmacies québécoises demandent un montant plus élevé, il ne faut toutefois pas généraliser. Les études d'associations de consommateurs montrent ainsi une grande disparité de coûts d'une pharmacie à l'autre lorsqu'on compare les coûts totaux (coût de détail + coût de délivrance) pour une même ordonnance de 30 jours de Lipitor générique. Considérant que le coût de détail est le même pour tous, la variation porte uniquement sur le coût de délivrance. Une enquête de *Protégez-vous* (septembre 2017) montre qu'une ordonnance de 30 jours d'atorvastatine peut coûter au total 15,98 \$ dans une pharmacie et 37,10 \$ dans une autre, une différence de prix de 132 %³⁷. Le bénéfice appliqué sur le Lipitor générique peut donc passer de 125 % dans une chaîne de pharmacies à 215 % dans une autre; de plus, des variations subsistent entre les pharmacies au sein d'une même chaîne³⁸.

Une autre dimension expliquant le coût de délivrance plus élevé est le renouvellement plus fréquent des ordonnances. Le régime public d'assurance médicaments impose un renouvellement mensuel obligatoire pour les ordonnances, et les pharmacies québécoises ont aussi l'habitude de renouveler les ordonnances chaque mois pour les régimes privés, même si elles n'ont alors aucune obligation de le faire. Dans les autres provinces, on renouvelle plutôt les ordonnances aux trois mois pour une classe thérapeutique comme les statines.

En empêchant les régimes privés de se prémunir contre les pharmacies qui demandent des coûts de délivrance

excessifs ou qui incitent au renouvellement mensuel, on encourage les abus et on pénalise les pharmaciens qui ne cherchent qu'à offrir un bon service à leurs patients au meilleur coût possible. On s'attendrait à ce que les firmes d'assurance privées qui gèrent les régimes privés d'assurance médicaments dénoncent de telles pratiques, considérées abusives par plusieurs. Mais au final, comme elles tirent leur revenu d'un pourcentage des dépenses, elles n'ont pas d'incitatif structurel pour réduire ces coûts systémiques en exigeant une réforme du système³⁹.

Les pharmacies touchent aussi des ristournes de la part des fabricants de génériques, qui reversent une partie du coût de détail de ces produits aux pharmaciens sous forme d'«allocations professionnelles». Ce taux de ristourne, régulé et plafonné au Québec, est actuellement de 15 %. Toutefois, puisque le système québécois de pharmaciens propriétaires exige que chaque pharmacie soit détenue par un pharmacien professionnel, cette règle s'applique aux pharmaciens propriétaires des succursales reliées à une chaîne de pharmacies, mais non aux chaînes de pharmacies elles-mêmes. Pour contourner la réglementation, plusieurs chaînes de pharmacies ont créé leurs propres marques maison de médicaments génériques d'ordonnance (Pro-Doc pour Jean-Coutu, Sanis Health pour Pharmaprix et Sivem pour McKesson, le distributeur qui possède les chaînes Proxim et Uniprix). Les médicaments génériques de marques maison ne sont pas produits par les chaînes de pharmacies, mais plutôt achetés directement auprès des fabricants par appel d'offres, qui permet de les payer à une fraction du prix auquel ils sont revendus.

Des documents d'enquête de la RAMQ, obtenus grâce à la *Loi d'accès à l'information*, montrent que pour l'atorvastatine 20 mg, la marge^a entre le prix de production pour la marque maison et le prix remboursé par la RAMQ était de 92 % en 2014⁴⁰ : 500 comprimés achetés au coût de 16,10 \$ par les marques maison étaient donc revendus à 196,10 \$. Au Québec, pour 500 comprimés de 20 mg d'atorvastatine remboursés par un régime privé, certaines chaînes de pharmacies touchent non seulement des coûts de délivrance 5 fois plus élevés que dans le reste du Canada, mais elles empochent aussi 92 % du coût de détail du médicament par l'intermédiaire de leur marque maison. À noter que les hôpitaux recourent aussi aux appels d'offres pour les génériques et, dans le cas de l'atorvastatine, ils obtiennent un prix équivalent à celui obtenu par les pharmacies pour leur marque maison⁴¹. Dans le cas des hôpitaux, ces bas prix ne servent toutefois

a La marge dont il est ici question est la marge bénéficiaire brute qui se calcule sous forme de pourcentage selon la formule suivante : [(prix de vente – coût de revient) / prix de vente] X 100. Une marge de 92 % signifie donc que le coût de revient a été majoré de 1150 %.

pas à augmenter la marge bénéficiaire des actionnaires, mais plutôt à réduire les coûts en santé pour les Québécois et les Québécoises.

En tant que professionnels de la santé, les pharmaciens se retrouvent donc confrontés à un système d'assurance médicaments qui encourage certains abus, pénalise les plus dévoués et les force à plier leurs décisions professionnelles aux choix commerciaux des chaînes de pharmacies et aux intermédiaires. Puisque au final beaucoup de pharmaciens peinent à joindre les deux bouts, toute politique pour contrôler les coûts est accueillie avec une forte résistance.

3.3. UNE «VICTOIRE» POUR LES CONSOMMATEURS?

Pour contrer ces pratiques, le gouvernement du Québec a déposé le projet de loi 81 en 2016 afin de permettre au ministre de la Santé de recourir à des appels d'offres afin de réduire le prix des génériques, à la fois pour le régime public et pour les régimes privés. Mais certains lobbys des intérêts économiques en cause, ceux des chaînes de pharmacies et les firmes pharmaceutiques, se sont vivement opposés au projet de loi, prédisant pénuries et pertes d'emploi. Même les assureurs privés, qui auraient normalement bénéficié d'une réduction du coût de détail des médicaments génériques, ont fait opposition. Dans son mémoire déposé en commission parlementaire, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, qui agit comme lobby pour les assureurs privés, expliquait :

En effet, nous craignons que toute réduction des revenus des pharmaciens soit atténuée par une augmentation de leurs honoraires à l'égard des assurés du volet privé. D'ailleurs, tant que le problème de l'encadrement des honoraires des pharmaciens n'aura pas été résolu, toute tentative de contrôle des coûts de l'assurance médicaments dans les régimes privés comporte le risque d'entraîner un effet contraire à l'égard des assurés du privé⁴².

En somme, les assureurs privés demandaient au gouvernement du Québec de ne pas chercher à réduire les coûts structurels de la couverture des médicaments, pour éviter que la baisse de revenus des chaînes de pharmacies ne soit compensée par une hausse des coûts appliqués aux régimes privés.

Le projet de loi a toutefois été adopté en 2016, et en juillet 2017, le ministre de la Santé du Québec a menacé de recourir à des appels d'offres pour forcer une baisse des prix des génériques. Encore une fois, l'industrie du générique et les chaînes de pharmacies ont exprimé leur opposition⁴³. Une entente de dernière minute a été entérinée entre le gouvernement et l'industrie pour éviter le recours aux appels d'offres. Les fabricants de génériques ont accepté de

baisser leurs prix de 38 % en moyenne sur 5 ans, ce qui a été présenté comme une victoire pour les consommateurs québécois⁴⁴. Le ministre de la Santé a toutefois déclaré que des appels d'offres auraient permis des économies plus importantes, mais qu'il a préféré ne pas aller de l'avant pour préserver les intérêts économiques de l'industrie générique québécoise et les emplois qui y sont associés.

Pour relativiser cette «victoire pour les consommateurs», reportons-nous au graphique 4. Selon l'entente passée avec l'industrie et les pharmacies, le coût de détail pour 500 comprimés d'atorvastatine de 20 mg au Québec serait maintenant réduit de 38 % et passerait de 204 \$ à 126,48 \$. Rappelons qu'en comparaison, ces mêmes 500 comprimés coûtent au détail 104 \$ en Allemagne, 56 \$ en Suède, 47 \$ au Royaume-Uni, 44 \$ aux États-Unis et 28 \$ en Nouvelle-Zélande^{45,a}. De plus, avec un coût de délivrance 5 fois plus élevé pour les régimes privés, les régimes privés québécois continueront de payer un coût total de plus de 500 \$ pour 500 comprimés, alors qu'il en coûte en moyenne 335 \$ dans les autres provinces (notons qu'il est fort probable que les autres provinces obtiendront sous peu un rabais similaire à celui obtenu par le Québec⁴⁶). Reste à voir si, comme l'indique le lobby des assureurs privés, les chaînes de pharmacies augmenteront leurs coûts de délivrance pour les régimes privés pour compenser ces pertes de revenus.

Au final, l'exemple de l'atorvastatine nous démontre le degré de dysfonction du système québécois par rapport aux pays dotés d'un régime public universel d'assurance médicaments. Après deux ans de processus politiques visant à contrer les coûts abusifs des médicaments génériques et d'intenses négociations ayant conduit à une réduction des prix, le Québec continuera tout de même à payer l'atorvastatine plus du double que dans les pays comparables. Pour leur part, les régimes privés québécois continueront de payer 5 fois plus que dans les autres provinces pour le coût de délivrance de ce médicament.

Si le régime québécois hybride impose des coûts très élevés de manière inéquitable et n'assure pas un bon accès aux médicaments, il semble par contre bien servir les intérêts économiques d'acteurs spécifiques, tout en encourageant les abus et en pénalisant ceux qui chercheraient simplement à offrir un bon accès aux médicaments à meilleur prix.

a Cette comparaison est faite à partir des chiffres de 2013. Pour être plus précis, il faut noter que le coût de détail de l'atorvastatine a baissé depuis 2013, au Canada comme dans les autres pays. Le coût de détail de 500 comprimés d'atorvastatine en 2017 au Québec est en fait de 163,40 \$ et passera donc à 101,31 \$. La baisse exacte du coût de la molécule dans les autres pays depuis 2013 n'est toutefois pas connue et nous avons donc choisi de faire la comparaison à partir des chiffres de 2013 pour mieux illustrer le propos.

4. Les leçons pour le Québec

La mise en place il y a 20 ans du régime québécois public-privé d'assurance médicaments a été le fruit d'un compromis de la part d'un gouvernement qui souhaitait doter l'ensemble de sa population d'une couverture pharmaceutique, tout en évitant des hausses d'impôts et des conflits avec les assureurs privés, les pharmaceutiques et les pharmacies⁴⁷. Ce compromis s'explique aussi par une préoccupation importante de l'époque, celle de permettre le plein développement de l'industrie biopharmaceutique québécoise, objectif demeuré un des quatre axes de la politique du médicament de 2007⁴⁸. On considérait alors qu'un régime d'assurance médicaments moins soucieux de contenir les coûts permettrait la prospérité de ce secteur économique. Le Québec a aussi planifié une série de mesures pour supporter l'industrie biopharmaceutique dans la province, dont la règle de 15 ans (qui acceptait de rembourser plus longtemps le médicament de marque à plein prix alors que le générique était disponible à une fraction du prix), des prix plus élevés pour les médicaments brevetés que dans les pays comparables, des subventions directes et indirectes, ainsi qu'un formulaire plus généreux des médicaments remboursés. Une étude exhaustive de l'aide publique à l'industrie biopharmaceutique québécoise a démontré qu'en 2010, le Québec a ainsi dépensé entre 455 \$M et 1 703 \$M pour attirer l'investissement biopharmaceutique. Pour leur part, les entreprises n'ont dépensé en retour que 252 \$M en R et D biopharmaceutique⁴⁹.

Malgré l'établissement d'un régime d'assurance médicaments offrant des revenus généreux afin de supporter l'industrie biopharmaceutique de la province, ce secteur économique a pourtant régressé au Québec. Selon les chiffres de l'industrie, le secteur biopharmaceutique québécois est passé de 10 566 emplois au Québec en 2003⁵⁰ à 5 321 en 2012, une perte de la moitié des emplois. En fait, le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés du Canada a plusieurs fois rappelé que les politiques généreuses de remboursement à des prix élevés n'ont pas d'impact pour attirer l'investissement pharmaceutique⁵¹. Les arguments de politique industrielle qui ont pesé en faveur d'un régime hybride de compromis sont donc injustifiés.

Il est vrai que le régime hybride de 1997 a permis d'étendre la couverture d'assurance médicaments ainsi qu'à améliorer l'accès des adultes actifs dans le marché du travail à celui-ci. Toutefois, le régime hybride québécois a inclus une série de mesures qui, à terme, l'ont rendu dysfonctionnel. Sa performance reste faible en termes d'accessibilité, d'équité et de coûts. En effet, le régime québécois public-privé d'assurance médicaments

fait l'objet d'augmentations continues de franchises, de coassurances et de primes qui ont des conséquences négatives – et prévisibles – sur l'accessibilité aux médicaments pour les bénéficiaires des programmes publics et privés. Qui plus est, non seulement ce régime n'a pas généré les économies escomptées sur les finances publiques, mais en plus les ménages et les employeurs doivent composer avec d'importants frais, qui représentent une taxe régressive, par ailleurs en croissance.

À terme, le régime hybride du Québec s'avère dysfonctionnel puisque ses coûts sont difficilement contrôlables, sans pour autant assurer un bon accès aux médicaments. Il faut toutefois rappeler que les coûts des uns sont les revenus des autres, et que c'est pour cette raison que des intérêts économiques influents veulent le maintenir en place ou même l'étendre au reste du Canada. Le cas du Lipitor générique démontre l'ampleur de cette dysfonction. Ce n'est pourtant qu'un seul des 8 000 médicaments disponibles sur ordonnance, mais il signale la nécessité d'une réforme d'envergure afin que les Québécois et Québécoises puissent jouir d'un régime d'assurance médicaments entièrement au service de leurs besoins collectifs en santé, et non pas à celui d'intérêts économiques restreints.

Il y a vingt ans, un régime public universel était vu comme le système de couverture des médicaments d'ordonnance le plus équitable et le plus efficient. À l'heure actuelle, il est temps que le Québec se dote d'un tel système, qui correspond aux standards internationaux. Un régime public universel permettrait d'augmenter le pouvoir de négociation face aux fabricants de produits pharmaceutiques et de mieux intégrer la gestion des médicaments au sein des autres soins de santé. À cette fin, le gouvernement québécois pourrait par exemple obliger la participation au régime public et permettre la souscription volontaire aux couvertures privées de services de santé supplémentaires et de médicaments ne figurant pas au formulaire du régime public, comme pour le reste du régime d'assurance maladie en vigueur.

Si un tel régime public universel d'assurance des médicaments d'ordonnance obtenait d'aussi bons résultats que dans les autres pays comparables, le Québec économiserait environ 3,8 milliards \$ par année, soit 12 fois les économies annuelles générées par les rabais volontaires récemment consentis par les fabricants de médicaments génériques⁵². Une somme aussi considérable permettrait non seulement d'améliorer les autres composantes du système de santé, mais aussi de remplir la promesse de ceux qui ont mis en place le système québécois d'assurance médicaments en 1997 : assurer une couverture universelle d'assurance médicaments à meilleur coût.

Notes de fin de document

- 1 MORGAN, Steven G. et al., « Evaluating the effects of Quebec's private-public drug insurance system », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189, n° 40, octobre 2017, p. E1259-E1263.
- 2 MORGAN, Steve, *Quebec's drug insurance plan : a prescription for Canada*?, Vancouver : UBC Centre for Health Services and Policy Research, février 1998, open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/facultyresearchandpublications/52383/items/1.0048455, consulté le 26 octobre 2017; POMEY, Marie-Pascale et al., « Public/Private Partnerships for Prescription Drug Coverage : Policy Formulation and Outcomes in Quebec's Universal Drug Insurance Program, with Comparisons to the Medicare Prescription Drug Program in the United States », *The Milbank Quarterly*, vol. 85, n° 3, septembre 2007, p. 469-498; POMEY, M-P et al., *Making decisions about prescriptions drugs in Quebec : implementing the public prescription drug insurance regime in 1996-1997*, Kingston, Queen's University, 2005; MARTIN, M., « Quebec employs user-pay philosophy in launching drug-insurance plan », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 155, n° 11, décembre 1996, p. 1604-1605.
- 3 MARTIN, M., « Quebec employs user-pay philosophy in launching drug-insurance plan », loc. cit., p. 1604-1605.
- 4 COMITÉ DE RÉVISION DE LA CIRCULAIRE « MALADES SUR PIEDS » et al., *De l'assistance à l'assurance : rapport du Comité de révision de la circulaire « Malades sur pieds*», Québec, Le Comité, 1994.
- 5 POMEY, Marie-Pascale et al., *Making Decisions about Prescriptions in Quebec : Implementing the Public Prescription Drug Insurance Regime in 1996-1997 – A Cross-Provincial Comparison of Health Care Policy Reform in Canada*, Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University, 2005.
- 6 GAGNON, Reynald et QUÉBEC PROVINCE. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec : analyse de faisabilité*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1995, 156 p.
- 7 BELLONI, Annalisa et al., *Pharmaceutical Expenditure And Policies*, OECD Health Working Papers, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 21 avril 2016, www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5jmoq1f4cdq7-en.
- 8 COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ, *Pour une politique du médicament qui fait passer la santé de la population avant l'intérêt des compagnies pharmaceutiques*, avril 2005.
- 9 POMEY, M-P et al., op. cit.
- 10 POMEY, M-P et al., loc. cit., p. 469-498.
- 11 MORGAN, Steve, op. cit.; CASTONGUAY, C. et al., *L'assurance médicaments : des voies de solution*, Québec, Le Comité, 1996, 198 p.
- 12 MORGAN, Steve, op. cit.; CASTONGUAY, C. et al., op. cit., 198 p.
- 13 GAGNON, Marc-André, « The role and impact of cost-sharing mechanisms for prescription drug coverage », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189, n° 19, mai 2017, www.cmaj.ca/content/189/19/E680.full.
- 14 POMEY, M-P et al., loc. cit., p. 469-498.
- 15 MORGAN, Steve, op. cit.; POMEY, M-P et al., loc. cit., p. 469-498.
- 16 CASTONGUAY, C. et al., op. cit.
- 17 MORGAN, Steve, op. cit.
- 18 « Assurance-médicament : Résumé des coûts », RAMQ, 2017, www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/resume-couts.aspx, consulté le 3 octobre 2017.
- 19 WANG, Chao et al., « Mandatory universal drug plan, access to health care and health : Evidence from Canada », *Journal of Health Economics*, vol. 44, n° Supplement C; décembre 2015, p. 80-96.
- 20 LEE, Augustine et MORGAN, Steve, « Cost-related nonadherence to prescribed medicines among older Canadians in 2014 : a cross-sectional analysis of a telephone survey », *CMAJ open*, vol. 5, n° 1, mars 2017, p. E40-E44.
- 21 BLAIS, Lucie et al., « Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance », *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, vol. 64, n° 2, mai 2003, p. 163-172; TAMBLYN, R. et al., « Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons », *JAMA*, vol. 285, n° 4, 24 janvier 2001, p. 421-429.
- 22 LEE, Augustine et MORGAN, Steve, loc. cit., p. E40-E44.
- 23 CIHI, *How Canada Compares : Results From The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries—Data Tables*, Ottawa, 2016.
- 24 LEE, Augustine et MORGAN, Steve, loc. cit., p. E40-E44.
- 25 HURLEY, Jeremiah, « Chapter 2—An overview of the normative economics of the health sector », *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Elsevier, 2000, p. 55-118, ideas.repec.org/h/eee/healthp/1-02.html.
- 26 « Assurance-médicaments : Résumé des coûts », RAMQ, 2017, www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/resume-couts.aspx, consulté le 3 octobre 2017.
- 27 STATISTIQUE CANADA, *Revenu total médian selon le type de famille, par province et territoire (Toutes les familles de recensement)*, Ottawa, juillet 2016.
- 28 ROY, Johanne, « Assurance-médicaments : un retraité obligé de souscrire à un régime privé qu'il juge trop cher », *Le Journal de Québec*, avril 2017, www.journaldequebec.com/2017/04/29/assurance-medicaments-un-retraite-oblige-de-souscrire-a-un-regime-privé-qu'il-juge-trop-cher; ROY, Johanne, « L'assurance-médicaments est inéquitable pour plusieurs Québécois », *Le Journal de Québec*, mai 2017, www.journaldequebec.com/2017/05/01/lassurance-medicaments-est-inequitable-pour-plusieurs-quebecois.
- 29 ANGUS REID INSTITUTE, « Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households », *Angus Reid Institute*, Vancouver, 14 juillet 2015, angusreid.org/prescription-drugs-canada/.
- 30 SCHOEN, Cathy et al., « Toward higher-performance health systems : adults' health care experiences in seven countries, 2007 », *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 26, n° 6, décembre 2007, p. W717-W734.
- 31 MORGAN, Steven G. et al., « Drivers of expenditure on primary care prescription drugs in 10 high-income countries with universal health coverage », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189, n° 23, 12 juin 2017, p. E794-E799.
- 32 OLSON, Mancur, *Logique de l'action collective (1965)*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2011.

- 33 CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS, *Génériques 360 : Médicaments génériques au Canada*, 2014, Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2017.
- 34 BOURASSA FORCIER, Mélanie, « Pourquoi le prix des médicaments varie-t-il? », *La Presse+*, 18 septembre 2017, p. écran 4.
- 35 GAGNON, Marc-André et al., *Vers une politique rationnelle d'assurance médicaments au Canada*, Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, 2014, www.deslibris.ca/ID/244188.
- 36 BEALL, Reed F. et al., « Pan-Canadian overpricing of medicines : a 6-country study of cost control for generic medicines », *Open Medicine*, vol. 8, n° 4, 14 octobre 2014, p. e130-e135.
- 37 CRÉPEAU, Catherine et DÉSY, Charles, « Prix des médicaments : des écarts spectaculaires », *Protégez-vous*, octobre 2017.
- 38 *Ibid.*
- 39 O'BRADY, Sean et al., « Reforming private drug coverage in Canada : Inefficient drug benefit design and the barriers to change in unionized settings », *Health Policy*, vol. 119, n° 2, février 2015, p. 224-231.
- 40 GENTILE, Davide, « Les Québécois paient trop cher les médicaments génériques », *Radio-Canada.ca*, ici.radio-canada.ca/nouvelle/814037/quebec-medicament-generique-cher-pharmacie-prix-cout-assurance-maladie-ramq.
- 41 *Ibid.*
- 42 DUHAIME, Lyne, *Consultation : Projet de loi #81. Mémoire soumis par ACCAP*, 2016.
- 43 ORFALI, Philippe, « Jean Coutu tire à boulets rouges sur le ministre Barrette », *TVA Nouvelles*, 11 juillet 2017, www.tvanouvelles.ca/2017/07/11/jean-coutu-tire-a-boulet-rouge-sur-le-ministre-barrette; BOISSONNEAULT, Alex, « Médicaments génériques : Barrette attend une réponse de l'industrie », *Radio-Canada.ca*, juillet 2017, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1043368/medicament-generique-gouvernement-quebec-ministre-sante-gaetan-barrette.
- 44 MARSOLAIS, Michel, « Les coûts des médicaments génériques réduits de plus de 300 M\$ par année », *Radio-Canada.ca*, juillet 2017, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1045574/medicaments-generiques-entente-gouvernement-quebec-industries-pharmaceutiques-barrette.
- 45 BEALL, Reed F. et al., *loc. cit.*, p. e130-e135.
- 46 PERREAUX, Les, « Quebec expects to save millions with overhaul of generic-drug purchasing process », *The Globe and Mail*, juin 2017, www.theglobeandmail.com/news/national/quebec-expects-to-save-millions-with-overhaul-of-generic-drug-purchasing-process/article35484903/.
- 47 MORGAN, Steve, *op. cit.*; POMEY, M-P et al., *loc. cit.*, p. 469-498; POMEY, M-P et al., *op. cit.*
- 48 ORFALI, Philippe, *op. cit.*
- 49 GAGNON, Marc-André, « L'aide financière à l'industrie pharmaceutique québécoise : le jeu en vaut-il la chandelle? », *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 44, 8 mai 2012, interventionseconomiques.revues.org/1611.
- 50 PRICEWATERHOUSECOOPERS, *Les entreprises de RX&D : Pour une économie canadienne plus saine et plus forte*, 2005.
- 51 CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS, *Rapport annuel 2015*, Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2016.
- 52 MORGAN, Steve et PERSAUD, Nav, « Generic drug prices could drop – if rebates are replaced with public tendering », *Healthy Debate*, healthydebate.ca/opinions/generic-drug-prices.



Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé ISBN 978-2-924727-32-4
PDF ISBN 978-2-924727-33-1

L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur·e·s se positionne sur les grands enjeux socioéconomiques de l'heure.