



Notes

pour un

Mémoire sur les médicaments d'ordonnance

présenté au

Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé

par

Stan Marshall
Agent de recherche principal
Syndicat canadien de la fonction publique

Ottawa
Le 9 octobre 2003

Bonjour.

Mon nom est Stan Marshall. Je suis agent de recherche principal au Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP). Je tiens à remercier le Comité permanent de la santé de me fournir l'occasion d'aborder les importantes questions relatives aux médicaments d'ordonnance.

Le SCFP représente environ 525 000 membres de la fonction publique dans l'ensemble du Canada. Une personne sur 60 au Canada est membre du SCFP et un pourcentage encore plus élevé de Canadiennes et de Canadiens comptent au moins un membre du SCFP dans leur famille. Il va sans dire que l'accès aux soins de santé en général et à des médicaments d'ordonnance à coût abordable en particulier revêt une importance vitale pour les membres du SCFP et leurs familles.

Ce matin, j'aimerais faire le lien entre le coût croissant des médicaments d'ordonnance et la nouvelle réalité à laquelle sont confrontés les travailleurs et les travailleuses dans leurs lieux de travail lorsqu'ils tentent de s'assurer, tant pour eux-mêmes que pour leurs familles.

L'augmentation des prix

Tout le monde sait que le prix des médicaments a connu une hausse astronomique au cours de la dernière décennie. En 1997, le coût des médicaments dépassait celui des services des médecins en proportion des dépenses totales en santé. Cette dépense en santé était celle qui augmentait le plus rapidement. En 2001, les dépenses consacrées aux médicaments d'ordonnance étaient passées à 15,2 % des dépenses totales en santé, ou à environ 15,5 milliards de dollars. De nombreux experts de l'industrie prédisent que le prix des médicaments continuera de monter en flèche à raison de 15 à 20 % dans les années qui viennent.

Les implications pour les travailleuses et les travailleurs

Ce que l'on sait moins, et que l'on comprend moins, ce sont les conséquences de ces augmentations pour les travailleuses et les travailleurs ordinaires – syndiqués ou non. L'augmentation du prix des médicaments rend extrêmement difficile la négociation d'assurances pour les travailleuses et travailleurs. Les employeurs font pression sur eux pour tenter de réduire le coût total de la rémunération. Et bien que les employeurs paient incontestablement plus cher les médicaments, ils transfèrent aussi une portion grandissante de ce coût aux travailleuses et travailleurs.

Les implications de ce transfert sont importantes. Plus vous vous éloignez du principe de la couverture au premier dollar pour les médicaments, plus vous imposez des choix forcés et souvent inacceptables : se procurer ou non des médicaments d'ordonnance.

De nombreuses études montrent que, trop souvent, des personnes et des familles ne peuvent pas supporter tout le fardeau du délestage des coûts. Une étude menée auprès de personnes âgées par la Kaiser Foundation aux États-Unis conclut qu'un quart des aînés, peu importe leur assurance-

médicaments, choisissent de ne pas remplir leurs prescriptions ou omettent des doses pour faire durer leurs prescriptions. Cette proportion dépasse le tiers si elles n'ont aucune protection du tout.

Ces choix sont imposés par une nécessité économique. Dans ce cas, la population étudiée était composée de personnes âgées, mais la situation ne serait sans doute pas différente si l'étude avait porté sur des familles monoparentales ou des familles dont les régimes d'assurance-médicaments exigent un partage de coûts significatif. L'étude Kaiser a conclu que les personnes qui avaient de meilleurs régimes d'assurance-médicaments étaient moins susceptibles d'avoir des comportements en matière d'achat de médicaments nuisibles pour leur santé.

Bien sûr, ne pas remplir une prescription ou omettre des doses peut avoir des conséquences importantes, car la maladie cardiaque, le diabète et l'hypertension peuvent s'aggraver. En fin de compte, les économies réalisées en transférant les coûts aux employées et employés s'annuleront parce les dépenses en santé que doivent assumer les gouvernements pour les troubles médicaux mal traités augmenteront.

À un niveau sociétal, tous les gouvernements cherchent à restreindre les dépenses en santé. Malheureusement, parce qu'ils ne se sont pas attaqués de front au dossier du coût des médicaments, ils veulent réduire l'ensemble des coûts en santé par la privatisation et la sous-traitance du travail du secteur public – du travail qui offre de meilleurs salaires et avantages sociaux lorsqu'il est exécuté par le secteur public. Ainsi, parce qu'elle a tendance à mener à des emplois sous-traités et marginalisés moins bien payés, l'augmentation du coût des médicaments a des répercussions indirectes dangereuses pour la santé et le bien-être des travailleuses et des travailleurs.

Négocier pour sa santé

Les travailleuses et les travailleurs ont toujours su que des régimes d'assurance-maladie complémentaires, dont des régimes d'assurance-médicaments et de soins dentaires, sont une partie essentielle de l'ensemble des avantages sociaux. Ils cherchent donc à obtenir ces avantages à la table de négociation partout dans le monde.

Les possibilités de protections offertes en matière de médicaments incluent maintenant une variété d'options. J'en énumère quelques-unes ici, des meilleures aux pires.

Les meilleurs régimes sont offerts à 100 pour cent par l'employeur et payés selon des formules qui sont déterminés conjointement par le processus de négociation. Toutefois, différents autres régimes, de qualité inférieure, n'avantagent pas autant les employées et employés. Certains régimes exigent des employées et employés une participation aux coûts ou des franchises, ou encore le partage du coût des primes. Certains offrent des avantages flexibles en vertu desquels les employées et employés doivent choisir leurs protections. Dernièrement, les employeurs se sont mis à proposer des comptes de soins de santé ; les employées et employés

reçoivent un certain montant d'argent pour leurs soins de santé et, lorsqu'ils l'ont dépensé, ils doivent assumer eux-mêmes les coûts additionnels. Avec cette méthode, l'employeur se dégage entièrement de toute responsabilité en matière de protection valable. Il s'agit strictement d'une mesure d'économie. En l'absence d'un régime offert par l'employeur, les employées et employés doivent acheter une assurance privée et payer eux-mêmes les primes.

Le pire des scénarios, c'est l'absence de régime offert par l'employeur et l'incapacité de l'employée ou employé de se payer des primes d'assurance privée ; la personne se retrouve alors sans assurance du tout. Fait intéressant, certains analystes dans le domaine des assurances croient qu'il pourrait n'y avoir, à l'avenir, aucune protection – ou du moins aucune qui soit fournie par l'employeur.

Toutes ces possibilités ne sont pas tout simplement laissées au choix de l'employée ou de l'employé. Les options sont le fruit des relations employeur-employés et ceux et celles qui sont en position de force obtiennent habituellement de meilleures protections ; autrement dit, s'ils ont un syndicat, ils sont plus susceptibles d'être mieux protégés que les autres qui sont non syndiqués. Toutefois, ce sont les employeurs qui ont le pouvoir disproportionné, dans la relation d'emploi, d'effectuer des changements négatifs qui coûtent cher aux employées et employés et qui ont des répercussions sur les dépenses en santé dans l'ensemble du système. Et cette situation est particulièrement vraie pour les travailleuses et les travailleurs non syndiqués.

L'augmentation du coût des médicaments exerce une pression énorme sur la capacité des travailleuses et travailleurs de négocier ce type d'avantages sociaux. À mesure que le coût des médicaments augmente et que les employeurs cherchent à diminuer leur part de ce coût, nous pouvons nous attendre à des conflits de travail plus nombreux, car les travailleuses et les travailleurs devront négocier des protections tangibles importantes pour eux-mêmes et leurs familles.

VERS DES PISTES DE SOLUTION

Nous devons chercher des solutions dans plusieurs directions. Certaines des recommandations de la Commission Romanow sont pertinentes, comme le transfert aux provinces lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments et l'établissement d'une Agence canadienne du médicament pour « évaluer les médicaments actuels et nouveaux » et « négocier et limiter les prix des médicaments ». Toutefois, ces mesures seront inefficaces si nous n'avons pas la volonté politique d'apporter d'autres changements d'abord.

La Loi sur les brevets

D'abord et avant tout, la *Loi sur les brevets* doit être modifiée pour permettre un accès plus rapide des médicaments génériques aux marchés. L'actuelle protection de vingt ans a fait grimper l'ensemble des dépenses en santé et menace la santé et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens. Les fabricants de médicaments d'origine et leurs actionnaires ont un retour

disproportionné pour l'avantage qu'ils procurent. En effet, on pourrait soutenir que l'actuelle protection des brevets constitue une perte nette pour la population canadienne.

Il est temps de remettre en vigueur « l'homologation obligatoire » afin de faciliter des changements qui permettront de réduire le coût des médicaments. L'homologation obligatoire donne aux médicaments génériques un accès plus rapide aux marchés pourvu qu'une licence soit achetée de façon à indemniser le titulaire d'un brevet. Le D^r Aidan Hollis fait le lien entre des soins de santé financés par les deniers publics et l'homologation obligatoire dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* (octobre 2002.) Le D^r Hollis souligne que l'homologation obligatoire « transfère le pouvoir en matière de prix du titulaire de brevet au gouvernement », mais permet néanmoins au titulaire de brevet de conserver son droit de faire un profit.

Par une demande d'injonction, la protection de brevet de vingt ans peut être prolongée d'au moins deux ans et souvent davantage, selon la durée du litige. Cette pratique douteuse doit être éliminée. Elle ne sert à rien d'autre qu'à protéger les profits et les parts de marché.

La pratique de l'ajout de brevets à la liste doit aussi prendre fin. Les demandes de brevet pour de légères variations du même médicament avec, dans de nombreux cas, très peu d'avantages mesurables pour les patients, vise tout simplement à protéger le marché contre les équivalents génériques. Il en résulte une augmentation des coûts pour la population canadienne.

Ces échappatoires légales doivent disparaître.

L'établissement du coût en fonction du produit de référence

En 1995, la Colombie-Britannique a entrepris une importante expérience pour maîtriser le coût des médicaments. Le gouvernement a mis en œuvre le Programme de référence des médicaments (Reference Drug Program ou RDP) pour réduire les coûts tout en maintenant la couverture au premier dollar pour cinq classes de médicaments. Cette mesure fonctionne parce que seul le coût du médicament le moins cher est couvert dans les cas où plus d'un médicament s'est avéré efficace pour le trouble traité.

D'ici la fin de 2003, le RDP aura permis au gouvernement de la Colombie-Britannique d'économiser plus de 352 millions de dollars et plusieurs évaluations indépendantes du programme indiquent qu'il n'y a eu aucun effet indésirable pour la santé.

Alors pourquoi ne pas adopter ce programme à l'échelle du pays ? Tout simplement parce que les fabricants de médicaments d'origine s'y opposent féroce­ment. En effet, leurs profits chutent avec l'utilisation de médicaments génériques moins chers.

Mis à part le lobbying entrepris par les fabricants de médicaments d'origine, l'exemple du RDP en Colombie-Britannique demeure un modèle de politique gouvernementale en matière de gestion des formulaires et doit être envisagé dans toute réforme sérieuse ou mise en œuvre d'un programme d'assurance-médicaments.

Des médicaments génériques pour lutter contre le VIH-SIDA

En terminant, j'aimerais dire que nous sommes heureux que le gouvernement songe à modifier la loi afin de permettre la fabrication au pays de médicaments rétroviraux génériques pour lutter contre le VIH-SIDA en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions du monde en développement. Nous sommes convaincus que cette loi devrait aussi permettre aux Canadiennes et aux Canadiens atteints du VIH-SIDA d'avoir accès à des équivalents génériques.

Toutefois, nous constatons que le gouvernement n'a pas fixé de délais précis pour la mise en œuvre de ces changements et qu'il n'en a pas encore examiné les détails. Nous incitons le gouvernement à apporter ces modifications rapidement afin que les 38 millions de personnes et plus dans le monde qui sont infectées par le VIH-SIDA puissent commencer à recevoir des traitements moins chers. Cette mesure est nécessaire aussi pour permettre aux économies dévastées par le grand nombre de décès dans leur population de récupérer.

La *Loi sur les brevets* ne devrait pas être un bouclier derrière lequel se cachent les fabricants de médicaments d'origine pour faire des profits excessifs aux dépens de l'humanité.

Les membres du Comité permanent de la santé devraient exiger d'une seule voix que cesse cette horrible hécatombe causée par le VIH-SIDA.

Nous surveillerons l'évolution de vos travaux ainsi que les mesures que prendra le gouvernement.

Merci encore une fois de m'avoir permis de prendre la parole devant vous. Le SCFP soumettra un mémoire plus détaillé au cours des prochaines semaines.