

**POUR UN RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS QUI  
RESPECTE L'ÉQUITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE**

**Mémoire présenté dans le cadre de la**

**Commission parlementaire  
des Affaires sociales sur le  
Régime général d'Assurance médicaments du Québec**

**par**

**Force jeunesse**

**AJMQ**

29 mai 2002

## TABLE DES MATIÈRES

---

Avant-propos	2
Résumé	4
Introduction	6
Section 1 : Philosophie de Force Jeunesse en regard du système de santé au Québec	8
Section 2 : Les polémiques autour du régime public d'assurance médicaments du Québec	10
Section 3 : Analyse des recommandations du rapport Montmarquette pour un régime universel public d'assurance médicaments au Québec	18
Section 4 : Solution équitable pour le régime public d'assurance médicaments du Québec	25
Conclusion	28
Bibliographie	29

**Publication Force Jeunesse / AJMQ, Montréal (Québec), 29 mai 2002**

**Rédaction du mémoire :**

Joël Monzée, Conseiller, Force Jeunesse  
Étienne Tittley, Trésorier, Force Jeunesse

**Collaborateurs :**

Benoit Gareau, Force Jeunesse  
Stéphane Grenier, Force Jeunesse  
Sandra Pierre, Déléguée CJ-OIIQ-Montréal  
Johanne Rioux, Vice-présidente, AJMQ

**Force jeunesse :**

10 780 Laverdure (bureau 207)  
Montréal, QC, H3L 2L9  
Tel. (514) 384-8666  
[www.forcejeunesse.qc.ca](http://www.forcejeunesse.qc.ca)  
[info@forcejeunesse.qc.ca](mailto:info@forcejeunesse.qc.ca)

N.B. L'usage du masculin est préconisé dans ce document afin de ne pas alourdir les textes.

## AVANT-PROPOS

**Force Jeunesse** est un regroupement de jeunes travailleurs et professionnels (membres individuels ou associations-membres) qui œuvrent pour l'amélioration des conditions de travail et les perspectives d'avenir des jeunes. Ainsi, les personnes qui se sont associées au sein de Force Jeunesse sont directement concernées par les questions touchant notre système de santé et de services sociaux, d'autant plus que plusieurs de nos associations-membres appartiennent au domaine de la santé, que ce soit du milieu clinique ou de la recherche.

Créé en 1998, Force Jeunesse vise la défense et l'amélioration des conditions de travail ainsi que des perspectives d'emploi de la relève. **L'équité entre les générations** et une préoccupation pour **l'avenir collectif de notre société** sont au cœur des valeurs défendues par Force Jeunesse. Force Jeunesse agit concrètement en revendiquant des mesures qui améliorent la situation économique et sociale des jeunes. Le regroupement intervient également lors de débats d'intérêt public, tout en organisant des activités de réflexion et en soutenant l'organisation de groupes de jeunes travailleurs.

Force jeunesse s'est principalement fait connaître par la lutte qu'il a menée contre l'usage de clauses «orphelin» dans les contrats de travail, cause majeure qui initia sa création. Depuis lors, Force jeunesse a cherché à soutenir et défendre les valeurs découlant du respect de **l'équité intergénérationnelle** à travers différents dossiers et participa, entre autres, au Sommet du Québec et de la jeunesse (2000), à la commission Clair (2000) et à la commission Séguin (2001), ainsi qu'à la commission Romanow (2002). C'est donc tout naturellement que notre regroupement porte un intérêt à propos de la situation du régime général d'assurance-médicaments du Québec ainsi que des problématiques qui y sont associées.

### Les associations membres de Force Jeunesse

- Association de défense des jeunes enseignants du Québec (ADJEO)
- Association des étudiantes et des étudiants de Laval inscrits aux études supérieures (AELIÉS)
- Association des étudiants aux grades supérieurs de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (AEGSFM)
- Association des étudiants aux grades supérieurs du département de biochimie de l'université de Montréal (AEGSDB)
- Association des jeunes de la fonction publique québécoise (AJFP)
- Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ)
- Comité jeune du Syndicat des professionnels du gouvernement du Québec (SPGQ)
- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Conseil des jeunes décideurs de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec
- Groupe d'action pour l'égalité et l'équité salariale du SPCUM
- Intérêts 16-35 des Basses-Laurentides
- Jeunesse du monde
- Syndicat des employés des cinémas (AIEST-262, FTQ)
- Syndicat TCA (Unité Air Canada, section locale 2213-FTQ)

Créée en 1995, **l'Association des jeunes médecins du Québec (AJMQ)** regroupe des jeunes médecins qui ont débuté leur carrière depuis 10 ans et moins. Leur principale cause concerne la clause discriminatoire qui réduit de 30 % le salaire des jeunes médecins, mais, depuis sa création, l'AJMQ s'est attaqué à d'autres problématiques telles que le financement du système de santé, la réorganisation de ce système, l'équité intergénérationnelle, etc. Ils ont participé à plusieurs commissions ou consultations publiques et parlementaires, dont la commission Clair (2000).



**FEUQ**

*Ensemble pour l'éducation!*

## **Fédération étudiante universitaire du Québec**

210, rue Sainte-Catherine Est  
Bureau 300  
Montréal (Québec) H2X 1L1

Téléphone : (514) 396-3380  
Télécopieur : (514) 396-7140  
Site Internet : [www.feuq.qc.ca](http://www.feuq.qc.ca)  
Courriel : [feuq@feuq.qc.ca](mailto:feuq@feuq.qc.ca)

Montréal, le 28 mai 2002

Membres de la Commission des affaires sociales  
Assemblée nationale du Québec

Objet : Appui au mémoire du groupe Force Jeunesse concernant le projet de loi 98

Madame,  
Monsieur,

Par la présente, la Fédération étudiante universitaire du Québec (FEUQ) tient à souligner son appui au contenu général du mémoire présenté par le groupe Force Jeunesse dans le cadre de la consultation à l'égard du projet de loi 98, *Loi modifiant la loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives*. La Fédération étudiante universitaire du Québec regroupe 18 associations étudiantes à travers tout le Québec et représente plus de 140 000 étudiants universitaires québécois.

À notre avis, les recommandations incluses dans le mémoire du groupe Force Jeunesse favorisent dans le Régime général de l'assurance médicaments du Québec (RGAMQ) une grande justice sociale et une plus grande équité intergénérationnelle, deux principes guidant les positions politiques de la FEUQ. Une plus grande justice sociale peut se concrétiser dans le RGAMQ en accordant la gratuité des frais pour les enfants, les étudiants aux études à temps plein, les personnes âgées à faible revenu et celles qui bénéficient d'une aide financière de l'État, tout en modulant les primes en fonction des revenus nets d'impôts pour les adhérents. Par ailleurs, nous croyons que l'équité intergénérationnelle serait assurée en définissant le montant de la prime sur l'évaluation des risques. En effet, les personnes âgées consomment davantage de médicaments que les jeunes, ce qui, par équité, devrait être considéré dans la fixation de la prime.

En espérant que les modifications apportées à la loi sur l'assurance-médicaments iront dans le sens d'une plus grande justice sociale et d'une plus grande équité intergénérationnelle tout en prenant en considération les recommandations émises par le groupe Force Jeunesse.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Nicolas Brisson  
Président  
Fédération étudiante universitaire du Québec

## RÉSUMÉ

---

Créé à la suite de la dernière consultation parlementaire sur le **Régime général de l'assurance médicaments du Québec** (RGAMQ), le Comité Montmarquette avait le mandat d'étudier la pertinence et la faisabilité de la création d'un « régime universel public d'assurance médicaments au Québec ». Cette option avait été soulevée comme un scénario possible dans le document présentant les « pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments<sup>1</sup> », mais aussi, comme le souligne le rapport Montmarquette, dans les avis déposés à la ministre de la Santé de l'époque, Madame Pauline Marois, par de nombreux groupes sociaux ayant privilégié ce scénario parmi les sept présentés dans le document de réflexion<sup>2</sup> au début de l'an 2000 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Suite à ce rapport, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M François Legault, a déposé le projet de Loi no 98 qui modifiera le RGAMQ, projet de Loi étudié actuellement par la Commission parlementaire des Affaires sociales.

Notre première recommandation découle de notre analyse, bien qu'elle puisse avoir été envisagée par le comité Montmarquette, puisqu'une phrase de son rapport résume adéquatement notre perception sur le RGAMQ qui devrait mieux respecter l'équité intergénérationnelle. En effet, le Comité suggère que, à « chaque année, une prime fixe distincte pour chaque groupe d'assurés du régime public (soit les personnes de 65 ans ou plus et les adhérents) serait évaluée par la [RGAMQ] en fonction de l'expérience propre à chaque groupe. [...] Les principes généralement reconnus d'assurance seraient ainsi appliqués au régime public ». Cette suggestion permettrait une meilleure évaluation des risques réels, s'harmonisant par le fait même avec les principes qui régissent déjà les deux principaux régimes d'assurance collective publics que sont la SAAQ (prime fixée en fonction du nombre de points d'inaptitudes, mesure du risque que représente chaque conducteur) et la CSST (aux employeurs en fonction du genre d'opérations qu'ils mènent), ainsi que les régimes d'assurance privés comme, par exemple l'assurance automobile où les jeunes (plus à risque en fonction de leur inexpérience) se voient imposer une prime plus élevée que leurs aînés.

*RECOMMANDATION 1 : Force Jeunesse encourage le gouvernement québécois à respecter ce principe fondamental d'assurance en classant les adhérents en catégories de risque plus homogènes de manière à établir le montant des primes d'assurance médicaments du régime public en fonction du risque réel que représente chaque adhérent. Ces catégories de risque homogènes seraient établies en fonction d'un indicateur fiable du risque, c'est-à-dire l'âge des adhérents. Ces catégories de risques, allant de cinq ans en cinq ans, seraient évaluées régulièrement en fonction de leur expérience propre de façon à établir le juste niveau de la prime pour chaque classe d'assurés. Cette modulation de la prime, en plus de respecter ce principe, favoriserait celui de l'équité intergénérationnelle.*

Notre seconde recommandation découle par ailleurs du principe de « redistribution de la richesse », cher aux Québécois, principe essentiel dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, également défendu par le comité Montmarquette comme étant un acquis social à préserver. Concrètement, il s'agit de conserver une forme d'assistance qui tient compte de la capacité de payer le montant des primes de l'assurance médicaments. Actuellement, les adhérents gagnant moins de 17 000 \$ ne paient qu'une partie de la prime d'assurance, voire aucune si leur revenu est inférieur à 10 000 \$. Nous sommes d'avis que ce principe doit être respecté dans la nouvelle formule de financement. Toutefois, deux raisons nous amènent à croire que l'actuel mécanisme d'assistance ne se veut pas optimal du point de vue de l'équité. D'une part, même si nous approuvons ce principe d'assistance aux gens à plus faibles revenus, nous considérons qu'il s'agit d'un choix collectif qui devrait par conséquent être supporté par l'ensemble de la population. Il nous apparaît donc inéquitable de faire porter le poids de ce choix de société à la charge des seuls adhérents au régime public, dont le profil montre un plus grand état de précarité socio-économique (travailleurs autonomes, travailleurs atypiques, travailleurs dans de petites sociétés, étudiants-chercheurs ou travailleurs retournant aux études à temps plein, etc.). D'autre part, si l'État québécois juge nécessaire d'assister certains adhérents au régime public eut égard à leur faible revenu, ne devrait-on pas non plus en faire bénéficier aux cotisants des régimes privés dont le niveau de revenu justifierait une assistance dans le régime public mais qui sont actuellement contraints de rester fidèles à leur régime privé ?

---

<sup>1</sup> Les pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments. MSSS, 2000.

<sup>2</sup> Op cit.

RECOMMANDATION 2 : Force Jeunesse encourage le gouvernement québécois à mettre en place un système de remboursement d'une partie de la prime d'assurance médicaments qui serait modulée selon le revenu des citoyens. Ce système serait étendu à l'ensemble des québécois, y compris ceux qui cotisent à un régime privé d'assurance-médicaments et son coût assumé par tous. Cette recommandation respecterait les principes de redistribution de la richesse et d'équité sociale, principes qui s'inscrivent également dans la lutte contre la pauvreté.

Ces deux recommandations, prises conjointement, devraient permettre au régime public de l'AMQ d'être viable pour une longue période et assurer une juste équité pour l'ensemble des bénéficiaires du RGAMQ.

### **RECOMMANDATIONS DE FORCE JEUNESSE**

1. Dans une perspective d'équité intergénérationnelle, nous recommandons une modulation de la prime en fonction des risques réels de consommation de médicaments, c'est à dire que le montant de la prime d'assurance soit établi par groupe d'âge et réévaluée chaque année en fonction de l'expérience propre de ces groupes d'âge.
2. Dans une perspective d'équité sociale, nous recommandons une modulation de la prime en fonction des revenus avec une plage plus étendue que celle proposée actuellement, et ce pour tous les bénéficiaires du RGAMQ, qu'ils soient couverts par la partie publique ou privée du régime, par un système de crédit d'impôt.

#### **Avantages**

Ces deux recommandations, prises conjointement, devraient permettre au régime public de l'AMQ d'être viable pour une longue période et assurer une juste équité pour l'ensemble des bénéficiaires du RGAMQ :

- Celle-ci permettrait au système public de recevoir l'entièreté des primes de tous les adhérents et d'équilibrer son budget, tout en respectant ces deux principes (principe d'assurance et redistribution des richesses)

De plus, l'équité intergénérationnelle sera respectée et allégera le fardeau socioéconomique des jeunes travailleurs et des jeunes familles :

- la modulation de la prime d'assurance en fonction du risque réel permettra aux jeunes travailleurs et aux jeunes familles, dont les revenus sont, de manière générale, moins élevés que ceux des travailleurs plus âgés, de bénéficier d'une prime équitable pour leur assurance médicaments;
- la modulation de la prime d'assurance en fonction du risque réel diminuera la migration des travailleurs de 50 et plus qui perdent leur lien d'emploi, vers le régime public pour éviter de continuer à payer des primes élevées dans les régimes privés et ainsi accroître le déficit du régime.

Enfin, la formule proposée pour respecter le principe de redistribution des richesses (équité sociale) aura plusieurs avantages et protégera aussi les personnes plus âgées :

- la redistribution pourra se faire auprès de tous les citoyens vivant dans une précarité socio-économique, qu'ils soient couverts par le système public ou privé du RGAMQ, cette formule lançant un message clair pour lutter contre la pauvreté;
- la redistribution pourra se faire pour l'ensemble de la population en fonction du revenu net d'impôt des citoyens, y compris pour les grands consommateurs de médicaments, et ce, quel que soit le groupe d'âge auquel ils appartiennent;
- la redistribution à travers le crédit d'impôt permet à l'AMQ (régime public) de recevoir l'entièreté des primes de tous les adhérents adultes, donc de stopper le déficit chronique.

## INTRODUCTION

---

L'essence même de notre participation au débat entourant l'assurance médicaments s'explique par la volonté de Force Jeunesse d'être présent et actif lors des débats sur les défis collectifs qui confrontent la société québécoise avec comme objectif de défendre l'équité intergénérationnelle. Or, depuis sa création, le **Régime général de l'assurance-médicaments du Québec** (RGAMQ) a toujours suscité une controverse émergeant des problèmes liés à son financement. Une des principales causes du déficit chronique de ce système réside dans le fait qu'il a été créé trop rapidement et que de nombreuses inégalités résident dans son fonctionnement. La tenue de cette nouvelle consultation devrait permettre de corriger celles-ci afin d'assurer une consolidation du système d'assurance médicaments public.

Suite au dépôt du rapport Montmarquette<sup>3</sup> en décembre 2001 qui avait comme tâche d'évaluer la faisabilité de l'universalisation du RGAMQ, le ministre de la Santé et des Services sociaux, François Legault, a déposé une proposition, le projet de Loi no 98, afin de modifier la Loi qui régit le RGAMQ. Cette Loi no 98, en fait, pose des questions très similaires à celles qu'avaient posées les membres de la commission Clair sur l'ensemble du financement du système public de la santé au Québec : **comment pouvoir permettre l'accessibilité à un système de couverture sociale en matière de soins de santé, sans que l'État québécois ne soit toujours en train de « colmater » les déficits chroniques de ce système ?**

Dès lors, les fondements et les valeurs qui nous avaient servi de cadre de réflexion pour préparer notre intervention à la commission Clair sont donc les mêmes que ceux qui ont balisé notre réflexion à propos du RGAMQ. De même, lors de notre intervention à la commission Séguin, nous avons bonifié certaines de nos recommandations, présentées à la commission Clair, en regard aux transferts possibles de points d'impôts entre le fédéral et le provincial. Nous encourageons donc les lecteurs de ce document à consulter nos avis déposés aux commissions Clair et Séguin. Ces documents sont disponibles sur le site de Force jeunesse. En résumé, ces deux mémoires appelaient les responsables politiques à développer des décisions qui respectaient l'équité intergénérationnelle, c'est à dire permettant à chaque citoyen une accessibilité à long terme aux soins de santé du Québec tout en en répartissant les coûts de manière responsable.

Alors que dans les hôpitaux, les médicaments sont distribués sans frais aux patients, le virage ambulatoire a amené ces patients à consommer des médicaments chez eux et donc impose de nouveaux coûts aux familles lorsque la maladie est présente. Dès lors, le gouvernement a créé le « Régime général de l'assurance médicaments du Québec » qui est un système dit mixte (public-privé), universel (tous les Québécois doivent être couverts) et contributif (prime annuelle et contribution financière à l'achat de médicaments).

La partie publique de cette assurance, l'AMQ, couvre près de 1.7 millions de Québécois, dont 400 000 enfants, qui n'ont pas accès à une assurance privée via leur lien d'emploi ou professionnel. Les adhérents payaient des primes de 175 \$ lors de la création de l'AMQ (1997-99), puis de 350 (2000-01) et 385 \$ (2001-02). C'est cette prime qui sera prochainement majorée de 10 % afin de réduire le déficit inhérent à l'accroissement des dépenses en médicaments (16-18 % / an). Les enfants et étudiants de moins de 25 ans n'ont pas de contribution financière, même s'ils sont couverts par l'AMQ. Par contre, les autres 1.3 millions d'adhérents paient la prime en fonction de leur revenu, et ce dès qu'ils gagnent des revenus d'environ 12 000 \$/an.

Parallèlement à ces adhérents, l'État couvre également les personnes âgées et les personnes bénéficiaires des programmes gouvernementaux de soutien financier (assurance emploi, bien-être social, soutien salarial, etc.). Ensemble, ces deux groupes représentent 1.5 millions de personnes, dont 900 000 personnes de plus de 65 ans et 200 000 enfants. Or, un certain nombre de personnes âgées paient une partie de la cotisation d'adhésion à l'AMQ, alors que leurs frais sont pris en charge par l'État. Le rapport du comité Montmarquette décrit une forme d'iniquité pour les personnes de 65 ans et plus qui contribuent au soutien financier du Fonds d'assurance médicaments (à travers leur participation financière), alors que leurs excédents de dépenses en matière de

---

<sup>3</sup> Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable. Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec. MSSS, 2001 (ultérieurement, ce document sera dénommé *rapport Montmarquette*).

médicaments sont pris en charge par le Fonds consolidé provenant des impôts versés par la collectivité. M Montmarquette y a vu une injustice envers les personnes âgées et recommandait une modification pour rectifier cette iniquité. Bien que nous reconnaissons la confusion qu'engendre le mécanisme par lequel les personnes âgées paient leur prime à l'assurance médicament, nous n'y voyons pas là d'iniquité, **puisque en termes nets, ces assurés défraient une prime nettement inférieure au risque qu'ils représentent réellement pour la contrepartie l'assurant.** Il nous apparaît toutefois essentiel de maintenir ce ratio favorable pour nos aînés, n'osant imaginer combien devrait défrayer une personne âgée de 75, 80 ou 85 ans si on devait établir sa prime en fonction du risque réel de consommation de médicament, considérant leur condition socio-économique généralement précaire.

Cependant, Force Jeunesse note une iniquité bien plus conséquente qui touche tous les jeunes travailleurs. En effet, contrairement à la plupart des régimes d'assurance collectifs, autant publics que privés, il n'y a aucune classification des adhérents en classes de risque homogènes. Ainsi, alors que le groupe d'âge 50-64 ans consomme de loin plus de médicaments que les plus jeunes, tous se voient tarifés de manière égale. Cette iniquité intergénérationnelle se doit d'être corrigée. Nous avons donc utilisé la logique d'assurance défendue dans le rapport Montmarquette sur la base des assurances de type Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), ainsi que certains régimes d'assurance privés, où le risque réel pour l'assureur d'indemniser l'assuré détermine la prime à payer pour ce dernier.

Nous allons également proposer un mécanisme qui permettrait de préserver une valeur défendue dans le régime actuel, à savoir la contribution en fonction des revenus de l'adhérent. Par contre, nous allons encourager le gouvernement québécois à étendre cette formule de redistribution de la richesse à l'ensemble des citoyens, y compris ceux qui cotisent à une assurance privée. Le mécanisme de redistribution pourrait être effectué par un crédit d'impôt offert aux contribuables à faible revenu. Cette formule, en plus d'étendre ce principe d'assistance à toutes les personnes à faible revenu, favorisant par le fait même une plus grande équité sociale, permettrait au régime public de l'assurance médicaments de disposer de la totalité des primes versées par ses adhérents.

Notre mémoire traitera en premier lieu de la philosophie de notre regroupement en matière du système de santé. Dans une seconde partie, nous ferons une analyse complémentaire à celle disponible dans le rapport<sup>4</sup> Montmarquette et du récent document<sup>5</sup> de consultation du MSSS présentant le projet de Loi no 98. Ensuite, nous analyserons les recommandations mises de l'avant dans ce rapport. Enfin, dans une quatrième section, nous proposerons de nouvelles pistes de solution pour préserver un régime public d'assurance médicaments dans le respect de l'équité intergénérationnelle.

---

<sup>4</sup> *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable.* Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec. MSSS, 2001

<sup>5</sup> *L'Assurance médicaments : un acquis social à préserver.* MSSS, 2002

## SECTION 1

# PHILOSOPHIE DE FORCE JEUNESSE EN REGARD AU SYSTÈME DE SANTÉ DU QUÉBEC

---

Durant l'automne 2000, la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux nous avait convié à une consultation portant sur les enjeux auxquels fait face le système public de santé et des services sociaux québécois, ainsi que sur les avenues de solutions. Plus spécifiquement, elle demandait aux groupes invités à concentrer leurs efforts à la recherche de solutions aux défis financiers et organisationnels de notre réseau. La tenue de cette commission a fait émerger une grande réflexion, qui dura plusieurs mois, chez nos membres et, plus particulièrement, un comité regroupant des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et des chercheurs en santé et un atelier de réflexion durant notre colloque annuel tenu en mars 2001. Grâce à l'expertise acquise, nous avons proposé plusieurs solutions, dont celle d'accroître les moyens pour planifier la prévention de la maladie et celle visant à créer une fiducie qui garantirait d'ici 20 ans la survie d'un financement public de la santé au Québec.

Comme décrit plus haut, l'essence même de notre participation au débat entourant le système de santé, dont l'assurance médicaments est une des problématiques, s'explique par une volonté d'être présents et actifs lors des débats sur les défis collectifs qui confrontent la société québécoise. En effet, nous regrettons que **l'héritage légué aux jeunes soit si souvent compromis par des choix qui ne considèrent aucunement les effets sur les générations montantes ou futures**. L'obsession du présent et la gestion de crises éphémères occultent bien souvent les conséquences néfastes de ces façons de faire. Il existe une multitude d'exemples pour illustrer que nos dirigeants ont fait, trop souvent, le pari du présent contre l'avenir au Québec. Nous ne prétendons pas être de parfaits prophètes, mais nous sommes des citoyens qui sont préoccupés par le devenir de la société québécoise et qui ont choisi de privilégier la responsabilité, plutôt que de faire l'autruche devant les défis qui nous sont lancés.

Notre regroupement réunit des jeunes travailleurs de la santé et des services sociaux... Ils sont les héritiers du système de santé actuel et sont prêts à assumer leurs responsabilités. Ils ne veulent pas céder à la morosité et au cynisme ambiants dans l'espace public. Au contraire, **Force jeunesse trouve sain les débats publics pour des questions où les citoyens peuvent poser des choix de société**. Comme l'a si bien écrit Fernand Dumont dans son livre *Raisons communes*<sup>6</sup>: « Les problèmes collectifs ne disparaissent pas parce que nous en avons trop parlé; ils subsistent parce que nous ne les avons pas résolus. Ne point céder à la lassitude et les remettre obstinément sur la place publique semblent les devoirs élémentaires de qui ne renonce pas à la réflexion. » Par conséquent, nous apprécions la tenue des débats entourant le financement du système de santé, car ils devraient permettre à la société québécoise de dégager des consensus et des choix de société.

Les acteurs du système de santé et des services sociaux, qu'ils soient travailleurs ou décideurs, de même que la population, doivent de bonne foi se retrousser les manches et faire face aux défis présents. Le climat de travail morne et le message de résignation tenu par certains acteurs n'aident en rien à la recherche de solutions. C'est donc avec volonté et conviction que Force Jeunesse, le Comité jeunesse de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, l'Association des étudiants aux grades supérieurs de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et l'Association des jeunes médecins du Québec avaient soumis leurs idées et leurs réflexions afin de **contribuer à la recherche de solutions** qui devraient être bénéfiques à court, moyen et long termes pour permettre la survie d'un cadre d'assurance pour l'achat de médicament.

**La motivation à la base de nos réflexions est l'offre et le maintien à long terme de services et de soins de qualité pour tous les citoyens tout en respectant les valeurs de l'équité intergénérationnelle.** Cette dernière devrait être la préoccupation première de tous les acteurs impliqués dans les services de santé et les services sociaux. À cela s'ajoute un souci pour le maintien de la santé et de la qualité de vie de nos concitoyens, en axant davantage nos interventions sur la promotion de la santé et la prévention de la

---

<sup>6</sup> Dumont F, *Raisons communes*, Montréal, Boréal, 1995, p. 252

maladie. Ces considérations générales déterminent notre souci quant aux solutions proposées pour consolider le RGAMQ, car si l'on œuvre pas en matière de prévention de la santé, tout système, qu'il soit public ou privé, est voué à l'échec.

Les jeunes risquent de subir cette situation d'ici 20 ans, mais la génération des baby boomers en subira encore plus les effets puisque notre génération sera incapable de subvenir à leurs besoins lorsque ceux-ci seront âgés de 70, 75 ou 80 ans. Hypothéquer notre génération en matière de santé mine tout autant celle de nos parents, puisque nous serons incapables de les soutenir si des solutions novatrices ne sont pas mises de l'avant maintenant pour s'assurer que, dans 20 ans, le système sera encore viable.

L'humanisme de la société québécoise se mesure en partie par sa volonté d'assurer à tous ses citoyennes et citoyens l'accès à des soins de santé et des services sociaux. **L'arbitrage quant au niveau d'accès et la disponibilité des soins doit se faire par une véritable délibération à l'intérieur de notre société.** Nous sommes d'avis qu'un système public financé par nos taxes et impôts est le meilleur moyen d'assurer une contribution et un intérêt marqué des plus privilégiés de notre société, quant à la qualité de services et des soins offerts pour l'ensemble de la population.

La pression politique exercée par les citoyens est, malgré tout, le meilleur gage de protection contre l'érosion de la qualité des services de santé et de services sociaux pour toute la population québécoise. Il faut ajouter qu'une éclaircie se pointe au niveau financier avec les contributions accrues du gouvernement fédéral au Transfert social canadien et que la fin des compressions nous offre une période d'accalmie pour faire les choix judicieux devant mettre fin aux ratés qu'a connus notre régime public et ce, malgré le ralentissement économique de ces derniers mois.

Lors de nos interventions dans le cadre de la commission Clair, **nous nous étions présentés comme étant des partisans d'un système public de santé et de services sociaux et nous avons affirmé sans réserve que le caractère universel de notre système devait être sauvegardé.** Nous avons donc apprécié que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ait créé un comité d'évaluation portant sur la possibilité d'universaliser le RGAMQ. Si Force Jeunesse ne s'était pas prononcé lors de la Commission parlementaire ayant eut lieu en 2000, certains de ses membres y ont participé et ont apprécié le fait que le MSSS ait repris les recommandations des groupes sociaux pour en étudier la viabilité Cette démarche encourage des groupes comme le nôtre à se pencher sur les problèmes de société et proposer de nouvelles pistes de solutions.

Poser la question du financement du fonds d'assurance médicaments (FAM) à long terme nous amène à considérer que celui-ci s'adresse à trois catégories de citoyens: les travailleurs ou adhérents (1 676 000) n'étant pas couverts par une assurance-groupe collective; les personnes bénéficiant d'une aide socio-financière (600 000) et les personnes âgées de plus de 65 ans (859 000). Si la première catégorie doit autofinancer le Fonds consolidé du FAM, les deux autres catégories sont prises en charge par l'ensemble des citoyens québécois via le système d'imposition provincial. Or, il ne faut jamais oublier que **le ratio du nombre de travailleurs sur le nombre de retraités qui se situe à 4,7 aujourd'hui se situera à 2,1 en 2050<sup>7</sup>.** Donc, afin que les générations montantes et futures puissent soutenir pleinement les charges sociales dont elles auront la responsabilité, il faut qu'on leur donne les outils et les moyens d'y parvenir.

Dès lors, l'opportunité qui s'offre à nous de participer à cette commission doit être saisie et comprise par tous, en raison des conséquences malheureuses qui pourraient s'abattre sur nous par manque de prévoyance et de volonté. Les statistiques et les prévisions sont probantes quant aux coûts croissants des dépenses de santé et des services sociaux<sup>8</sup> dont sont responsables les changements démographiques, les développements technologiques et les nouveaux besoins. **Il serait déplorable que notre génération soit placée devant des choix déchirants qui pourraient générer le démantèlement du réseau public de santé ou le désengagement financier de l'État dans des secteurs aussi primordiaux que le financement de l'éducation ou l'environnement afin de soutenir les dépenses en santé.**

---

<sup>7</sup> *La sécurité du revenu à la retraite*, Régie des rentes du Québec, 2000

<sup>8</sup> *Le système québécois de santé et de services sociaux*, MSSS, 2000

## SECTION 2

# LES POLÉMIQUES AUTOUR DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC

---

Dans cette section, nous allons débattre d'un certain nombre d'enjeux qui nous aideront à nuancer les analyses et recommandations que nous soumettrons à cette commission. Certaines questions émergent du rapport Montmarquette, mais d'autres proviennent des différentes positions débattues dans la presse ou durant la commission parlementaire de la Santé sur le RGAMQ en janvier 2000. Nous aborderons entre autres la problématique du financement du réseau de la santé, la recherche et le coût des nouvelles technologies, la polémique entourant la « règle des 15 ans », le lien d'emploi, la prime pour le groupe d'âge 25-35 ans, etc.

### **2. 1. RÉFLEXIONS SUR QUELQUES POLÉMIQUES ISSUES DES DISCOURS SUR LE RGAMQ**

#### **2.1.1. La transformation du réseau de la santé au Québec**

Un système de soins de santé uniquement orienté vers les soins curatifs ne fait qu'augmenter la demande de soins spécialisés et contribue à la hausse croissante des coûts du système de santé. Le MSSS<sup>9</sup> nous indique que *«le rythme de croissance structurelle des besoins de santé excède le potentiel de croissance à long terme de l'économie du Québec. À moyen et à long terme, l'accélération des dépenses pourrait donc dépasser notre capacité collective de payer pour des services sociaux et de santé»*. Malgré cela, nous avons comme collectivité, l'obligation d'offrir des services et des soins curatifs de qualité qui respecte la dignité humaine. Il faut donc revoir la façon dont sont dispensés les soins et services de première ligne. Réduire la consommation des services hospitaliers est un excellent moyen de réduire les coûts qui permettra de maintenir l'accessibilité au système et ainsi fournir une technologie médicale adéquate compte tenu de son évolution constante.

La transformation du réseau plus communément nommée le virage ambulatoire popularisa les termes efficacité et efficacité du système de santé. Nous sommes d'avis qu'il était nécessaire de revoir la façon dont étaient dispensés les services de santé et les services sociaux au Québec afin de mieux répondre aux besoins de la population et de contrer l'augmentation des coûts. Le virage ambulatoire avait pour but premier de réduire les coûts du système de santé, et ce, parfois sans trop se soucier de la qualité des soins offerts aux bénéficiaires. Par ailleurs, en développant une médecine ambulatoire, le virage devait permettre de réduire les services hospitaliers et, par le fait même, leur consommation.

Cependant, ce virage a des effets pervers sur le financement des assurances médicaments, qu'elles soient privées ou publique. En effet, les coûts des médicaments que prennent les personnes hospitalisées sont défrayés par le réseau hospitalier et, par conséquent, le MSSS. Cependant, si le virage ambulatoire a permis de réduire ces coûts pour le MSSS, il y a eu un transfert de prise en charge de ceux-ci par les régimes d'assurances médicaments. Ce transfert est d'autant plus important que le virage ambulatoire est consolidé. Cette réalité est certainement à considérer en regard de la réflexion sur le RGAMQ, puisqu'elle a occasionné des coûts qui ne furent peut-être pas pris en compte lors de sa création en 1996-97.

#### **2.1.2. Une technologie sans cesse plus coûteuse...**

Quoique les nouvelles technologies soient essentielles à la détermination d'un diagnostic et à leur traitement, nous savons qu'elles se développent très rapidement et qu'elles sont très coûteuses. Nous pouvons donc nous demander si le développement technologique n'est pas plus rapide que nos besoins réels. Mme Fournier<sup>10</sup>, nous mentionne *«que bien souvent c'est la logique de production qui prend le pas sur la logique de santé»*. De plus,

---

<sup>9</sup> Financement : État de la situation et perspectives, MSSS, 2000

<sup>10</sup> Fournier L, *Pourquoi le virage ambulatoire?*, dans Goulet O et Dallaire C, *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 273 p., p. 7-28

le MSSS<sup>11</sup> relate le fait que les économies des coûts unitaires reliées à l'utilisation de la nouvelle technologie sont généralement annulées par des coûts supplémentaires dus à l'effet du nombre ce qui occasionne une augmentation nette des dépenses en santé.

**Une évaluation juste et adéquate de l'utilisation de technologies médicales en regard des besoins de la population est nécessaire afin d'éviter une surconsommation très coûteuse.** Néanmoins, nous sommes d'avis qu'il faut revoir les besoins de technologies médicales en régions éloignées. En effet, le coût des transferts des individus associé à l'inaccessibilité de l'imagerie médicale telle la résonance magnétique en région éloignée est déplorable. Nous croyons que l'évaluation des besoins de la population desservie en fonction de la mission des établissements et des besoins qui y sont associés doit être faite afin d'éviter les nombreux transferts très coûteux et le retard des interventions médicales précoces dû aux longues listes d'attente.

### 2.1.3. Utilisation non-responsable des médicaments

Si l'achat de matériel pour effectuer de bons diagnostics dans des délais les plus courts possibles peut réduire l'impact de certaines maladies, les thérapies pharmacologiques ne cessent de nécessiter des coûts sans cesse croissants. La mauvaise utilisation des médicaments et le principe d'accoutumance des bactéries obligent les médecins à recourir à de nouveaux médicaments pour contrer les maladies. Par exemple<sup>12</sup>, une étude préliminaire menée à Toronto a démontré que le taux de résistance face à certaines versions de pénicilline a atteint 21 % en 2001, alors qu'il n'était que de 18 % en 1998.

Une des sources de cette accoutumance est le non respect de la posologie d'utilisation des antibiotiques. En effet, beaucoup de bénéficiaires utilisent les médicaments antibiotiques jusqu'au moment où ils vont mieux au lieu de continuer à les prendre tel que le précise le fabricant. Cette pratique courante tend à laisser survivre les bactéries les plus résistantes et, dès lors, créer des souches virales insensibles aux antibiotiques traditionnels. Les chercheurs en santé doivent dès lors redoubler d'ingéniosité pour tenter de trouver de nouvelles thérapies pharmacologiques pour essayer de réduire les effets de ces nouvelles souches de bactéries. L'utilisation de nouvelles technologies permet aux chercheurs de trouver de nouvelles parades, mais accroît les coûts de la recherche et du développement (R&D) des compagnies pharmaceutiques, coûts qui se répercutent sur le prix de vente des médicaments.

### 2.1.4. La polémique entourant la propriété intellectuelle des molécules utilisées comme médicament.

La "règle des 15 ans" fut une mesure mise en place par le gouvernement du Québec afin d'attirer les sociétés de Recherche et développement du domaine biotechnologique. Depuis, près de 44 % des sociétés pharmaceutiques installées au Canada ont leur siège à Montréal, alors que les sociétés pharmaceutiques produisant des médicaments génériques sont installées en Ontario. Cette mesure a permis de créer de nombreux emplois au Québec, tout en faisant des universités québécoises des leaders mondiaux en ce domaine technologique de pointe. La récente Politique de la recherche et de l'innovation technologique du Québec<sup>13</sup> annonçait que le total annuel du chiffre d'affaires de ces sociétés était de 2.2 milliards.

Cette règle a comme objectif de permettre de compenser les 10 années que met le département fédéral responsable d'accorder l'utilisation d'un nouveau médicament, alors que la majorité des autres pays occidentaux n'utilisent que 5-6 ans pour accorder l'utilisation de ce même médicament. Comme un brevet n'a qu'une durée de 20 ans avant que les compagnies génériques ne puissent le copier en toute légalité, un nouveau médicament ne peut donc être "rentable" qu'une dizaine d'années au Canada, alors qu'il est rentabilisé durant une quinzaine d'année dans les autres pays. Contrairement à la croyance populaire, les médicaments génériques peuvent envahir le marché dès la fin du brevet, mais l'utilisation du médicament d'origine peut encore être remboursé comme avant que le brevet ne vienne à échéance. Selon les interlocuteurs lors de la dernière consultation parlementaire sur le RGAMQ, cette mesure coûterait aux Québécois entre 48 et 120 M\$ / an<sup>14</sup>. Ce coût pour le

---

<sup>11</sup> *Financement : État de situation et perspectives.* MSSS, 2000

<sup>12</sup> *La résistance aux antibiotiques au Canada.* Presse Canadienne / Cyberpresse.ca, 15 janvier 2002.

<sup>13</sup> *Politique de la recherche et de l'innovation technologique du Québec.* MRST, 2001

<sup>14</sup> Voir les consultations parlementaires

système semble cependant largement compensé par les retombées économiques que génèrent le chiffre d'affaire de 2 200 M\$ des compagnies pharmaceutiques installées au Québec.

Par contre, deux autres problématiques liées aux compagnies pharmaceutiques doivent être étudiées. La première résulte d'une promesse de ces compagnies faites lors des dernières consultations parlementaires sur le RGAMQ (hiver 2000). Elles s'étaient engagées à accroître leurs efforts en recherche et développement (nombre d'emplois, investissements, etc.) si le gouvernement maintenait la règle des 15 ans. Il faudrait que le gouvernement vérifie si ces engagements formels ont été réalisés. La seconde problématique à évaluer prochainement est liée au brevet. Certains prétendent que, parfois, une compagnie modifierait de manière minimale la molécule déjà brevetée afin de s'octroyer quelques années supplémentaires pour bénéficier des droits de propriété intellectuelle liée à la découverte d'une molécule pouvant servir de thérapie pharmacologique (le médicament!). Parfois, la modification est tellement infime que les résultats thérapeutiques sont minimes, voire virtuels. Nous espérons que le Conseil du médicament, dont la création est annoncée dans le document de consultation<sup>15</sup> du MSSS, pourra documenter cette problématique afin d'éviter les faux-brevets d'invention.

### 2.1.5. Le marketing agressif des compagnies pharmaceutiques

À cause des réductions de budget drastiques, les universités ne peuvent plus jouer pleinement leur rôle dans l'information et la formation continue des médecins face à la prescription des médicaments. Dès lors, ce rôle est essentiellement joué par les compagnies qui redoublent d'inventivité pour vanter les mérites de leurs produits. Si certaines voies de marketing peuvent contribuer à un épanouissement professionnel et personnel des médecins, il faut cependant reconnaître que le marketing utilisé par les compagnies est parfois disproportionné en regard aux objectifs de la société.

En effet, dans un récent article de l'Actualité<sup>16</sup>, il est mentionné que le marketing (et l'administration) représente 34.4 % du coût de production<sup>17</sup>. L'auteur rapporte un montant de 24 milliards de dollars canadiens dépensé annuellement aux États-Unis en matière de marketing. D'autres groupes sociaux s'affirmant dans le débat entourant l'assurance médicaments au Québec parlent régulièrement dans la presse d'une dépense annuelle de 20 000 \$ par médecin pour assurer la vente des différents médicaments d'origine.

Dans le document de consultation du MSSS<sup>18</sup>, outre l'augmentation de la cotisation des adhérents, le gouvernement espère obtenir la collaboration de l'industrie pharmaceutique afin de réduire de 90 M\$ la facture du coût des médicaments, notamment en encourageant cette industrie à limiter le marketing agressif dont elle use afin de vanter les mérites de ses médicaments. Cependant, selon M Jacques Lefebvre<sup>19</sup>, porte-parole d'un regroupement de 60 sociétés biotechnologiques installées au Québec, l'industrie semble répondre très timidement, parlant de « problématique plus globale, dont le dépistage et l'amélioration de la santé des citoyens grâce aux médicaments ».

### 2.1.6 La polémique des assurances privées

Force Jeunesse est conscient que les assurances privées sont également un pôle de développement économique très important au Québec et que le gouvernement n'aura pas le courage, à tort ou à raison, de se positionner de manière à réduire les parts de marché de cette industrie en universalisant le RGAMQ. Ce point est d'ailleurs énoncé dans le document<sup>20</sup> de consultation du MSSS.

---

<sup>15</sup> *L'Assurance médicaments : un acquis social à préserver*. MSSS, 2002

<sup>16</sup> Trudel J. *L'envers de la pilule*. L'Actualité, 1 avril 2002

<sup>17</sup> Basé sur une analyse des postes budgétaires des dix principales entreprises pharmaceutiques en 2000, aux États-Unis. Ces chiffres furent compilés par la Fondation Kaiser Family, un organisme sans but lucratif qui mène des recherches en santé publique aux États-Unis.

<sup>18</sup> *L'Assurance médicaments : un acquis social à préserver*. MSSS, 2002

<sup>19</sup> Breton P. *L'assurance médicaments : l'industrie pharmaceutique rejette tout partenariat avec Québec*. Cyberpresse, 14 mai 2002

<sup>20</sup> *L'Assurance médicaments : un acquis social à préserver*. MSSS, 2002

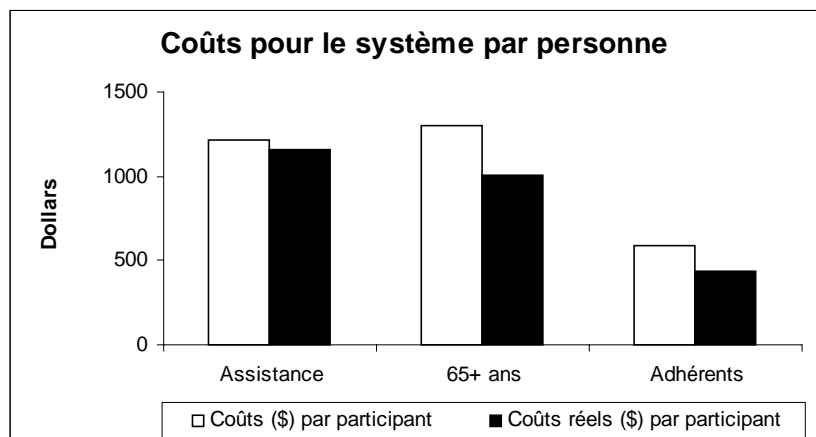
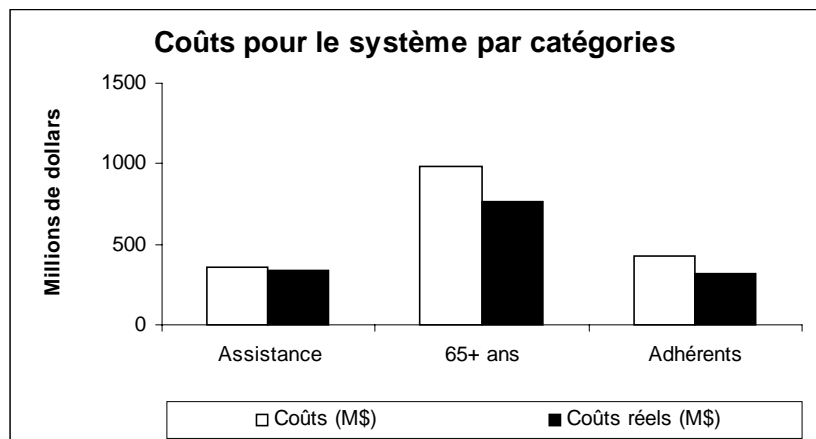
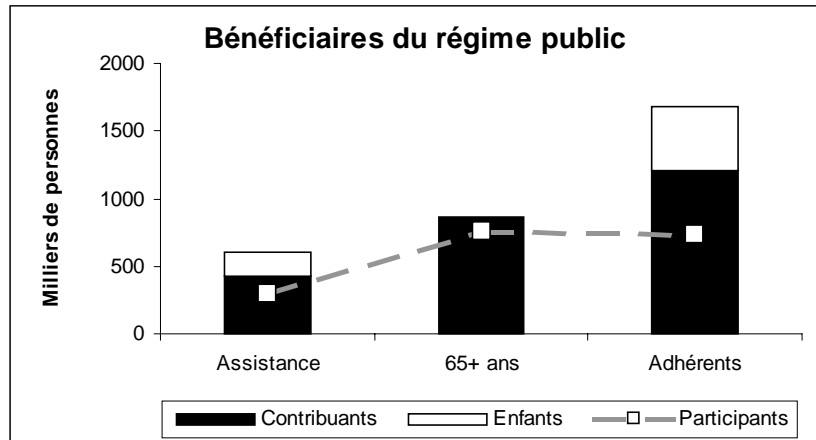
## 2.2. RÉFLEXION SUR LES UTILISATEURS DU RGAMQ (PASSÉS, PRÉSENTS ET FUTURS)

D'un point de vue global, plus de trois millions de citoyens québécois bénéficient de la couverture du régime d'assurance public en matière de médicaments. Cette initiative gouvernementale à la fin de la dernière décennie a comblé un vide important pour les travailleurs ne disposant pas d'assurance groupe privée. Par contre, elle a peut-être contribué à un appauvrissement des personnes bénéficiant d'une aide financière gouvernementale en leur demandant de contribuer à l'achat de leurs médicaments. Cette situation peut affecter tant les personnes de plus de 65 ans, que celles bénéficiant de l'assistance emploi.

Alors que dans les hôpitaux, les médicaments sont distribués sans frais aux patients, le virage ambulatoire a amené ces patients à consommer des médicaments chez eux et donc impose de nouveaux coûts aux familles lorsque la maladie se présente. Dès lors, le gouvernement a créé le RGAMQ, un système qui se veut mixte (public-privé), universel (tous les Québécois doivent être couverts) et contributif (prime annuelle et contribution financière à l'achat de médicaments). Généralement, les primes sont établies sur un mode de type « mutualiste », c'est à dire que tous les adhérents d'une assurance paient la même prime.

La partie publique de cette assurance, que nous appelons l'AMQ, couvre près de 1.7 millions de Québécois, dont 400 000 enfants, qui n'ont pas accès à une assurance privée via leur lien d'emploi ou professionnel. Les adhérents payaient des primes de 175 \$ lors de la création de l'AMQ (1997-99), puis de 350 (2000-01) et 385 \$ (2001-02). C'est cette prime qui sera prochainement majorée de 10 % afin de réduire le déficit inhérent à l'accroissement des dépenses en médicaments (16-18 % / an). Les enfants et étudiants de moins de 25 ans n'ont pas de contribution financière, même s'ils sont couverts par l'AMQ. Par contre, les autres 1.3 millions d'adhérents paient la prime en fonction de leur revenu, et ce dès qu'ils gagnent un salaire net d'environ 12 000 \$/an.

Parallèlement à ces adhérents, l'État couvre également les personnes âgées et les personnes bénéficiant des programmes gouvernementaux de soutien financier (assurance emploi, bien-être social, soutien salarial, etc.). Ensemble, ces deux groupes représentent 1.5 millions de personnes, dont 900 000 personnes de plus de 65 ans et 200 000 enfants. Or, un certain nombre de personnes âgées



paient une partie de la cotisation d'adhésion à l'AMQ, alors que leurs frais sont pris en charge par l'État. Le rapport du comité Montmarquette décrit une forme d'iniquité pour les personnes de 65 ans et plus qui contribuent au soutien financier du Fonds d'assurance médicaments (à travers leur participation financière), alors que leurs excédents de dépenses en matière de médicaments sont pris en charge par le Fonds consolidé provenant des impôts versés par la collectivité.

Dans son analyse, le comité Montmarquette y a vu une injustice envers les personnes âgées et recommandait une modification pour rectifier cette iniquité. Bien que nous reconnaissons la confusion qu'engendre le mécanisme par lequel les personnes âgées paient leur prime à l'assurance médicament, nous n'y voyons pas là d'iniquité, **puisque en termes nets, ces assurés défraient une prime nettement inférieure au risque qu'ils représentent réellement pour la contrepartie l'assurant.** Il nous apparaît toutefois essentiel de maintenir ce ratio favorable pour nos aînés, n'osant imaginer combien devrait défrayer une personne âgée de 75, 80 ou 85 ans si on devait établir sa prime en fonction du risque réel de consommation de médicament, considérant leur condition socio-économique généralement précaire.

### 2.3. RÉFLEXION SUR LES CAUSES DU DÉFICIT

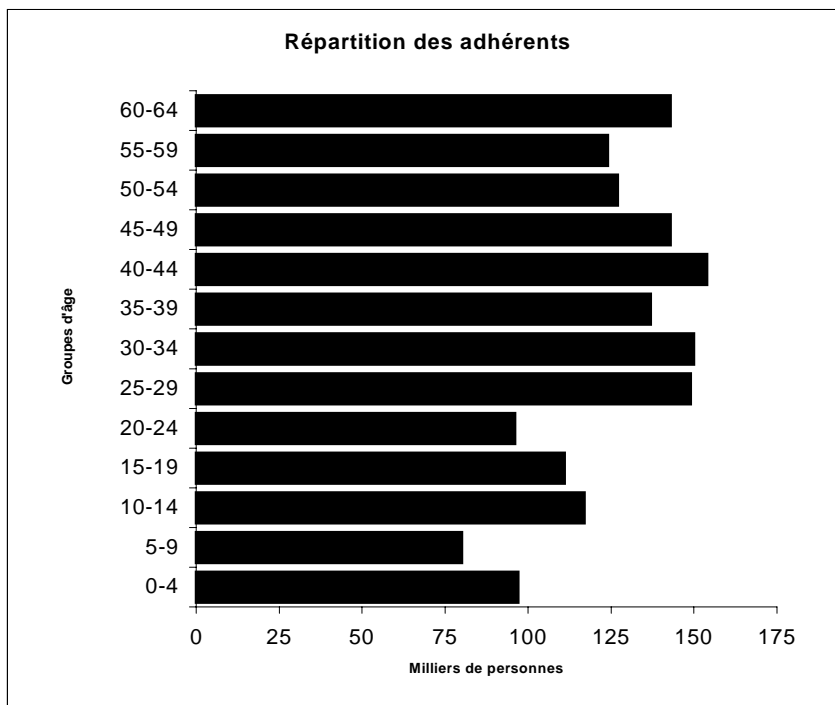
L'actuel processus de réflexion, auquel nous participons avec enthousiasme, tire sa source du déficit chronique qui caractérise le régime depuis sa création. Force Jeunesse croit que ce perpétuel manque à gagner, outre l'augmentation générale du coût des médicaments (pour lequel le rapport Montmarquette propose plusieurs pistes de solutions qui, bien que de portée limitée, peuvent contribuer à ralentir l'expansion des coûts), tire sa source de deux principales causes, c'est-à-dire, d'une part, l'évaluation du risque et, d'autre part, la confusion des objectifs du régime, où assurance et assistance se mêlent.

#### 2.3.1. L'évaluation du risque

Les régimes d'assurance au sens large, autant publics que privés ont, comme le rappellera le rapport Montmarquette, pour fonction de couvrir un risque. En effet, l'essence même d'une démarche d'assurance réside dans le fait qu'un individu refile ce risque à une entité (privée, publique ou mutuelle), moyennant contrepartie financière (la prime). Le montant de cette contrepartie est alors déterminé en fonction de l'importance de cette éventualité que l'adhérent veut éviter. Cette évaluation du risque est alors faite en regard de certains indicateurs préalablement déterminés. Or, alors qu'en assurance individuelle le régime d'assurance procède à une

**évaluation à l'unité** du risque spécifique que représente chaque adhérent (et de la prime correspondante), il en va tout autrement dans les régimes collectifs, puisque tout individu membre du groupe visé est couvert d'office, de par sa simple appartenance au groupe.

Pour parvenir à une évaluation relativement fiable du risque que les individus représentent au sein d'un groupe hétéroclite, ceux-ci sont généralement regroupés en catégories plus homogènes et plus représentatives. C'est ainsi que, dans les régimes collectifs d'assurance-vie, les membres du groupe sont classés en fonction de trois critères facilement identifiables pouvant donner une indication du niveau de risque que représente tout



un chacun : l'âge, le sexe et l'usage ou non de tabac. Cette classification des risques, même sommaire, permet une gestion beaucoup optimale du régime sans compter qu'elle favorise une plus grande équité entre les membres d'un même groupe, ceux-ci défrayant une prime relativement représentative du niveau de risque qu'ils incarnent.

Cette logique de classification est par ailleurs d'ores et déjà admise et appliquée dans les deux principaux régimes d'assurances publics de l'État québécois que sont la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ). En effet, il apparaît logique pour tous que les entreprises oeuvrant dans des secteurs d'activités où les accidents de travail se produisent plus rarement bénéficient de plus faibles taux de cotisation à la CSST. Dans le même ordre d'idées, d'aucun accepterait que les bons conducteurs, qui représentent un faible risque d'indemnisation contribuent à un niveau égal au financement de la SAAQ que les conducteurs présentant un dossier de conduite plus lourd. C'est pour cette raison que l'ensemble des conducteurs fait l'objet d'une répartition en sous-groupes plus homogènes en fonction du nombre de points d'inaptitudes au dossier, qui constitue, pour les fins de la tarification, la mesure du degré de risque que représente chaque conducteur, tel que le souligne la SAAQ<sup>21</sup> sur son site web et dans les documents d'informations :

« La portion contribution d'assurance du coût du permis est établie en fonction de votre dossier de conduite. Les droits sur les permis de conduire et les frais d'administration s'ajoutent à cette contribution d'assurance. »

Ainsi, un conducteur verra sa prime fixée en selon le danger qu'il représente pour le régime d'assurance, tel que le démontre le tableau suivant<sup>22</sup> :

Points d'inaptitude	Contribution d'assurance (incluant les taxes)	Frais d'administration	Droits versés au ministère des Finances	Total
0 à 3	50 \$	4 \$	32 \$	86 \$
4 à 7	100 \$	4 \$	32 \$	136 \$
8 à 11	174 \$	4 \$	32 \$	210 \$
12 à 14	286 \$	4 \$	32 \$	322 \$
15 et plus	398 \$	4 \$	32 \$	434 \$

Tableau 1 : Le risque que représente un conducteur (points d'inaptitudes) influence le coût du permis de conduire et de l'assurance offerte par la SAAQ.

Ce principe d'équité, au centre des motivations du gouvernement québécois au moment de modifier l'échelle des primes d'assurance-automobile au milieu de la dernière décennie a reçu l'aval de la population. Or, en ce qui concerne le régime public de l'AMQ, cette notion de classification de risque est totalement inexistante. L'absence de cet élément important, au centre de tout processus d'assurance, fait en sorte, selon notre point de vue, que plusieurs catégories d'adhérents ne contribuent pas à la hauteur du risque réel qu'elles représentent pour le régime. Ces adhérents se retrouvent alors subventionnés, à la fois par certains autres adhérents, mais aussi par l'état, qui comble annuellement le déficit depuis l'instauration du régime.

<sup>21</sup> [http://www.saaq.gouv.qc.ca/route/permis/cout\\_du\\_permis.html](http://www.saaq.gouv.qc.ca/route/permis/cout_du_permis.html)

<sup>22</sup> *Op cit.*

De manière théorique, il s'avère intuitivement facile de déterminer quels types d'adhérents se trouvent favorisés par cette absence d'évaluation de risque. En effet, l'âge constituant la meilleure façon de séparer les adhérents en sous-groupes plus homogènes en terme de risque, on peut croire que les adhérents les plus âgés, plus grands consommateurs de médicaments, paient une prime largement au-dessous de ce qu'une évaluation du risque correcte leur commanderait alors qu'à l'opposé les adhérents les plus jeunes se trouvent nettement défavorisés, voire floués, voyant leur prime largement supérieure à ce qu'ils devraient logiquement défrayer. Afin de convaincre le lecteur de la véracité pratique de cette avancée théorique, nous citerons en exemple deux cas : celui des étudiants-chercheurs de l'Université de Montréal, et celui des médecins québécois

Les étudiants-chercheurs, l'AEGSFM<sup>23</sup> et l'AEGSDB<sup>24</sup> (associations membres de Force Jeunesse), en 1997, ont tenté de créer leur propre régime d'assurance médicaments sur une base privée<sup>25</sup>. La cause de cette initiative résidait dans le fait que les chercheurs-étudiants de 25-35 ans pouvaient avoir des problèmes de santé, mais n'étaient couverts par aucun régime d'assurance puisqu'ils n'étaient ni employés de l'Université de Montréal, ni reconnus comme des étudiants (les régimes d'assurance des parents ne couvrent généralement pas les étudiants de 25 ans et plus). Sans couverture pour l'achat de médicaments, certains s'absentaient parce qu'ils ne pouvaient en défrayer le coût. Des appels d'offre furent faits et une prime aux alentours de 100 \$ par an leur était proposée. Leur initiative a malheureusement coïncidé avec la création du régime public, mais d'un montant de 175 \$, et le MSSS leur a interdit de créer leur propre régime (le MSSS ne leur reconnaissait pas de lien professionnel, comme les pharmaciens, les médecins ou les biologistes<sup>26</sup>).

Récemment, l'AJMQ (association membre de Force Jeunesse et cosignataire du présent mémoire) qui regroupe des jeunes médecins (tous ayant moins de 40 ans) ont fait un appel d'offre similaire et ont obtenu des primes à peine supérieure à 100 \$ / an. Autrement dit, pour le groupe d'âge 25-35 ans, la prime couvrant le risque d'une utilisation de médicaments pour des jeunes chercheurs était deux fois moins élevée que la première prime réclamée par le régime public et quatre fois moins élevée que la prime actuelle. Cette réalité montre à quel point le montant actuellement réclamé aux jeunes travailleurs est disproportionné en regard du risque réel de leur consommation de médicaments.

En ce qui concerne le régime d'assurance-médicaments des jeunes médecins et celui qu'auraient pu créer les jeunes chercheurs, démontrent bien, de manière concrète, à quel point le RGAM, dans sa forme actuelle du moins, se veut inéquitable dans une perspective intergénérationnelle. De plus, certaines assurances privées (notamment celle offerte au regroupement de médecins spécialistes) tiennent compte de l'hétérogénéité des cotisants en les regroupant en trois catégories d'âge auxquelles sont associées des primes distinctes.

### 2.3.2. De la confusion des objectifs du régime

La seconde raison de ce déficit récurrent tient au fait que, bien qu'il s'agisse d'un régime d'assurance, le législateur n'a pu résister à la tentation d'y inclure une forme de redistribution de la richesse. En effet, la prime est actuellement modulée en fonction du revenu de l'adhérent, ce qui fait en sorte, encore une fois, que certains adhérents ne cotisent pas au régime à la hauteur du risque qu'ils représentent.

**Il est à noter que, selon le principe d'équité sociale, Force Jeunesse se positionne en accord avec toute forme d'aide aux plus démunis en ce qui concerne le paiement de la prime d'assurance médicaments. Nous souscrivons entièrement à ce principe d'assistance existant depuis la création du régime public de l'AMQ.** Toutefois, nous croyons fermement que la forme actuelle de soutien aux cotisants moins fortunés, où certains adhérents se voient octroyer un escompte par rapport à certains autres, d'une part ne contribue pas à assurer la viabilité financière du régime, et d'autre part, crée plusieurs iniquités non seulement entre les adhérents du régime public eux-mêmes, mais aussi entre les membres des régimes publics et privés.

En conséquence, nous sommes d'avis qu'il ne revient pas aux seuls adhérents du régime public de l'AMQ de s'assister entre eux, alors que l'ensemble des travailleurs participants à des régimes privés (dont le profil

---

<sup>23</sup> Association des étudiants aux grades supérieurs de la faculté de médecine de l'Université de Montréal

<sup>24</sup> Association des étudiants aux grades supérieurs du département de biochimie de l'Université de Montréal

<sup>25</sup> Monzée J et Bélanger C. *Recherche en santé : enjeux et perspective*, AEGSFM / QEGSDB / Force Jeunesse, 2001

<sup>26</sup> *Op cit.*

démontre qu'ils sont en général plus aisés) ne sont pas partie prenante à cette forme d'assistance. À l'opposé, on peut croire que certains adhérents à des régimes privés tels les travailleurs à temps partiel, saisonniers ou encore à contrats, dont les faibles revenus justifieraient une quelconque forme d'assistance dans le régime public, se trouvent lésés du simple fait qu'ils se voient obligés de s'inscrire au sein de leur régime collectif privé, qui lui ne prévoit aucune forme d'assistance.

De fait, Force Jeunesse croit que si le législateur croit bon d'octroyer une aide à certaines catégories d'assurés, celle-ci devrait être offerte, en tout respect de l'équité, à tous les citoyens répondant au profil visé par cette aide, et ce **quel que soit le régime auquel il souscrit**. Dans le même esprit, nous considérons que le coût de cette mesure devrait être supporté par l'ensemble des citoyens en mesure de le faire. Voilà donc la raison pour laquelle nous croyons que ce soutien aux plus précaires devrait plutôt se faire par le biais du système fiscal, précisément instauré de manière à favoriser une redistribution de la richesse.

### SECTION 3

## ANALYSE DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT MONTMARQUETTE POUR UN RÉGIME UNIVERSEL PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC

Tout d'abord, nous tenons à souligner la grande qualité du rapport. Rarement il nous a été possible de lire un rapport aussi clair, didactique et concis. Nous ne pouvons que souligner l'effort qu'ont mis les rédacteurs à appliquer la transparence qu'ils recommandaient au système qu'ils évaluaient. Cependant, nous nous inquiétons de quelques problématiques qui restent floues alors qu'elles pourraient faire émerger, comme conséquences, des iniquités pour les jeunes travailleurs, et ce au profit des travailleurs plus âgés.

Dans cette section, nous allons débattre de plusieurs recommandations énoncées dans le rapport Montmarquette. Plus précisément, les cinq premières recommandations seront analysées en détails, les deux dernières n'étant pas de notre compétence ou soulèvent de justes principes pour lesquels nous ne pouvons qu'être d'accord.

Catégories	Sous-catégories	Prime maximale (\$/mois)	Franchise et co-assurance	Plafond mensuel	Dépense mensuelle maximale (avec prime)
<b>1 676 000</b> adhérents, les travailleurs et leurs enfants <sup>27</sup> n'étant pas couverts par une assurance groupe privée	18-65 ans	32	8.33 – 25 %	62.49	224.97 ( <b>256.97</b> )
	Enfants et étudiants de moins de 25 ans	0	0	0	0
<b>600 000</b> personnes bénéficiant des programmes d'assistance emploi et leurs enfants	18-65 ans n'ayant pas de contraintes sévères à l'emploi	0	8.33 – 25 %	16.66	41.65
	Enfants et étudiants de moins de 25 ans	0	0	0	0
	18-65 ans ayant de contraintes sévères à l'emploi	0	0	0	0
<b>859 000</b> personnes âgées de plus de 65 ans	Recevant un supplément de revenu garanti (SRG)	0	8.33 – 25 %	16.66	41.65
	Prestation du SRG inférieure au montant maximal	0	8.33 – 25 %	41.66	141.65
	Ne recevant pas de SRG	32	8.33 – 25 %	62.49	224.97 ( <b>256.97</b> )

Tableau 2 : Répartition et coût mensuel (en \$ / mois) du régime public

<sup>27</sup> Les enfants des travailleurs ne paient pas de prime. Ils sont âgés de 0 à 18 ans ou ont moins de 25 ans s'ils restent inscrits comme étudiants à temps plein. Cette catégorie d'adhérents au régime d'assurance médicaments public est similaire à celle des régimes privés, à la différence que leurs parents ne paient pas de prime dans le régime public.

### 3.1. L'UTILITÉ D'UN RÉGIME PUBLIC

Pour rappel, les il y a trois catégories de bénéficiaires dans le système actuel du système public à travers le Fonds consolidé (FC) et le Fonds d'assurance médicaments (FAM). Si la première catégorie doit autofinancer le FAM, les deux autres catégories sont prises en charge par l'ensemble des citoyens québécois via le système d'imposition provincial. Le tableau 2 du présent document, ainsi que les Figures 1 et 2 du rapport Montmarquette, déterminent le montant que les bénéficiaires ont à déboursier dans le système public actuel.

Avant toute chose, la prise en charge des coûts d'assurance médicaments de certaines sous-catégories de bénéficiaires du régime public doit rester dans le régime actuel :

1. les personnes ayant besoin d'une assistance financière continue (programmes d'assistance emploi) devront toujours être prises en charge par l'état, au moyen des impôts que verse l'ensemble des contribuables;
2. l'aide financière accordée aux personnes de plus de 65 ans est un choix que la société québécoise semble vouloir préserver et, par conséquent, c'est l'ensemble des contribuables qui doivent assurer les coûts de ce choix de société; renier ces choix fondamentaux et faire peser le poids financier sur les seuls adhérents au FAM créerait une iniquité intolérable envers les adhérents.

Nous nous présentons d'emblée en faveur du maintien d'un régime public. Nous concevons que les personnes n'ayant pas accès à un régime d'assurance médicaments, quel qu'en soit sa définition et ses termes, pourraient subir des préjudices graves en cas de maladie chronique ou prolongée. Les adhérents du système public n'auraient aucune couverture sans l'initiative de l'état, initiative que, malgré les quelques modalités à améliorer, nous avons apprécié.

Il est certain que , dans les conditions actuelles, où assurance et assistance se mêlent, un adhérent en bonne santé peut considérer sa prime comme une taxe supplémentaire. Par contre, de même que les citoyens devraient s'assurer contre un incendie de leur maison qu'ils ne désirent pas subir, leur prime est la garantie d'un soutien efficace en cas d'un besoin éventuel d'achat de médicaments sur une base régulière dans le cas où leur santé se détériorerait. D'ailleurs, afin d'éliminer la perception de la prime comme une taxe, il serait peut-être nécessaire d'envisager le versement de cette prime dans sa totalité, directement à l'AMQ, et qu'un retour de prime (comme un crédit d'impôt remboursable) soit accordé aux adhérents n'ayant pas le revenu pour assumer l'entièreté des coûts de la prime annuelle.

### 3.2. LE MODE MIXTE D'ORGANISATION DU RGAMQ

#### 3.2.1. L'utilité d'un régime universel

Le Comité Montmarquette s'était vu confier le mandat d'étudier la pertinence et la faisabilité de la création d'un « Régime universel public d'assurance médicaments au Québec ». Ce mandat découle des consultations publiques réalisées par la Commission parlementaire de la Santé durant l'hiver 2000. Cette option avait été soulevée comme un scénario possible dans le document présentant les « pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments<sup>28</sup>. » Comme le souligne le rapport Montmarquette, de nombreux groupes sociaux ont privilégié ce scénario parmi les sept présentés dans le document de réflexion<sup>29</sup>.

Liée à son mandat principal, la première recommandation du rapport Montmarquette souligne que le « Comité ne retient pas l'hypothèse de la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments mais privilégie plutôt le maintien du caractère mixte, privé-public, du régime actuel. » En outre, le comité souligne les points qui étaient leur première recommandation, base du mandat qui leur avait été donné par la ministre de la

---

<sup>28</sup> *Les pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments*. MSSS, 2000.

<sup>29</sup> *Op cit.*

Santé, Madame Pauline Marois. Pour étayer sa première recommandation, le comité souligne en outre que « la présence d'un régime public permet d'allouer une assistance financière aux personnes à faible revenu. »

Suite à l'analyse du rapport Montmarquette, nous nous sommes rangés aux considérations décrites par le Comité auteur du rapport. Nous y mettrons quelques nuances, celles-ci étant décrites dans les prochaines pages du présent document. Notre proposition (section 4) sera proposée pour accroître l'équité du système d'assurance médicaments public à travers la FAM. Dans une perspective où notre proposition serait retenue, nous nous positionnerions comme favorable à un régime mixte, public-privé.

Par contre, nous encourageons le régime public à être si performant que l'ensemble des groupes de travailleurs actuellement couverts par le privé ait l'envie d'intégrer le régime public sur la base de sa performance. C'est à partir du moment où l'état démontre qu'il est plus performant que le privé que les contribuables préfèrent faire le choix de confier leurs intérêts à un programme gouvernemental. Sans garantie de performance et d'équité, un programme universel gouvernemental serait peu contrôlable et encore plus dépendant des aléas des choix électoralistes à courts termes.

### 3.2.2 Allègement ?

Le Comité Montmarquette souligne que la « contribution de l'employeur, dans les régimes privés, libère des ressources publiques ». Nous souscrivons à cette analyse, et il nous est permis de nous questionner à savoir si cette forme de contribution subsisterait advenant une universalisation du régime d'assurance médicaments, occasionnant par voie de conséquence une perte sèche pour ces employés pour qui cette cotisation de l'employeur fait partie des avantages qui leurs sont imposables.

### 3.2.3 Assurance ou assistance ?

Dès lors, nous sommes d'accord avec la considération du Comité Montmarquette qui explique que la « présence de régimes privés offre des garanties supplémentaires à l'effet que le RGAMQ demeurera un régime d'assurance plutôt que d'assistance (redistribution). » Cependant, il est important de souligner que le régime public actuel est, malgré tout, un régime d'assistance et non d'assurance puisque le risque réel de la prise de médicaments n'est pas considéré dans le régime public, et ce contrairement à la plupart des régimes d'assurance privés qui détermine le montant de la prime en fonction des risques réels.

D'abord, une des particularités du régime public actuel, particularité qui doit être préservée, est de moduler le coût de l'assurance en fonction du revenu annuel net de ses membres (les adhérents) : les adhérents recevant un salaire inférieur à 10 000 \$ et les enfants ne paient pas de prime. De même, les adhérents recevant un revenu salarial net inférieur à, environ, 15 000 \$ / an ne paient qu'une partie de la prime proportionnellement à leurs revenus. Selon la logique du discours, longuement expliqué, dans le rapport Montmarquette, le régime public actuel est donc un régime d'assistance et non d'assurance.

Par conséquent, nous demandons au régime public à devenir réellement un régime d'assurance, tout en préservant son caractère humain (notez que ce « choix de société » est pris en charge par les adhérents seulement) décrit ci-dessus. En effet, d'une part, les adhérents payant la prime annuelle complète (actuellement 385 \$) paient la même prime et ce quels que soient les risques réels qu'ils consomment des médicaments. Or, le risque de consommer des médicaments s'accroît de manière proportionnelle avec l'âge. Pourtant, la tranche d'âge 55-65 ans paie la même prime annuelle que la tranche d'âge des 18-35 ans qui, potentiellement, devraient consommer moins de médicaments que la tranche d'âge de leurs aînés et donc représente un risque nettement moindre.

Cette réalité est une iniquité intergénérationnelle que le système public se doit de corriger. D'ailleurs, et nous y reviendrons, le rapport Montmarquette semble prendre cette iniquité en considération dans le paragraphe<sup>30</sup> suivant :

---

<sup>30</sup> Rapport Montmarquette. MSSS, 2001, p. 46, alinéa b.

« À chaque année, une prime fixe distincte pour chaque groupe d'assurés du régime public (soit les personnes de 65 ans ou plus et les adhérents) serait évaluée par la [RGAMQ] en fonction de l'expérience propre à chaque groupe. [...] Les principes généralement reconnus d'assurance seraient ainsi appliqués au régime public. »

Nous souscrivons à cette intention qui respecte l'équité intergénérationnelle et permettrait de replacer le système public d'assurance médicaments dans une logique d'assurance tel que son nom l'indique. Dès lors, dans la section 4 de ce document, nous faisons une proposition qui tiendrait compte à la fois d'un choix humain face aux personnes les plus démunies financièrement et de l'équité intergénérationnelle en assurant le risque réel de consommation de médicaments tout en modulant la prime en fonction du revenu net.

### **3.2.4 Balises ?**

Les différents programmes d'assurances privées sont déterminés par les lois du marché. À chaque renouvellement de contrat, les responsables des groupes de travailleurs ayant un lien professionnel ou d'emploi (qui ont donc accès aux programmes privés) peuvent faire des appels d'offre et leurs membres déterminent leur choix en fonction de l'efficacité du meilleur plan proposé. Cette loi du marché peut dès lors obliger les compagnies privées à offrir les meilleurs services possibles (rapport qualité/prix). Dès lors, comme le souligne le rapport Montmarquette, la « présence de régimes privés permet de mieux baliser l'étendue de la couverture d'assurance ».

Cependant, actuellement, le régime public ne tient pas compte des balises offertes par le privé. Pire, iniquité intergénérationnelle, décrite ci-dessus et dans la section 4, tend à encourager le travailleur perdant son lien d'emploi ou professionnel (fin de carrière) à quitter le régime privé (alors que cela lui est proposé) pour aller grossir le nombre d'adhérents. En effet, la prime réclamée par l'assureur privé peut dépasser nettement celle demandée par le régime public. Ainsi, le travailleur penchera tout naturellement du côté de l'AMQ celui-ci lui demandant une prime nettement inférieure à ce que le risque réel (balisé par le privé) commanderait, venant accentuer d'office le déficit du régime.

### **3.2.5 Souplesse ?**

Le Comité rapportait que la « présence de régimes privés offre des possibilités supplémentaires d'innovations pour répondre aux défis qui se posent » au RGAMQ. Cette considération ne sera effective qu'à partir du moment où le système public acceptera de relever les défis que lui lancent les régimes privés, or, actuellement, ce n'est pas le cas.

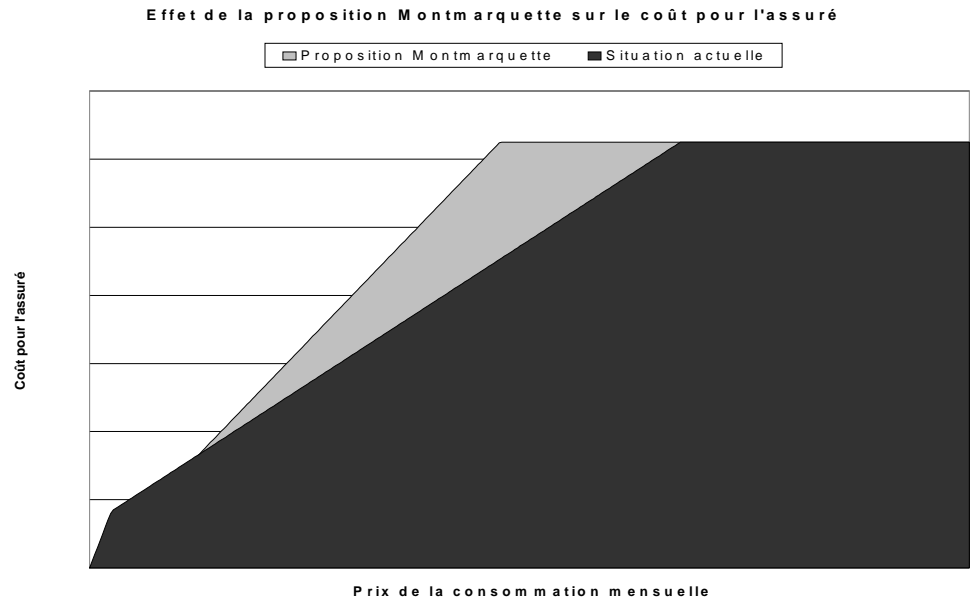
## **3.3 LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE**

Le rapport Montmarquette recommandait « que soit maintenu le caractère obligatoire de l'adhésion » au RGAMQ. Cette recommandation est appuyée par Force Jeunesse. Il s'agit à notre point de vue du seul moyen d'éviter l'antisélection, principe par lequel les individus adhèrent au régime en fonction de leur propre évaluation du risque, avec pour conséquence que seul les individus se considérant à fort risque souscriraient à l'assurance. Il nous apparaît évident qu'une telle situation ne saurait contribuer à assurer la viabilité de n'importe quel régime collectif d'assurance.

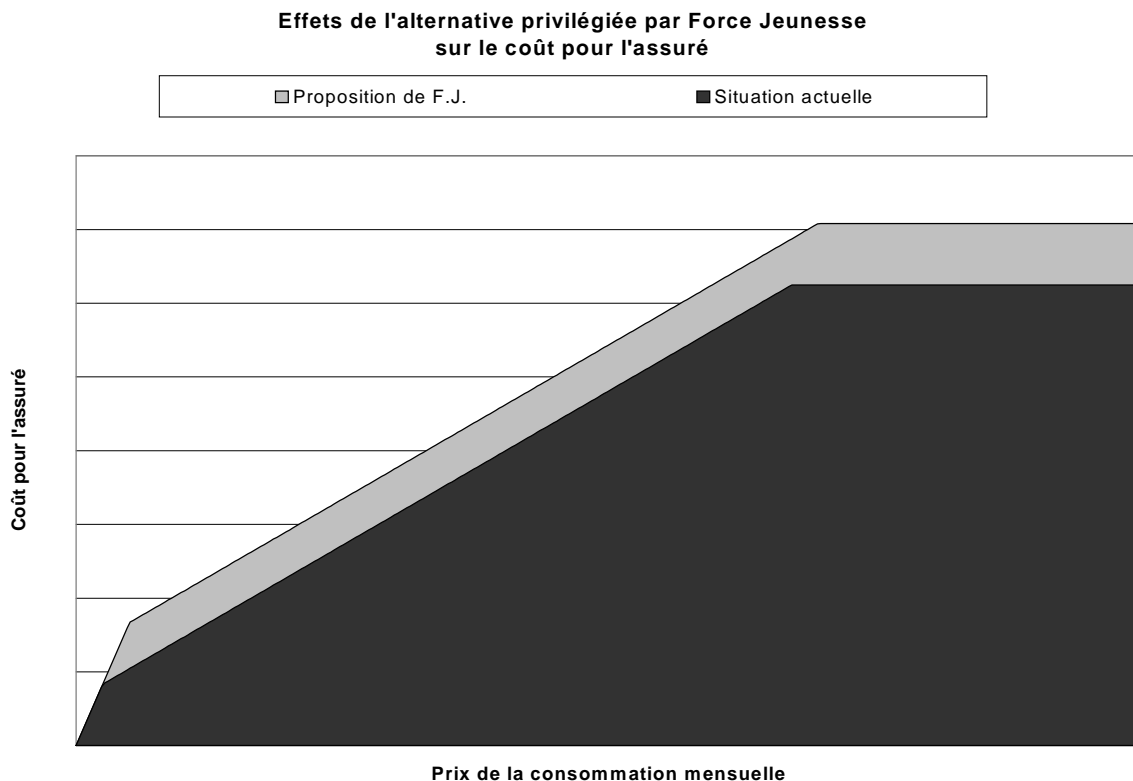
## **3.4 LA PARTICIPATION FINANCIÈRE**

Le Comité Montmarquette recommandait « que soit maintenue la participation financière de l'assuré sous la forme d'une prime et d'une contribution financière, sous la forme d'une coassurance, lors de l'achat de médicaments ». Nous avons opéré différentes simulations qui restent, mais qui nous semblent importantes à présenter, afin de démontrer l'incohérence de cette recommandation.

Nous avons fait une simulation mathématique des effets d'une augmentation de la franchise, de la coassurance et du plafond pour les adhérents du FAM. La figure ci-contre exprime graphiquement les effets pervers de la proposition du Comité Montmarquette. En effet, en éliminant la franchise et en augmentant uniquement la coassurance, seuls les consommateurs moyens assumeront le renflouement du régime, alors que les petits consommateurs (ceux qui consomment pour moins de 16,50\$ de médicaments mensuellement) verraient leur contribution diminuer et que les gros consommateurs atteignent de toute façon le plafond.



Augmenter la coassurance diminuerait de surcroît la qualité du régime d'assurance. Nous sommes persuadés que notre proposition pourrait ne pas nécessiter de recourir à une augmentation de la franchise, de la coassurance et du plafond, ce qui permettrait de maintenir la force de l'assurance. Dès lors, dans l'éventualité où notre proposition (section 4) ne serait pas retenue, proposition qui nous paraît plus équitable pour les adhérents, nous recommanderions plutôt une augmentation de la franchise (mesure qui touche les petits et moyens consommateurs) et du plafond (mesure qui touche les gros consommateurs), tel que le démontre la figure ci-dessous :



Par ailleurs, souligne que cette proposition aurait pour effet de simplifier le régime et, conséquemment, d'en faciliter la compréhension pour l'adhérent. À ce propos, Force Jeunesse croit que le bénéfice engendré par un tel exercice de simplification ne vaut pas l'iniquité envers les consommateurs moyens de médicaments provoqué par l'établissement de cette mesure. En outre, nous jugeons la capacité de compréhension des adhérents au régime public au moins aussi élevée que celle des membres des régimes privés, qui possèdent pour la plupart, à l'image du régime actuel, prime, franchise, coassurance et plafond.

### 3.5 TRANSPARENCE ET ÉQUITÉ

Nous souscrivons à la quatrième recommandation du Comité à l'effet de favoriser « un financement plus transparent et plus équitable du » RGAMQ. Cependant, nous voulons nuancer notre appui à cette recommandation noble. En effet, le rapport semble démontrer que la participation financière des personnes de plus de 65 ans pourrait contribuer largement au financement de la FAM, alors que leurs frais seraient théoriquement absorbés par le Fonds consolidé. Tel qu'expliqué plus haut, nous ne nous rangeons pas derrière cette analyse pour les raisons précédemment citées.

À notre point de vue, la réelle iniquité réside dans le fait qu'un adhérent de la tranche 18-28 ans paiera la même prime qu'un adhérent de 55-64 ans, et ce, sans égard au risque réel que ces catégories différentes d'assurés représente pour l'AMQ. C'est une iniquité intergénérationnelle qui se doit d'être corrigée. Le premier paragraphe de la page 46 du rapport Montmarquette<sup>31</sup> (cités ci-dessus) rappelle l'importance du respect de la logique d'assurance qui devrait régir le système public.

Cependant, le paragraphe sus-mentionné laisse planer un doute quant à la marge de manœuvre que laisserait le législateur à la RAMQ pour vraiment établir des groupes d'âge (par exemple de cinq en cinq ans) afin d'établir le risque et de déterminer le montant des primes en fonction du risque réel de chaque groupe. Nous osons espérer que le Comité Montmarquette ne comptait pas désigner seulement deux groupes (adhérents et personnes de plus de 65 ans) et qu'il sous-entend bien la création de réels groupes d'âge.

Au niveau de la transparence, un effort a été fait pour expliquer le système public d'assurance médicaments. Le rapport Montmarquette se veut nettement plus didactique que les précédents rapports<sup>32</sup>. Une autre opportunité de transparence serait peut-être d'avoir des sommes plus compréhensibles en ce qui concerne la franchise (8.33 \$) et le plafond maximal (16.66, 41.66 et 62.49 \$). Dès lors, si ces deux formes de contribution étaient modifiées, des sommes plus « didactiques » favoriseraient la compréhension du système.

### 3.6 TRANSFERT D'INFORMATIONS ENTRE LA RAMQ ET LE MRQ

Le Comité recommandait « de faciliter l'échange de données entre la RAMQ et le ministère du Revenu [MRQ] afin d'accroître l'équité dans le financement du régime ». Force Jeunesse s'oppose à cette recommandation. Le transfert d'information étant déjà assez largement répandu. À cet effet, mentionnons que ce dernier ne serait pas nécessaire si les adhérents payaient directement leur prime à l'AMQ, plutôt que par le biais l'impôt sur le revenu.

### 3.7 UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS ET MEILLEUR CONTRÔLE

La sixième recommandation du rapport Montmarquette recommandait « de revoir les critères utilisés pour déterminer si un médicament doit être inscrit à la liste des médicaments remboursés et de réévaluer les avantages et les coûts de l'actuelle formule de remboursement ». Notre expertise ne nous permet pas d'effectuer les nuances nécessaires pour en discuter, mais le principe nous semble adéquat.

---

<sup>31</sup> *Op cit.*

<sup>32</sup> *Évaluation du régime général d'assurance médicaments. MSSS, 1999; Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments. MSSS, 2000.*

Enfin, la dernière recommandation du rapport Montmarquette proposait « la création de trois mécanismes visant un meilleur contrôle dans l'utilisation des médicaments : » un fonds permettant un meilleur suivi des médicaments, des conférences pour aboutir à des consensus et un programme de gestion préventive de la maladie. Les mécanismes proposés nous semblent pertinents et nous apprécions grandement la proposition visant à créer un programme de gestion préventive de la maladie.

Une partie de cette recommandation a été retenue par le ministre de la Santé et des Services sociaux, puisque le document de consultation<sup>33</sup> recommande, entre autres, la création du Conseil du médicament qui intégrera le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), le Comité de revue d'utilisation des médicaments et le Réseau de revue d'utilisation des médicaments afin d'assister le ministre dans la définition de la liste des médicaments couverts par le régime et d'assurer le suivi de l'utilisation des médicaments.

---

<sup>33</sup> *L'Assurance médicaments : un acquis social à préserver*. MSSS, 2002

## SECTION 4

# SOLUTION ÉQUITABLE POUR LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU QUÉBEC

---

La commission parlementaire des Affaires sociales qui se penche sur le projet de Loi no 98 fait suite à la publication du rapport Montmarquette et du document de consultation annonçant les mesures présentées par le gouvernement afin de réduire le déficit chronique de l'AMQ. Pour bien comprendre le contexte de notre démarche et de nos recommandations, il faut se rappeler le contexte qui a créé le comité Montmarquette, ainsi que le mandat qui lui fut confié, à savoir d'étudier la pertinence et la faisabilité de la création d'un « Régime universel public d'assurance médicaments au Québec ».

Ce mandat découlait des consultations publiques réalisées par la Commission parlementaire de la Santé durant l'hiver 2000. Cette option avait été soulevée comme un scénario possible dans le document présentant les « pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments<sup>34</sup>. » Comme le souligne le rapport Montmarquette, de nombreux groupes sociaux ont privilégié ce scénario parmi les sept présentés dans le document de réflexion<sup>35</sup> au début de l'an 2000. Le rapport du comité Montmarquette, de même que le document de consultation du MSSS rejettent la possibilité d'universaliser le RGAMQ.

Dans le document de consultation en vue de la commission parlementaire des Affaires sociales, le gouvernement propose de nouvelles solutions pour tenter de réduire l'impact du déficit structurel de l'AMQ :

1. un partenariat avec l'industrie biopharmaceutique afin de réduire le coût des médicaments, et l'utilisation non optimale de ceux-ci, surtout durant les premiers mois d'apparition sur le marché;
2. la création du Conseil du médicament, intégrant le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), le Comité de revue d'utilisation des médicaments et le Réseau de revue d'utilisation des médicaments afin d'assister le ministre dans la définition de la liste des médicaments couverts par le régime, et d'assurer le suivi de l'utilisation des médicaments;
3. une augmentation 9.6 % de la contribution financière des adhérents;
4. une vérification du paiement des primes (le document parle de 35 M\$ de cotisation annuelle non perçue), ainsi qu'une amélioration du mécanisme de paiement de la contribution financière lorsque les adhérents partent en « voyage » avec des ordonnances pour plusieurs mois.

Certaines problématiques structurelles pour le système semblent être prises en compte. Pourtant, Force Jeunesse y voit une nouvelle fois un rendez-vous manqué. La manière dont le gouvernement québécois tente de résoudre la problématique ne pourra que conduire, à court terme, qu'à se reposer les mêmes questions qu'en 1999-2000 et 2001-2002. Plusieurs injustices restent flagrantes. Il est temps de s'attaquer clairement au déficit structurel et de poser des gestes essentiels pour la survie de cette assurance parapublique. À cet égard, nos recommandations nous permettent d'envisager de meilleurs jours pour l'AMQ, tout en favorisant une meilleure équité à tout les points de vue ainsi qu'une répartition de la richesse plus efficiente.

### 4.1 PÉRENNITÉ DU SYSTÈME ET ÉQUITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE

Notre première recommandation découle de notre analyse, bien qu'elle puisse avoir été envisagée par le comité Montmarquette, puisqu'une phrase de son rapport résume adéquatement notre perception sur le RGAMQ qui

---

<sup>34</sup> *Les pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments*. MSSS, 2000.

<sup>35</sup> *Op cit.*

devrait mieux respecter l'équité intergénérationnelle. En effet, le Comité suggère que, à « chaque année, une prime fixe distincte pour chaque groupe d'assurés du régime public (soit les personnes de 65 ans ou plus et les adhérents) serait évaluée par la [RGAMQ] en fonction de l'expérience propre à chaque groupe. [...] Les principes généralement reconnus d'assurance seraient ainsi appliqués au régime public ». Cette suggestion permettrait une meilleure évaluation des risques réels, s'harmonisant par le fait même avec les principes qui régissent déjà les deux principaux régimes d'assurance collective publics que sont la SAAQ (prime fixée en fonction du nombre de points d'inaptitudes, mesure du risque que représente chaque conducteur) et la CSST (aux employeurs en fonction du genre d'opérations qu'ils mènent), ainsi que les régimes d'assurance privés comme, par exemple l'assurance automobile où les jeunes (plus à risque en fonction de leur inexpérience) se voient imposer une prime plus élevée que leurs aînés.

***Force Jeunesse encourage le gouvernement québécois à respecter ce principe fondamental d'assurance en classant les adhérents en catégories de risque plus homogènes de manière à établir le montant des primes d'assurance médicaments du régime public en fonction du risque réel que représente chaque adhérent. Ces catégories de risque homogènes seraient établies en fonction d'un indicateur fiable du risque, c'est-à-dire l'âge des adhérents. Ces catégories de risques, allant de cinq ans en cinq ans, seraient évaluées régulièrement en fonction de leur expérience propre de façon à établir le juste niveau de la prime pour chaque classe d'assurés. Cette modulation de la prime, en plus de respecter ce principe, favoriserait celui de l'équité intergénérationnelle.***

#### 4.2 PÉRENNITÉ DU SYSTÈME ET RÉPARTITION DE LA RICHESSE

Notre seconde recommandation découle par ailleurs du principe de « redistribution de la richesse », cher aux Québécois, principe essentiel dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, également défendu par le comité Montmarquette comme étant un acquis social à préserver. Concrètement, il s'agit de conserver une forme d'assistance qui tient compte de la capacité de payer le montant des primes de l'assurance médicaments. Actuellement, les adhérents gagnant moins de 17 000 \$ ne paient qu'une partie de la prime d'assurance, voire aucune si leur revenu est inférieur à 10 000 \$. Nous sommes d'avis que ce principe doit être respecté dans la nouvelle formule de financement. Toutefois, deux raisons nous amènent à croire que l'actuel mécanisme d'assistance ne se veut pas optimal du point de vue de l'équité. D'une part, même si nous approuvons ce principe d'assistance aux gens à plus faibles revenus, nous considérons qu'il s'agit d'un choix collectif qui devrait par conséquent être supporté par l'ensemble de la population. Il nous apparaît donc inéquitable de faire porter le poids de ce choix de société à la charge des seuls adhérents au régime public, dont le profil montre un plus grand état de précarité socio-économique (travailleurs autonomes, travailleurs atypiques, travailleurs dans de petites sociétés, étudiants-chercheurs ou travailleurs retournant aux études à temps plein, etc.). D'autre part, si l'État québécois juge nécessaire d'assister certains adhérents au régime public eut égard à leur faible revenu, ne devrait-on pas non plus en faire bénéficier aux cotisants des régimes privés dont le niveau de revenu justifierait une assistance dans le régime public mais qui sont actuellement contraints de rester fidèles à leur régime privé?

***Force Jeunesse encourage le gouvernement québécois à mettre en place un système de remboursement d'une partie de la prime d'assurance médicaments qui serait modulée selon le revenu des citoyens. Ce système serait étendu à l'ensemble des québécois, y compris ceux qui cotisent à un régime privé d'assurance-médicaments et son coût assumé par tous. Cette recommandation respecterait les principes de redistribution de la richesse et d'équité sociale, principes qui s'inscrivent également dans la lutte contre la pauvreté.***

### **4.3 SOLUTION STRUCTURANTE**

Ces deux recommandations, prises conjointement, devraient permettre au régime public de l'AMQ d'être viable pour une longue période et assurer une juste équité pour l'ensemble des bénéficiaires du RGAMQ :

1. Celle-ci permettrait au système public de recevoir l'entièreté des primes de tous les adhérents et d'équilibrer son budget, tout en respectant ces deux principes (principe d'assurance et redistribution des richesses)

De plus, l'équité intergénérationnelle sera respectée et allégera le fardeau socioéconomique des jeunes travailleurs et des jeunes familles :

1. la modulation de la prime d'assurance en fonction du risque réel permettra aux jeunes travailleurs et aux jeunes familles, dont les revenus sont, de manière générale, moins élevés que ceux des travailleurs plus âgés, de bénéficier d'une prime équitable pour leur assurance médicaments;
2. la modulation de la prime d'assurance en fonction du risque réel diminuera la migration des travailleurs de 50 et plus qui perdent leur lien d'emploi, vers le régime public pour éviter de continuer à payer des primes élevées dans les régimes privés et ainsi accroître le déficit du régime.

Enfin, la formule proposée pour respecter le principe de redistribution de la richesse (équité sociale) aura plusieurs avantages :

1. la redistribution pourra se faire auprès de tous les citoyens vivant dans une précarité socioéconomique, qu'ils soient couverts par le système public ou privé du RGAMQ, cette formule lançant un message clair pour lutter contre la pauvreté;
2. la redistribution pourra se faire pour l'ensemble de la population en fonction du revenu net d'impôt des citoyens, y compris pour les grands consommateurs de médicaments, et ce, quel que soit le groupe d'âge auquel ils appartiennent ;
3. la redistribution à travers le crédit d'impôt permet à l'AMQ (régime public) de recevoir l'entièreté des primes de tous les adhérents adultes, donc de stopper le déficit chronique;
4. la redistribution à travers le crédit d'impôt a aussi un objectif pédagogique d'encourager les Québécois à investir dans leur santé.

## CONCLUSION

---

Depuis sa création, la partie publique du RGAMQ, a toujours subi un déficit budgétaire. Afin d'éliminer cette problématique structurelle, Force Jeunesse recommande au gouvernement québécois, mais aussi à l'Assemblée nationale, d'avoir le courage de respecter deux principes chers à notre société, à savoir l'équité intergénérationnelle et l'équité sociale.

### **Principales recommandations défendues par Force Jeunesse**

1. Dans une perspective d'équité intergénérationnelle, nous recommandons une modulation de la prime en fonction des risques réels de consommation de médicaments, c'est à dire que le montant de la prime d'assurance médicaments (ex. 200, 300, 400, ..., 1000 \$ / an) soit établi par groupe d'âge (ex. de 5 en 5 ans) et réévalués chaque année.
2. Dans une perspective d'équité sociale, nous recommandons une modulation de la prime en fonction des revenus avec une plage plus étendue que celle proposée actuellement (par exemple, entre 10 000 et 50 000 \$ / an), et ce pour tous les bénéficiaires du RGAMQ, qu'ils soient couverts par la partie publique ou privée du régime, par un système de crédit d'impôt.

Nous parlons d'équité intergénérationnelle, car il nous apparaît injuste que des groupes d'individus aux caractéristiques hétérogènes en matière de risque (en fonction du meilleur indicateur possible, c'est-à-dire l'âge) se voient affublés de la même prime, faisant ainsi fi d'un principe généralement reconnu en assurance et même appliqué dans les deux principaux régimes d'assurances publics instaurés dans l'État québécois : la SAAQ et la CSST.

Nous parlons d'équité sociale, car il est justice que les citoyens vivant dans une situation de précarité socioéconomique puisse bénéficier du filet social installé pour tous les Québécois. C'est une question de justice sociale que de redistribuer une partie des richesses. C'est une manière de continuer à nous définir comme société distincte, plutôt que de s'inscrire dans un courant néolibéral.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Breton P. L'assurance médicaments : l'industrie pharmaceutique rejette tout partenariat avec Québec. Cyberpresse, 14 mai 2002
- Cyberpresse.ca, La résistance aux antibiotiques au Canada. Presse Canadienne / Cyberpresse.ca, 15 janvier 2002.
- Dumont F, *Raisons communes*, Montréal, Boréal, 1995, p. 252
- Fournier L, *Pourquoi le virage ambulatoire?*, dans Goulet O. et Dallaire C., *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 273 p., p. 7-28
- Monzée J et Bélanger C. *Recherche en santé : enjeux et perspective*, AEGSFM / QEGSDB / Force Jeunesse, 2001
- MRST, *Politique de la recherche et de l'innovation technologique du Québec*, 2001
- MSSS, *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*. Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec, 2001 (*Rapport Montmarquette*).
- MSSS, *L'Assurance médicaments : un acquis social à préserver*, 2002
- MSSS, *Le système québécois de santé et de services sociaux*, 2000
- MSSS, *Financement : État de la situation et perspectives*, 2000
- MSSS, *Les pistes de révisions du régime général de l'assurance médicaments*, 2000.
- MSSS, *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, 1999
- Régie des rentes du Québec, *La sécurité du revenu à la retraite*, 2000
- Trudel J, *L'envers de la pilule*. L'Actualité, 1 avril 2002