

# NOTE D'INTERVENTION DE L'IRÉC

Numéro 20/Août 2012

Dans cette note d'intervention de l'IRÉC sur la politique du médicament, les auteurs proposent une redéfinition des objectifs et des stratégies du gouvernement du Québec dans le domaine biopharmaceutique. Les coûts sont devenus astronomiques pour les services de santé. Un virage permettrait de faire des économies annuelles d'un milliard de dollars.

## SOMMAIRE

- Introduction
- 1. La croissance des dépenses en santé : la part des médicaments
- 2. La politique du médicament et son arrangement institutionnel
- 3. La politique industrielle au profit de l'industrie pharmaceutique
- Conclusion et recommandations
- Bibliographie

## Politique du médicament : un virage s'impose

par Jules Bélanger, Gilles L. Bourque et Oscar Calderon\*

### Introduction

Dans une note d'intervention précédente, portant sur les enjeux du vieillissement (Bourque, 2012), il est apparu que le système des soins de santé pourrait devenir un important facteur de croissance des dépenses publiques à mesure que la cohorte des « baby-boomers » va s'approcher du seuil des 80 ans. C'est pour cette raison que nous recommandions de « remettre en question la politique du médicament du gouvernement du Québec, qui privilégie une politique industrielle de plus en plus caduque aux dépens des coûts astronomiques que cela représente pour nos services de santé et pour la population en général ». En démontrant les impacts négatifs de la règle des 15 ans, qui favorise l'industrie aux dépens des finances publiques, nous verrons qu'il est temps pour le Québec de redéfinir ses objectifs et ses stratégies dans le domaine du médicament et de l'industrie biopharmaceutique.

### 1 La croissance des dépenses en santé : la part des médicaments

Les médicaments occupent une place prépondérante dans le système actuel des soins de santé. La partie des médicaments dans les dépenses des soins de santé a explosé au Québec. Les chiffres sont éloquents : le gouvernement du Québec prévoyait des dépenses de 28,1 milliards \$<sup>1</sup> pour le ministère de la Santé et des services sociaux en 2010-2011, dont environ 32 % dans le cadre des programmes de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), avec un peu moins de neuf milliards. Les dépenses en médicaments et en services pharmaceutiques de la RAMQ sont devenues le deuxième poste de dépenses après celui des services médicaux. En 2010-2011, ces coûts ont atteint 36 % des coûts totaux de la RAMQ. C'est une légère diminution par rapport au sommet de 40 % atteint en 2007-2008. (Voir tableaux 1 et 2)

TABLEAU 1

#### Coût des programmes administrés par la Régie (en milliers de dollars)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Services médicaux <sup>21</sup>	3 571 571	3 810 522	4 286 051	4 723 773	5 065 281
Médicaments et services pharmaceutiques <sup>21</sup>	2 638 305	2 864 694	3 002 840	3 171 834	3 213 404
Services hospitaliers	151 849	167 021	178 875	201 758	217 982
Aides techniques	127 667	129 192	134 726	153 292	147 432
Services dentaires	103 821	114 998	121 884	136 695	137 848
Services d'aide domestique	45 715	51 809	57 936	60 445	59 022
Services optométriques	35 604	40 138	39 509	44 161	42 911
Autres	10 230	13 041	14 603	14 820	15 724
<b>Total</b>	<b>6 684 762</b>	<b>7 191 415</b>	<b>7 836 424</b>	<b>8 506 778</b>	<b>8 899 604</b>

Tiré de : RAMQ, rapport annuel de gestion, 2010-2011

1. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Budget du Québec 2010-2011. Vers un système de santé plus performant et mieux financé* 68 p. [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>]

**TABLEAU 2**  
**Médicaments et services pharmaceutiques (en milliers de dollars)**

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Personnes âgées de 65 ans ou plus	1 509 623	1 650 647	1 748 652	1 855 761	1 867 509
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	580 492	629 485	652 128	680 182	691 142
Adhérents	545 541	581 849	599 237	632 822	651 393
Autres <sup>22</sup>	2 649	2 713	2 823	3 069	3 360
<b>Total</b>	<b>2 638 305</b>	<b>2 864 694</b>	<b>3 002 840</b>	<b>3 171 834</b>	<b>3 213 404</b>

Tiré de : RAMQ, rapport annuel de gestion, 2010-2011

Globalement, entre 2006-2007 et 2010-2011, les coûts des programmes de la RAMQ ont augmenté en moyenne de 7,4 % par année. Pendant cette période, c'est la rémunération des médecins (services médicaux) qui a le plus augmenté (en moyenne de 9,0 % par année) alors que les coûts des médicaments et des services pharmaceutiques augmentaient en moyenne de 5,0 % par année. On constate dans le graphique 1 que les dépenses en médicaments et en services pharmaceutiques se décomposent en trois catégories : 58 % vont aux personnes de 65 ans et plus, 21,5 % aux prestataires d'aide sociale et 20 % aux adhérents (travailleurs non couverts par une assurance privée) du régime public d'assurance médicaments (RPAM). Non seulement la catégorie des personnes âgées est la plus importante, c'est aussi celle qui augmente le plus rapidement.

**GRAPHIQUE 1**  
**Médicaments et services pharmaceutiques**



Tiré de : RAMQ, rapport annuel de gestion, 2010-2011

C'est la croissance des coûts des médicaments qui a amené le gouvernement à mettre en place un régime public. Avant la mise en place, en 1997, du RPAM, près de 1,5 million de personnes n'avaient aucun accès à une assurance pour couvrir ses besoins en médicaments (Gibeau, 2011). Le modèle choisi a été celui d'un régime hybride où 43 % de la population est assurée par la partie publique (soit le RPAM) et 57 % par des régimes privés d'assurance collective. Du nombre de personnes assurées à la partie publique, un peu plus de la moitié (52 %, voir graphique 1) sont des travailleuses et des travailleurs non couverts par une assurance collective privée et le reste sont des personnes âgées de 65 ans et plus (33 %) ou des personnes sans emploi (15 %). Le taux de croissance des coûts du régime public a été très élevé au début : pour les dix premières années (1997-2006), le taux de croissance annuel moyen a été de 13,1 %. Ce rythme a ralenti au cours des cinq dernières années (2006-2010), pour atteindre une croissance de 5,6 % en moyenne annuelle<sup>3</sup>. On peut le constater dans le tableau 3 à la page suivante. En 2010, le coût brut du RPAM a atteint 3,9 milliards \$ alors que son coût net s'élevait à 3,2 milliards \$ en soustrayant les franchises de 250 millions \$ et les coassurances de 485 millions \$.

2. Notre propre calcul à partir des tableaux produits par la RAMQ (dont le plus récent est le Tableau 3 de la présente note) qui, jusqu'au 25 janvier 2012, étaient disponibles librement sur son site sur la Toile.

3. Ce taux de croissance reste légèrement inférieur au facteur d'indexation de 6 % de l'entente fédérale-provinciale 2004-2014 sur le financement de la santé. Mais il est largement supérieur au taux d'indexation de base (3 %) qui sera appliqué à partir de 2017-2018 par le gouvernement Harper.

**TABLEAU 3**  
**Évolution des principaux facteurs de coût<sup>1</sup>, 2006-2010.**  
**Régime public d'assurance médicaments, Québec, 2010**

Année	Coût par ordonnance															
	Services pharmaceutiques		Médicaments		Total		Nombre d'ordonnances		Coût brut		Franchise		Coassurance		Coût RAMQ	
	\$	Δ%	\$	Δ%	\$	Δ%	N	Δ%	\$	Δ%	\$	Δ%	\$	Δ%	\$	Δ%
2006	6,76	-0,3	23,00	-0,3	29,76	-0,3	106 964 135	8,8	3 183 723 782	8,5	183 891 841	9,4	406 115 556	5,1	2 593 716 384	8,9
2007	6,64	-1,8	22,39	-2,7	29,03	-2,5	119 074 628	11,3	3 456 798 641	8,6	200 149 815	8,8	430 026 683	5,9	2 826 622 143	9,0
2008	6,61	-0,5	21,15	-5,5	27,76	-4,4	131 465 984	10,4	3 649 722 726	5,6	216 443 150	8,1	449 461 679	4,5	2 983 817 897	5,6
2009	6,65	0,6	20,72	-2,0	27,37	-1,4	140 688 542	7,0	3 850 762 531	5,5	229 636 759	6,1	477 803 589	6,3	3 143 322 183	5,3
2010	6,59	-0,9	19,71	-4,9	26,30	-3,9	150 467 507	7,0	3 957 594 505	2,8	250 207 116	9,0	485 021 050	1,5	3 222 366 338	2,5
Δ2006-2010 <sup>2</sup>	-0,6		-3,8		-3,0		8,9		5,6		8,0		4,5		5,6	

1. Y compris les montants forfaitaires de 10 755 123\$ en 2006 et de 5 937 358\$ en 2007 versés pour les services pharmaceutiques rendus.

2. Variation annuelle moyenne.

Note: Dans l'année civile où un montant forfaitaire est inclus, les données de ce tableau et du tableau AM 05 ne peuvent être comparées avec celles qui sont présentées dans les tableaux de la présente section.

On peut donc dire que les dépenses publiques en médicaments représentent 36 % des dépenses de la RAMQ ou 11,4 % des dépenses de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux. Mais ces données se limitent au seul système public de médicaments. Lorsqu'on intègre à ces chiffres les dépenses privées en médicaments, c'est-à-dire les coûts des assurances privées ainsi que les achats de médicaments non prescrits au comptoir des pharmacies, les médicaments représenteraient environ 18 % des dépenses totales en santé de la population québécoise<sup>4</sup>.

La consommation de médicaments, prescrits ou non prescrits, varie en fonction de l'âge. En effet, selon l'Enquête sociale de la santé 1998<sup>5</sup> de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), un peu plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont consommé au moins trois médicaments prescrits dans une période de deux jours, proportion cinq fois plus élevée que chez les personnes âgées de 25 à 44 ans. En conséquence, le vieillissement de la population devrait entraîner une hausse importante de la consommation de médicaments prescrits au cours des prochaines années. La présence du RPAM accentue ces tendances dans la mesure où il donne accès à une assurance pour couvrir les besoins en médicaments à une plus large partie de la population.

Selon les tendances observées<sup>6</sup>, alors que la part des médicaments avec ou sans ordonnances dans les coûts de santé était au Québec inférieure à la moyenne canadienne en 1985 (8,3 % par rapport à 9,5 %), elle lui était en 2007 significativement supérieure (19,7 % par rapport à 16,8 %). Cette année-là, c'est au Québec où la part des médicaments dans les coûts de santé était la plus élevée au Canada. Les données de Statistique Canada sur les habitudes de dépenses pour 2009<sup>7</sup> indiquent que les ménages québécois dépensaient en moyenne 2 183 \$ en soins de santé, pour des dépenses moyennes globales de 60 125 \$ (soit 3,6 %) alors que la moyenne canadienne était de 2,8 % (2 004 \$ sur 71 117 \$). À titre d'exemple, les ménages ontariens dépensaient 1 718 \$ sur des dépenses globales de 76 177 \$ (2,3 %). Les dépenses des ménages en soins de santé seraient d'ailleurs le seul poste de dépenses où la moyenne québécoise est supérieure à la moyenne canadienne. On ne peut pas savoir la part plus précise que représentent les médicaments dans ces dépenses de santé. Mais on peut supposer qu'une part significative de l'écart s'explique par des coûts de médicaments plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada.

## 2 La politique du médicament et son arrangement institutionnel

**A**u moment de la mise en place du RPAM, en 1997, il était prévu que le Québec complète sa démarche de proposition globale et cohérente des orientations et des stratégies concernant l'accès, le prix et l'utilisation optimale des médicaments, par une politique du médicament. Ce ne sera pourtant qu'à la fin 2004 que le gouvernement déposera un projet de politique du médicament, qui sera définitivement adopté en 2007. La politique du médicament s'articule autour de quatre axes :

- L'accessibilité aux médicaments;
- L'établissement d'un prix juste et raisonnable des médicaments;
- L'usage optimal des médicaments;
- Le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec.

4. TREMBLAY, Gabriel. « Le coût des médicaments et du système de santé au Québec : Les faits » *Économie de la santé au Québec* [En ligne] 4 janvier 2012 . [<http://economiesante.com/2012/01/04/le-cout-des-medicaments-et-du-systeme-de-sante-au-quebec-les-faits/>]

5. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 2001, 788 p. (Collection la santé et le bien-être, 2<sup>e</sup> édition). [[www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e\\_soc98v2.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e_soc98v2.pdf)]

6. [http://www.servicecanada.gc.ca/fra qc/emploi\\_avenir/statistiques/3131.shtml](http://www.servicecanada.gc.ca/fra qc/emploi_avenir/statistiques/3131.shtml)

7. <http://www.statcan.gc.ca/pub/62-202-x/2008000/tablesectlist-listetablessect-fra.htm>

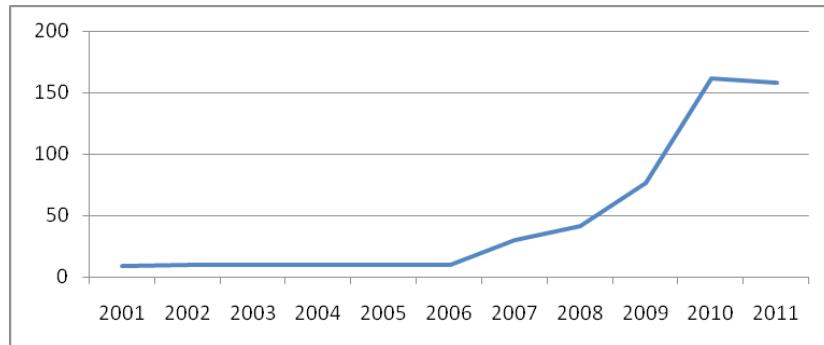
On peut dire que la mise en place du RPAM répond au premier axe de la politique. Pour appuyer le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise en œuvre des axes 2 et 3, le gouvernement du Québec a créé l'**Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)**, en remplacement de l'ancien Conseil du médicament créé par le Parti Québécois en 2002. L'INESSS est en particulier responsable de l'élaboration de la « Liste des médicaments » ainsi que d'une deuxième liste qui concerne les médicaments pouvant être utilisés dans les établissements de santé du Québec qui permet, entre autres choses, d'assurer un certain contrôle sur les prix des médicaments. En effet, après avoir dans un premier temps évalué la valeur thérapeutique d'un médicament, l'INESSS doit transmettre au ministre ses recommandations en considérant les aspects suivants :

- 1) La justesse du prix :** compare le prix du nouveau médicament avec les médicaments comparatifs utilisés pour démontrer la valeur thérapeutique.
- 2) Le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament :** en se penchant principalement sur les coûts de traitement de stratégies médicales similaires.
- 3) Les conséquences de l'inscription du médicament à la liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé et de services sociaux :** évalue l'impact de l'inscription d'un nouveau médicament sur les avantages cliniques, la variation possible du nombre d'ordonnances, les coûts liés au monitorage du traitement, les économies ou les coûts potentiels pour d'autres services de santé et l'impact organisationnel sur la dispensation des soins de santé.
- 4) La pertinence de l'inscription du médicament sur la liste au regard de l'objet du régime public d'assurance médicaments :** apprécie le caractère raisonnable et équitable de l'inscription du médicament en tenant compte de l'aspect sociétal.

Les deux listes de médicaments, celle pour les établissements de santé et la « Liste des médicaments », sont mises à jour trois fois par année, généralement les 1<sup>er</sup> février, 1<sup>er</sup> juin et 1<sup>er</sup> octobre.

En ce qui concerne le quatrième et dernier axe de la politique, il s'articule autour du maintien de la règle des 15 ans qui s'applique aux médicaments innovateurs. Cette règle fait en sorte qu'un médicament sous brevet inscrit à la « Liste des médicaments » sera remboursé intégralement pendant 15 ans, et ce même si un médicament moins coûteux de même type est également inscrit sur la liste. Il s'agit d'une protection qui s'ajoute à celle du brevet puisqu'en général les médicaments sont inscrits à la « Liste des médicaments » 10 ans en moyenne après l'obtention du brevet, alors que celui-ci offre une protection pendant 20 ans. Partout ailleurs au Canada, il n'y a que la protection pour la durée du brevet. Au Québec, ce n'est qu'après la période de 15 ans que la politique du prix le plus bas s'applique et que seul le médicament le moins coûteux est remboursé par la RAMQ. Il s'agit donc d'une mesure de la politique du médicament qui a une préférence industrielle, qui vise à encourager l'installation au Québec d'entreprises innovatrices plutôt que de santé publique. Et son coût est élevé. Il est possible d'avoir une idée précise du coût de la règle des 15 ans puisqu'une compensation directe est accordée par le MSSS à la RAMQ pour la non-utilisation intégrale de la politique du prix le plus bas. Comme on peut le voir sur le graphique 2, le transfert en 2001 était de 9 M\$ et atteignait 158,3 M\$ en 2011. Cette croissance importante s'expliquerait par le fait que plusieurs brevets importants étaient à échéance pendant ces années, enrichissant ainsi le coût de la règle des 15 ans.

**GRAPHIQUE 2  
Compensation du MSSS à la RAMQ pour la « règle des 15 ans »**



Source : Rapports annuels de gestion de la RAMQ 2001-2002 à 2010-2011

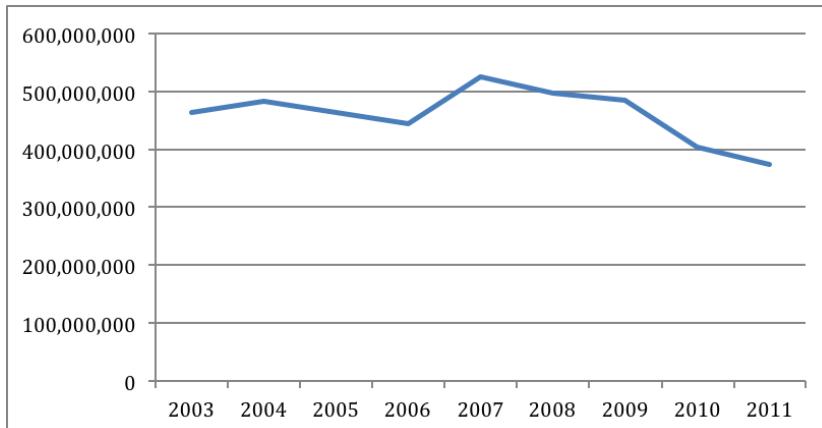
# 3

## La politique industrielle au profit de l'industrie pharmaceutique

L'État québécois intervient de plusieurs autres manières pour favoriser le développement de l'industrie pharmaceutique au Québec. La stratégie biopharmaceutique québécoise est l'une d'elles, en complément à la Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation (SQRI). Cette stratégie mise principalement sur les outils fiscaux à coups de crédits d'impôts et de subventions directes pour favoriser la R-D pharmaceutique. Des crédits d'impôt sont appliqués aux salaires de 37,5 % sur la R-D faite en PME. Pour les grandes sociétés publiques ou sociétés sous contrôle étranger, un taux de 17,5 % s'applique sur les salaires. Il faut noter que s'y ajoutent des crédits d'impôt de 20 % à 35 % octroyés par le gouvernement fédéral selon la taille et le contrôle des compagnies pharmaceutiques. Marc-André Gagnon (2012) estime que les entreprises pharmaceutiques ont reçu un total de 233 M\$ en crédits d'impôt pour la R-D en 2010. Le gouvernement du Québec entend par ailleurs dépenser entre 122,77 M\$ et 176,77 M\$ sur trois ans dans le cadre de sa stratégie au profit de l'industrie biopharmaceutique (MDÉIE).

Pourtant, malgré ces efforts considérables déployés pour créer un environnement d'affaires dynamique et favorable aux investissements (subventions, crédits d'impôt à la R-D et aux ressources humaines, aide au capital de risque), l'industrie a plutôt stagné. On constate dans le graphique 3 que la R-D biopharmaceutique québécoise a décliné au cours des dernières années. Avant la récession, la présence de nombreuses petites entreprises de biotechnologie permettait d'identifier ce secteur comme un secteur en croissance au Québec. Plusieurs grandes compagnies pharmaceutiques avaient également des usines et des centres de R-D. Près de 40 % des emplois dans le secteur pharmaceutique se trouvait au Québec, et ce principalement dans des compagnies de produits de marque. À l'inverse, les compagnies de produits génériques se trouvaient principalement en Ontario, avantageées par une politique du médicament du gouvernement ontarien qui favorisait les substitutions. Mais depuis la Grande Récession, la situation s'est considérablement modifiée : les entreprises de biotechnologie ont de grandes difficultés à se financer et les grandes entreprises pharmaceutiques ont dû restructurer leurs productions et leurs installations.

GRAPHIQUE 3  
Dépenses en R-D biopharmaceutique au Québec (\$)



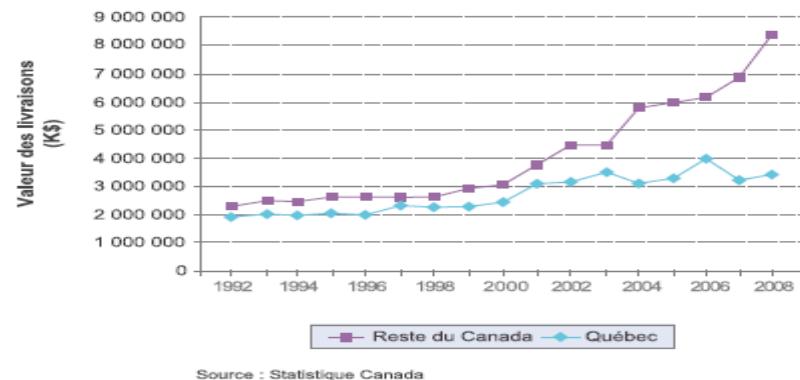
Source : Rapports annuels du CEPMB 2003 à 2010.

Le cœur du secteur biopharmaceutique (les grandes compagnies pharmaceutiques et les petites entreprises de biotechnologies) a connu une importante hémorragie d'emplois au cours des récentes années : pour les grandes entreprises pharmaceutiques, on parle d'une perte de 2 000 emplois<sup>8</sup>, alors que le nombre d'entreprises de biotechnologie a diminué de 21 % depuis 2005 et leurs emplois de 48 %. Mais ce qui est encore plus symptomatique de la perte de la domination du Québec dans ce secteur, c'est que les investissements en capital de risque dans les sciences de la vie ont été en baisse continue depuis 2006. Alors que le Québec dominait cette industrie au Canada, loin devant l'Ontario, ce n'est maintenant plus le cas. Même la Colombie-Britannique, ouverte sur le faramineux marché asiatique, occupe une place de plus en plus importante. Depuis la crise de 2008, cette tendance s'est accélérée. On peut constater dans le graphique 4 que la valeur des livraisons de produits pharmaceutiques au Québec et dans le reste du Canada a connu des évolutions contrastées depuis le début des années 2000.

8. Éric DESROSIERS. « La politique québécoise devra être révisée », *Le Devoir*, 7 février 2012. [<http://www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/341981/industrie-pharmaceutique-la-politique-quebecoise-devra-etre-revisee>]

9. BIOQuébec. *Communiqué de presse du 14 juin 2012*. [<http://www.bioquebec.com/pls/htmldb/adu?p=337283711029122184&i=1> ]

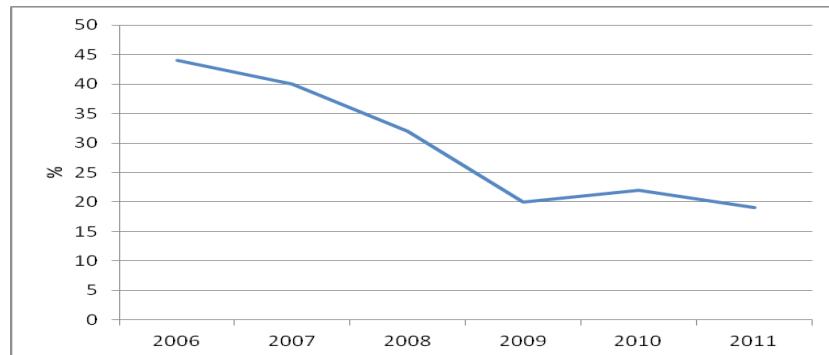
**GRAPHIQUE 4**  
**Valeur des livraisons de fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments (k\$) pour le Canada et le Québec, de 1992 à 2008**



Tiré de : La stratégie biopharmaceutique québécoise, MDÉIE, 2009

Au Québec, la place du secteur des sciences de la vie comme destination des investissements en capital de risque a aussi connu une détérioration majeure. En 2006 le secteur détenait la première place avec près de 45 % de tous les investissements de l'industrie du capital de risque (voir graphique 5). Depuis 2009, avec une part qui se maintient autour de 20 %, les investissements en capital de risque dans les sciences de la vie au Québec se retrouvent derrière les secteurs des technologies de l'information (TI) et les secteurs traditionnels. Si la tendance se poursuit, le secteur se retrouvera derrière les technologies propres dès l'an prochain.

**GRAPHIQUE 5**  
**La part des investissements en capital-risque pour le secteur des sciences de la vie (Québec, en %)**



Sources : statistiques de Réseau Capital

Les facteurs qui expliquent ce phénomène sont nombreux, mais celui de la financiarisation est crucial. Matthieu Montalban (2007) montre à partir d'un échantillon de cinq pays étudiés que la financiarisation des sociétés pharmaceutiques influence significativement le nombre de fusions-acquisitions. Une analyse centrée sur le secteur montre que les firmes contrôlées par des investisseurs institutionnels distribuent relativement plus de valeur pour l'actionnaire, effectuent plus d'acquisitions et ont une gouvernance plus orientée vers les actionnaires. Mais il montre surtout que la financiarisation s'est traduite par l'adoption d'une conception du contrôle les poussant à se recentrer sur des médicaments phares et le marketing et que la crise de l'industrie est étroitement liée au déclin de la productivité de la R-D et à la remise en cause progressive du compromis favorable à l'industrie dans les pays étudiés.

Au Québec, cette crise s'est exprimée par une vague sans précédent de fusions et de fermetures. En dix ans, l'industrie a fait face à une dizaine de fusions ou acquisitions mondiales, d'une valeur de plus de 40 milliards de dollars chacune<sup>10</sup>, où les entreprises ont été soumises au mot d'ordre de consolidation, c'est-à-dire de la fermeture d'unités de recherche et de fabrication de médicaments. L'échéance de brevets sur des médicaments vedettes ne serait pas étrangère à ce phénomène de mégafusions.

10. Jean GAGNON. « Consolidation à l'ordre du jour », *La Presse*, 17 mars 2010. [<http://lapresseaffaires.cyberpresse.ca/portfolio/industrie-pharmaceutique/201003/17/01-4261623-consolidation-a-lordre-du-jour.php>]

## Tendances des dix dernières années<sup>11</sup>

- Difficultés à innover pour les grandes compagnies pharmaceutiques;
- Processus de recherche de plus en plus long (10 à 12 ans, quelques fois jusqu'à 15 ans)
- Augmentation fulgurante des coûts de développement des médicaments;
- Fusions de grandes entreprises pharmaceutiques et acquisition de biotechnologies par les grandes multinationales (pour le rachat des brevets);
- Arrivée sur le marché de médicaments considérés comme relativement similaires aux médicaments sur le marché (« me too drug »). Il y a des différences mineures dans les effets secondaires ou primaires et ces médicaments se retrouvent dans des niches.

## Conclusion et recommandations

Les tendances lourdes sur la consommation de médicaments et sur les coûts que nous avons identifiées dans cette note d'intervention plaident pour que le Québec redéfinisse ses objectifs et ses stratégies en adoptant une nouvelle approche dans le domaine du médicament. Cette approche devrait être fondée sur une plus grande indépendance de celle-ci quant à l'industrie biopharmaceutique. Pour assurer cette nouvelle approche, il faudrait selon nous éliminer l'axe 4 de la politique du médicament (voir notre présentation de la politique industrielle pour l'industrie pharmaceutique à la page 3) et travailler à la réduction de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les professionnels de la santé.

Afin de revaloriser les objectifs de santé publique au sein de la politique du médicament, nous recommandons deux séries de mesures. D'une part, la « Liste des médicaments » devrait pouvoir jouer un rôle clé dans la transformation du régime québécois. Son contrôle devrait être exercé par une entité indépendante à l'abri des influences. Un rapport de force pourrait également être établi quant à l'industrie pharmaceutique pour instaurer un processus de négociation des prix des produits inscrits sur la « Liste ». D'autre part, l'élimination de la règle des 15 ans devrait permettre d'épargner des centaines de millions par année, dans les années à venir, grâce à une plus grande utilisation des produits génériques moins dispendieux. Bien sûr, cela peut représenter un risque pour certains investissements des entreprises de marques, mais en contrepartie ce serait la disparition d'une barrière importante pour le développement d'une industrie des médicaments génériques. En complément à l'élimination de la règle des 15 ans, nous pensons que le Québec devrait utiliser une partie des sommes épargnées vers des mesures appropriées pour encourager le développement du générique au Québec.

Concernant la stratégie industrielle pour le secteur biopharmaceutique, il ne faut pas oublier que le Québec reste le territoire en Amérique du Nord où les entreprises biopharmaceutiques bénéficient des meilleures déductions d'impôts et crédits de toutes sortes. En outre, une importante base de recherche publique et universitaire et la présence d'une main-d'œuvre spécialisée de haut niveau, qui seront encore plus favorisées avec les milliards de dollars que l'État québécois va investir dans les nouveaux centres hospitaliers universitaires, représentent des facteurs beaucoup plus importants d'implantation pour ces entreprises. C'est en misant sur les facteurs d'amélioration de l'offre (stratégie biopharmaceutique) plutôt que sur ceux de la demande (règle des 15 ans) que le Québec peut réussir à maintenir une industrie fleurissante. En tenant compte du fait que le marché québécois ne représente que 0,5 % du marché mondial et 26 % du marché canadien, alors que les compagnies pharmaceutiques présentes au Québec sont des multinationales qui produisent pour les marchés mondiaux, on peut facilement comprendre que le facteur de la demande interne ne peut jouer un rôle décisif qu'à un coût prohibitif pour le Québec, mais sans aucune garantie de résultats. Par contre, une stratégie axée sur l'offre (aide financière et fiscale, développement de la main-d'œuvre, voire la création d'une société d'État) permet de se donner des objectifs mieux définis en ciblant des créneaux déterminés. Une stratégie de l'offre débouche en outre sur des garanties plus vérifiables de résultats.

Finalement, nous pensons qu'un régime public de couverture universelle des médicaments s'avèrera une mesure intéressante à étudier si l'on veut assurer une équité dans l'accessibilité aux médicaments ainsi qu'un véritable contrôle des coûts. De nombreux intervenants l'ont signalé, les régimes hybrides qui sont apparus au Québec et dans le « Rest of Canada (ROC) » font en sorte que le Canada est le pays où les prix de médicaments sont les plus élevés dans le monde avancé. Par contre, des gouvernements qui ont mis en place des régimes universels accompagnés de politique d'achat centralisé, comme celui de la Nouvelle-Zélande, se distinguent par les prix de médicaments les plus bas. C'est sur la base de ces constats que l'Union des consommateurs propose pour le Québec un régime public universel d'assurance médicaments (Union des consommateurs, 2009) qui serait à même d'accorder à tous un accès raisonnable et équitable aux médicaments, peu importe la condition financière, l'âge ou l'état de santé, tout en étant bénéfique pour le budget des particuliers, des entreprises et des administrations publiques. Les seuls perdants, nous dit l'Union des consommateurs, seraient les compagnies d'assurance.

11. Gabriel TREMBLAY. Op.cit.

L'idée a récemment été reprise sous la forme du projet de loi 598<sup>12</sup> qui « institue une personne morale, mandataire de l'État, sous le nom de « Pharma-Québec » dont la mission est d'assurer l'approvisionnement en médicaments au plus bas coût possible pour la population et l'ensemble des établissements de santé du Québec et de fournir un accès équitable et raisonnable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes, tout en assurant la qualité et la sécurité des produits selon les recommandations du programme d'évaluation clinique et pharmacoéconomique des médicaments mis en place par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. » L'idée nous apparaît pertinente et mérite d'être explorée davantage.

Dans cette perspective, on peut maintenant s'appuyer sur une étude récente (Marc-André Gagnon, 2011) qui établit qu'un régime public universel d'assurance médicaments pour tous les Canadiens pourrait réduire de 10 % à 42 % – soit jusqu'à 10,7 milliards de dollars – les dépenses en médicaments d'ordonnance, selon différents scénarios de relaxation de la politique industrielle visant l'industrie pharmaceutique. Commanditée par le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) et l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), l'étude fait bien ressortir les avantages budgétaires majeurs que représenteraient une politique du médicament renouvelée et un régime public universel. Selon le scénario 2 établi dans cette étude (mise en place d'un régime universel et élimination de la règle des 15 ans), la réalisation de ces mesures entraînerait une diminution nette des coûts de médicaments de près de trois milliards pour l'ensemble des Canadiens, en plus d'économies supplémentaires de 1,5 milliard \$, découlant principalement de la fin des subventions fiscales octroyées aux assurances privées dans le système actuel. En considérant la part des dépenses en médicaments prescrits du Québec à 26,75 % (ICIS, 2012), ce scénario représente une diminution des coûts d'un peu plus de 1 milliard \$ annuellement.

## Bibliographie

BOURQUE, Gilles. *Les enjeux du vieillissement. Partie 2. Les impacts socioéconomiques*, Note d'intervention de l'IRÉC no 17, avril 2012, 7 p. [<http://www.irec.net/index.jsp?p=76>].

GAGNON, Marc-André Gagnon avec la collaboration de Guillaume HÉBERT. *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) et Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), 2011, 94 p. [[http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/argumentaire\\_economique\\_pour\\_un\\_regime\\_universel\\_d8217assurance-medicaments](http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/argumentaire_economique_pour_un_regime_universel_d8217assurance-medicaments)].

GAGNON, Marc-André, « L'aide financière à l'industrie pharmaceutique québécoise : le jeu en vaut-il la chandelle? » *Revue Interventions économiques*, no 44, 2012, 17 p. [<http://interventionseconomiques.revues.org/1611>].

GIBEAU, Élisabeth. « L'évolution des dépenses en médicaments au Québec : sous contrôle, à quelles conditions? », 2011. *Revue Vie économique*, volume 3, numéro 2, septembre 2011, 9 p. [<http://www.eve.coop/?a=109>].

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Dépenses en médicaments au Canada, 1985-2011*, 2012. [<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1761>]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *La politique du médicament*, 2007, 80 p. [<http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f1331768c96d1b918525726f006c7e5f?OpenDocument>].

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE LINNOVATION ET DE L'EXPOR-TATION (MDÉIE). *Stratégie biopharmaceutique québécoise*, Québec, 2009, 38 p. [[http://www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/sites/bio2010/fr/environnement\\_biopharma.html](http://www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/sites/bio2010/fr/environnement_biopharma.html)].

MONTALBAN, Matthieu. *Financiarisation, dynamiques des industries et modèles productifs : une analyse institutionnaliste du cas de l'industrie pharmaceutique*, thèse pour le doctorat ès sciences économiques, Université Montesquieu - Bordeaux IV, 2007, 571 p. [<http://gretha.u-bordeaux4.fr/montalban-matthieu-presentation>].

UNION DES CONSOMMATEURS. *Pour un régime public universel d'assurance-médicaments au Québec*, juin 2009, 26 p. [<http://uniondesconsommateurs.ca/nos-comites/sante/rapports-et-memoires/pour-un-regime-dassurance-medicaments-entierement-public/>].

12. ASSEMBLÉE NATIONALE. *Projet de loi no 598. Loi instituant Pharma-Québec*, Éditeur officiel du Québec, 12 juin 2012, 15 p. [<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-598-39-2.html>]



Numéro 20/Août 2012  
Institut de recherche en économie contemporaine (IREC)  
1030, rue Beaubien Est, bureau 103  
Montréal, Québec H2S 1T4  
514 380-8916/Télécopieur : 514 380-8918  
secretariat@irec.net/ [www.irec.net](http://www.irec.net)  
Dépôt légal à la Bibliothèque nationale du Québec

Les Notes d'intervention de l'IREC visent à contribuer au débat public et à jeter un éclairage original sur les questions d'actualité. Elles s'appuient sur les recherches scientifiques menées par les équipes de chercheurs et de chercheuses de l'IREC.