

Le remboursement des médicaments : le Québec

par Ken Monteith

INTRODUCTION

Pour comprendre la question de l'accessibilité des médicaments au Québec, il faut d'abord comprendre le fonctionnement du régime d'assurance médicaments public de la province. Depuis 1997, tous les résidents du Québec doivent être couverts par une assurance médicaments. Ceux et celles qui n'ont pas accès à un régime privé (régime d'assurance collective) par le biais de leur employeur, leur association professionnelle, leur conjoint(e) ou leurs parents, doivent s'inscrire au régime public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Pour des raisons qui se rapportent aux compétences particulières des gouvernements, les employés du fédéral et les personnes couvertes par la direction de la Santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ne sont pas couverts par les règlements de l'assurance médicaments québécoise.

LE RÉGIME PUBLIC

Les personnes couvertes par le régime public doivent payer une prime annuelle, qu'elles achètent des médicaments ou non. Si elles doivent acheter des médicaments, elles ne paient qu'une portion des coûts de ces derniers ; il s'agit de leur contribution. Celle-ci consiste en une franchise et une coassurance. La franchise est la première portion des frais de médicaments mensuels de l'assuré, alors que la coassurance est un pourcentage des frais de médicaments qui excèdent la franchise. Lorsqu'une personne atteint sa contribution mensuelle

maximale, aucuns frais supplémentaires ne sont exigibles. Le tableau suivant résume les détails du régime en ce qui a trait aux adultes âgés de 18 à 64 ans. Il faut noter que les règlements s'appliquant aux aînés (65 et plus) peuvent différer de ceux indiqués dans le tableau ci-dessous.

Contrairement aux autres provinces, le Québec ne participe pas au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). La province a son propre processus d'examen des médicaments qui se déroule sous l'égide du Conseil du médicament ; ce dernier fonctionne indépendamment du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce conseil examine les demandes d'inclusion sur la liste de médicaments en fonction d'un horaire préétabli et publie des mises à jour trois fois par an.

La couverture est garantie sans restrictions pour tous les médicaments d'ordonnance figurant dans la section générale de la liste de médicaments du Québec. Cette section inclut une large gamme de médicaments couvrant la plupart des problèmes médicaux. À trois exceptions près, tous les antirétroviraux approuvés pour le traitement du VIH au Canada sont couverts en vertu de la section générale. Plusieurs médicaments d'exception apparaissent dans une section spéciale de la liste de médicaments. L'enfuvirtide (Fuzeon, T-20) en est un exemple. Ce dernier est qualifié de médicament d'exception parce que certaines conditions se rapportant à l'état de santé et aux antécédents de traitement du patient doivent être respectées pour que le remboursement soit approuvé. Aptivus et Prezista sont deux médicaments anti-VIH qui ont récemment reçu le feu vert de Santé Canada. Le Conseil du médicament examine actuellement des demandes visant l'inclusion de ces derniers sur la prochaine liste de médicaments.

Lorsqu'un médicament en particulier n'est pas couvert ou qu'il n'est couvert que partiellement par l'assurance médicaments, le patient risque d'encourir des frais additionnels. Par exemple, lorsqu'il existe une version générique d'un médicament donné, le niveau de remboursement du médicament d'origine ne peut dépasser le prix de la version générique. Ainsi, les versions gastro-résistantes (et plus chères) de certains médicaments sont remboursées selon les mêmes

suite à la page suivante

Tableau : Le régime public

Catégories d'assurés	Prime annuelle	Franchise mensuelle	Co-assurance	Contribution mensuelle maximale
Prestataires de l'assistance-emploi avec contraintes sévères à l'emploi	0 \$	0 \$	0 %	0 \$
Prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi	0 \$	8,33 \$	25 %	16,66 \$
Autres adultes âgés de 18 à 64 ans	De 0 \$ à 538 \$ (selon le revenu familial net)	12,10 \$	29 %	73,42 \$

Le remboursement des médicaments : le Québec

suite de la page 6

critères que les formulations régulières, à moins d'une autorisation spéciale de la RAMQ.

LES RÉGIMES PRIVÉS

Conformément à la loi et aux règlements se rapportant aux régimes d'assurance médicaments, tous les régimes privés doivent couvrir au minimum tous les médicaments figurant sur la liste de médicaments de la RAMQ, et leur taux de coassurance ne peut dépasser 29 %. Lorsque les assurés ont déboursé leur contribution annuelle maximale fixée par la RAMQ, leur régime privé est obligé de couvrir l'intégralité des frais de médicaments engagés durant le reste de l'année. La contribution annuelle maximale, qui est révisée chaque année, est fixée à 881 \$ depuis le 1er juillet 2006. Cette dernière correspond à la contribution mensuelle maximale, à savoir 73,42 \$, multipliée par 12.

Lorsque la loi a été introduite en 1997, les groupes communautaires se sont battus pour s'assurer que la contribution des patients soit calculée sur une base mensuelle. Cette lutte a réussi en ce qui a trait au régime public. Cependant, les mêmes dispositions ne s'appliquent pas aux personnes couvertes par une assurance médicaments collective. Par conséquent, ces dernières risquent de se voir obligées de verser leur contribution maximale annuelle (franchise et coassurance) durant les trois ou quatre premiers mois de l'année avant d'être admissibles à une couverture intégrale durant le reste de l'année.

QUESTIONS EN SUSPENS

● *La couverture des médicaments d'exception par les régimes d'assurance collective.* Pour les personnes couvertes par un régime d'assurance public, il suffit de suivre un processus bien défini pour demander le remboursement d'un médicament d'exception : le médecin qui prescrit le médicament doit remplir un formulaire décrivant l'état médical qui, selon lui, justifie son choix de médicament ; ensuite, la RAMQ décide si le patient est admissible au remboursement. Ce processus se déroule habituellement avant le premier achat du médicament en question. Un tel processus n'a pas été défini pour les assureurs privés. Par conséquent, certains patients sont obligés d'engager des frais additionnels. Cette lacune doit être corrigée.

● *Les questions relatives au remboursement des personnes couvertes par un régime privé.* Contrairement à ce qui se passe en vertu du régime public, peu de régimes privés permettent aux assurés de ne déboursé que leur contribution à la pharmacie. La plupart des

assureurs privés exigent que les patients paient leur facture dans son intégralité au moment de l'achat et les remboursent par la suite.

● *Le respect de la confidentialité dans les régimes d'assurance collective gérés par les employeurs.* Les personnes qui présentent à leur employeur une demande de remboursement de frais de médicaments s'exposent à la possibilité que leur statut soit divulgué sur leur lieu de travail, à moins que des normes de confidentialité fiables ne soient respectées. Les employés peuvent éviter ce genre de problème en traitant directement avec leur compagnie d'assurance. Cependant, le bilan des demandes d'indemnisation que présente régulièrement l'assureur à l'employeur peut aussi être problématique à cet égard ; même si le bilan ne contient pas de nom, il peut servir à identifier les employés qui réclament le remboursement de frais de médicaments élevés. Cela est notamment le cas dans les petites compagnies.

● *La discrimination en matière d'emploi à l'endroit des personnes recevant des traitements contre le VIH-sida.* Les coûts découlant d'un traitement antirétroviral risquent d'être perçus comme un fardeau excessif pour le régime d'assurance collective d'un employeur. Dans une petite compagnie, l'assurance médicaments risque de devenir trop chère pour l'employeur, ce qui peut mettre la couverture de tous en danger. Une telle situation risque de devenir un motif de discrimination durant le processus d'embauche.

● *Les augmentations de coûts applicables aux personnes couvertes par le régime public.* Chaque année, le gouvernement provincial augmente à la fois la prime annuelle et le montant de la coassurance du régime d'assurance médicaments. Les coûts élevés du régime public pourraient être attribuables au fait que les personnes les moins en santé de la société ont tendance à être couvertes par le régime public, alors que les assureurs privés couvrent majoritairement des personnes bien portantes. Une solution à ce problème consisterait à rendre le régime public universel afin que tous les employés en bonne santé puissent contribuer à subventionner la couverture des médicaments pour tous.

CONCLUSION

Bien qu'il reste des problèmes à résoudre en ce qui concerne l'accès aux médicaments au Québec, le système actuel assure aux résidents de la province une large couverture de presque tous les médicaments dont ils pourraient avoir besoin et ce, à des coûts qui sont ajustés en fonction de leur revenu. ■

Ken Monteith est directeur général de sida bénévoles Montréal (ACCM) et représentant de la COCQ-Sida au Conseil du CCSAT. Son diagnostic de sida a été posé en 1997.

Références

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Web de la RAMQ à l'adresse : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml>