

## NOTE

**AUX ASSURÉS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
GROUPES 96774, 96775, 96776 ET 96777**

**OBJET : MÉDICAMENT D'EXCEPTION ET PATIENT D'EXCEPTION  
INFORMATIONS ET PROCÉDURE DE RÉCLAMATION**

### **Le médicament d'exception**

Au Québec, le régime public d'assurance médicaments, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), couvre, à certaines conditions, des médicaments à titre de « médicaments d'exception ». Selon les dispositions législatives en vigueur, les assureurs privés doivent minimalement rembourser, selon les critères dictés par la Régie, les médicaments d'exception couverts par la RAMQ.

Selon la définition du Conseil du médicament du Québec, le médicament d'exception est un médicament « ... dont le coût est couvert par le régime général dans les cas, aux conditions ou pour les indications thérapeutiques que le ministre détermine par règlement... ».

Les critères d'admissibilité utilisés par la Régie pour rembourser un médicament d'exception sont les suivants :

- le médicament doit être utilisé pour des indications thérapeutiques reconnues par le Conseil du médicament ;
- le médicament est jugé efficace pour des indications restreintes où ni son efficacité, ni le coût du traitement ne justifient son utilisation habituelle et continue pour d'autres indications ;
- le médicament n'offre pas d'avantages thérapeutiques justifiant un coût plus élevé que les autres produits de la liste du régime général possédant les mêmes propriétés pharmacothérapeutiques lorsque ceux-ci sont contre-indiqués, rendus inefficaces ou non tolérés compte tenu de la condition clinique du patient.

### **Le patient d'exception**

Le programme du patient d'exception du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ rembourse, à certaines conditions et de façon exceptionnelle, des médicaments

non inscrits sur la Liste des médicaments du régime public ainsi que des médicaments d'exception prescrits pour une indication thérapeutique autre que celle recommandée.

Chaque demande fait l'objet d'une évaluation basée sur un ensemble de critères et de circonstances dont, entre autres, les éléments suivants :

- le médicament constitue un traitement de dernier recours, c'est-à-dire si aucun autre traitement pharmacologique inscrit sur la Liste des médicaments ou aucun traitement médical assuré en vertu de la Loi sur l'assurance ne peut être envisagé ;
- le médicament traite une condition médicale grave, c'est-à-dire dont les conséquences nuisent à la santé d'une manière importante, telle une atteinte fonctionnelle physique ou psychologique majeure pouvant exiger le recours répété à l'hospitalisation ou à des services de santé ;
- l'atteinte fonctionnelle physique est immédiate ou prévisible à brève échéance ou lorsque l'atteinte fonctionnelle psychologique est immédiate ;
- le médicament traite une condition médicale chronique, une complication ou une manifestation grave, une telle condition ou encore une infection aiguë grave ;
- le médicament est requis en soins palliatifs ambulatoires au cours de la phase terminale d'une maladie mortelle.

Un assureur privé utilise, comme base d'évaluation, des critères semblables à ceux utilisés par la RAMQ. Toutefois, chaque cas est unique et fait l'objet d'une étude de dossier approfondie et de consultations auprès des médecins et pharmaciens-conseils de l'assureur.

### **Procédure de réclamation**

Une demande de remboursement auprès de l'assureur pour considération de « médicament d'exception » ou de « patient d'exception » doit d'abord faire l'objet d'une recommandation du médecin traitant. Le médecin traitant peut utiliser le formulaire prescrit par la RAMQ pour ce type de demande.

La demande fera l'objet d'une évaluation basée sur les informations fournies par le médecin traitant sur la condition du patient.

S'il advenait que le médecin traitant prescrive un médicament d'exception sans joindre le formulaire prescrit par la Régie, l'assureur transmettra à l'assuré un formulaire à remplir par le médecin traitant avant de procéder à l'étude du dossier.

Les listes de médicaments couverts, ainsi que les procédures d'évaluation des assureurs, peuvent être plus généreux et moins restrictifs que ceux de la RAMQ lorsque, par exemple, le coût de l'évaluation ne justifie pas le prix qu'en coûte le médicament.