

**Présentation individuelle : Comité permanent de la santé (HESA) de la
Chambre des communes concernant le programme national
d'assurance-médicaments**

**Deux options pour le programme national
d'assurance-médicaments**

Le 16 novembre 2017

Gregory P. Marchildon, Ph. D.

Directeur, Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé
Professeur et chaire de recherche de l'Ontario en politique de la santé et conception
de systèmes de santé

Faculté de médecine et Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la
santé, Université de Toronto

Pavillon des sciences de la santé, 155, rue College, bureau 425

Toronto (Ontario) M5T 3M6

greg.marchildon@utoronto.ca

Introduction

Le Comité permanent du Parlement sur la santé a reçu un nombre considérable de témoignages concernant les avantages d'un programme national d'assurance-médicaments en vue d'aborder les inégalités actuelles liées à l'accès aux traitements pharmacologiques sur ordonnance. En ce qui a trait à un modèle visant à réduire le prix que les Canadiens paient pour les médicaments sur ordonnance et à limiter les dépenses administratives, la plupart des témoins appuient un modèle à payeur unique au lieu d'un modèle mixte public-privé, car ce modèle peut entraîner des économies annuelles qui se situent entre 1 et 2 milliards de dollars (Morgan et coll. 2015).

En même temps, il n'y a eu pratiquement aucun témoignage devant le Comité quant à la gouvernance et la structure administrative qu'un programme d'assurance-médicaments à payeur unique pourrait supposer au Canada. Le présent mémoire a pour objet d'étudier deux options possibles aux fins d'un régime national d'assurance-médicaments. La première option consiste en un programme fondé sur 13 programmes provinciaux-territoriaux à payeur unique dans le cadre d'un ensemble de normes nationales, y compris un formulaire pancanadien. La deuxième option consiste en un programme fédéral unique qui s'applique à l'ensemble des Canadiens.

Les deux options et leurs conséquences respectives sont décrites ci-dessous. Aucune des deux options ne peut être considérée manifestement préférable en ce qui a trait aux politiques ou plus facile à réaliser sur le plan politique. Chaque option comporte divers avantages et inconvénients. Toutefois, le fait de présenter les deux options permet de préciser certains compromis liés à la sélection d'une approche par rapport à une autre.

Option 1 : Programmes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le cadre de normes nationales

Cette option est la plus familière, parce qu'elle respecte la logique et la structure de base du régime d'assurance-maladie au Canada. Dans le cadre des normes nationales globales établies au moyen des cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé*, chaque province ou territoire gère un programme universel d'hospitalisation et d'assurance-maladie à payeur unique. Le gouvernement fédéral exécute la *Loi canadienne sur la santé* dans le cadre du soutien financier qu'il fournit aux provinces et territoires à l'aide du Transfert canadien en matière de santé. En théorie, une partie de ces transferts peut être retenue dans des situations où les provinces ou territoires ne respectent pas les cinq critères ainsi que l'interdiction relative à la surfacturation des médecins ou aux frais modérateurs des établissements.

Tout comme pour le programme universel d'assurance-hospitalisation, présenté dans les années 1950, et le programme universel d'assurance-maladie, dans les années 1960, il y aurait probablement des négociations entre le gouvernement

fédéral et les provinces et territoires afin de déterminer leur intérêt respectif dans un tel programme, et les 14 gouvernements examineraient une proposition en fonction de ses principes de base, son architecture et ses accords fiscaux. Le gouvernement fédéral serait vraisemblablement responsable de préparer une proposition initiale.

Si les négociations s'avèrent un succès, le gouvernement fédéral pourrait ensuite présenter un ensemble de normes nationales liées à des transferts de financement à frais partagés ou des transferts en bloc aux provinces et territoires qui respectent les exigences en matière d'admissibilité. À titre subsidiaire, le gouvernement fédéral pourrait modifier la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure les traitements pharmacologiques sur ordonnance en consultation externe nécessaires sur le plan médical (les traitements pharmacologiques sur ordonnance pour patients hospitalisés sont déjà inclus dans les services hospitaliers nécessaires sur le plan médical). Dans les deux cas, la nouvelle Loi sur l'assurance-médicaments ou la *Loi canadienne sur la santé* modifiée devra être adoptée au Parlement. Cette loi permettrait également d'établir la date de début de la mise en œuvre.

De façon similaire à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) originale ou à la *Loi sur les soins médicaux* (1966), le gouvernement fédéral aurait les options suivantes : 1) demande un nombre minimal de provinces et territoires comme condition préalable pour faire progresser le programme d'assurance-médicaments; 2) demander (ou ne pas demander) un accord bilatéral de responsabilité officiel entre le gouvernement du Canada et chaque province et territoire sur les responsabilités précises de chaque gouvernement envers un autre gouvernement (Marchildon 2016); 3) établir tous les échéanciers possibles pour les provinces et territoires afin de respecter les exigences fédérales aux fins d'admissibilité aux frais partagés du fédéral ou au transfert en bloc.

Le temps requis pour que les provinces et territoires (et peut-être le gouvernement fédéral lui-même¹) passent des régimes publics d'assurance-médicaments, qui ont été conçus pour aider les personnes n'ayant pas les avantages d'une assurance privée, aux régimes d'assurance-médicaments à payeur unique complets pourrait être important. À l'aide de l'exemple de l'Ontario, qui a subi d'importantes percées de l'assurance-maladie privée au moment de présenter le programme universel d'assurance-hospitalisation à la fin des années 1950 et le programme universel d'assurance-maladie à la fin des années 1960, il faudra attendre au moins deux ans pour mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments dans lequel l'accès est établi en fonction de « modalités uniformes » comme le stipule actuellement la *Loi canadienne sur la santé*.

¹ Le gouvernement fédéral devra reformuler ses propres régimes publics d'assurance-médicaments, y compris la couverture offerte aux personnes issues des collectivités inuites et des Premières Nations admissibles en vertu des programmes de Services de santé non assurés.

Le Québec est la province dans laquelle la transition vers un régime à payeur unique serait la plus difficile. Il s'agit de la seule province qui oblige l'acquisition subventionnée d'une assurance privée (par l'employeur) pour la couverture des médicaments au lieu de fournir une couverture directe comme c'est le cas dans d'autres provinces et territoires. En effet, le gouvernement du Québec possède un régime à payeurs multiples, qui devra probablement être éliminé afin de créer un régime à payeur unique et d'assurer une conformité à toute norme nationale acceptée.

Une des principales difficultés des négociations serait l'établissement d'un formulaire national unique. Étant donné que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires exécuteraient leur propre régime d'assurance-médicaments à payeur unique, ils demeureraient responsables sur le plan juridique de leurs formulaires respectifs. La seule façon de créer un formulaire unique, obligatoire et pancanadien dans ces circonstances est au moyen d'une entente intergouvernementale ou d'une décision d'Ottawa visant à faire en sorte que le formulaire national devienne une condition d'admissibilité.

Le véhicule institutionnel de cette entente sur un formulaire national pourrait être un organisme intergouvernemental mis sur pied par le gouvernement fédéral et les provinces et territoires, qui serait responsable d'établir et de mettre à jour le formulaire unique pour les 14 gouvernements. Cela exigerait que chaque gouvernement renonce volontairement à une certaine souveraineté et à un certain contrôle à l'égard de cet organisme pancanadien indépendant. Comme cet organe intergouvernemental n'aurait aucun pouvoir législatif, le formulaire constituerait une recommandation stratégique pouvant ensuite être adoptée par les 14 gouvernements respectifs au titre d'une loi et d'un règlement. Toute province et tout territoire qui refuserait d'adopter la recommandation pourrait faire l'objet d'un retrait de son transfert fédéral du gouvernement du Canada.

Option 2 : Programme fédéral d'assurance-médicaments

Étant donné le parcours de l'assurance-maladie au Canada, on propose rarement l'option d'un programme d'assurance-médicaments financé, administré, réglementé et offert par le gouvernement du Canada. Cependant, il existe au moins deux bonnes raisons d'envisager cette option. D'une part, contrairement aux autres domaines, comme les soins hospitaliers et médicaux, où les provinces assument la responsabilité, le gouvernement fédéral a fermement compétence lorsqu'il s'agit de médicaments ordonnance en consultation externe (Marchildon 2007). Il exerce déjà un contrôle sur les médicaments au moyen de diverses méthodes, dont le droit de mettre en marché tout médicament d'ordonnance au Canada à l'aide du contrôle réglementaire de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada, la protection des brevets des médicaments d'ordonnance en vertu de la *Loi sur les brevets* fédérale et la réglementation des prix des médicaments brevetés de marque ainsi que la surveillance des prix des médicaments brevetés et génériques au

Canada au moyen d'un tribunal fédéral quasi judiciaire, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

D'autre part, il y a la faisabilité politique. Le financement et la gestion des régimes d'assurance-médicaments des provinces et territoires coûtent cher. Bien entendu, la majorité des provinces et territoires accueilleraient un allègement de ce fardeau afin d'obtenir une marge de manœuvre budgétaire et de se concentrer sur d'autres priorités urgentes. Dans les faits, au cours de la réunion du Conseil de la fédération à l'été 2004, les premiers ministres ont demandé au gouvernement fédéral « d'assumer la pleine responsabilité d'un régime d'assurance-médicaments général pour tous les Canadiens » (Conseil de la fédération 2004). Au lieu d'entreprendre des négociations sur un programme d'assurance-médicaments à payeur unique, le gouvernement fédéral a choisi d'exécuter une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques très modeste et il s'est concentré sur l'augmentation des transferts fédéraux en santé en vue de soutenir d'autres domaines des soins de santé (Lazar et coll. 2013).

Dans ce cas, le formulaire national serait un formulaire fédéral légiféré et réglementé uniquement par le gouvernement fédéral. Cela permettrait à un organisme fédéral de mener des analyses cliniques et axées sur la rentabilité afin de déterminer les médicaments d'ordonnance qui devraient et ne devraient pas faire partie du formulaire. Cet organisme fédéral bénéficierait de pouvoirs législatifs dont ne bénéficie pas l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), organisme intergouvernemental qui fonctionne de manière consensuelle parmi 12 provinces et territoires (le Québec n'est pas membre de l'ACMTS) et le gouvernement fédéral. Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de cet organisme national, aurait un pouvoir de négociation considérable dans toute négociation avec l'industrie pharmaceutique, ce qui entraînerait des rabais importants dans le prix des médicaments d'ordonnance sur le formulaire.

Observations et conclusion

Le présent mémoire n'avait pas pour objet de recommander une option plutôt qu'une autre, mais bien d'indiquer simplement, de la façon la plus large possible, quelques-uns des avantages et des inconvénients de chaque option. La première permet l'intégration de l'assurance-médicaments dans les systèmes d'assurance-maladie existants, ce qui représente un point important à prendre en considération, compte tenu de la couverture universelle des médicaments sur ordonnances des patients hospitalisés. Cette option est également fondée sur une approche bien connue, du moins sur le plan historique, et il s'agira probablement de l'option avec laquelle les Canadiens seront le plus à l'aise. La deuxième option offre une mise en œuvre plus rapide de l'assurance-médicaments et d'un formulaire national. Cette option crée également la possibilité d'un pouvoir de négociation accru du gouvernement avec l'industrie pharmaceutique à l'avenir.

Dans les deux cas, il reste la question du retrait du Québec. Cette question a été mentionnée dans le communiqué du Conseil de la fédération des premiers ministres en 2004 où, dans le cadre de l'offre visant à faire en sorte que le gouvernement fédéral assume la responsabilité de la couverture des médicaments, nous avons également demandé au gouvernement fédéral de fournir une compensation au Québec pour son régime d'assurance-médicaments (Conseil de la fédération 2004). Cela entraînera une exception majeure en matière de politique pour le régime à payeurs multiples du Québec, dans l'une ou l'autre des versions d'un régime canadien d'assurance-médicaments, en fonction du principe de payeur unique (option 1 ou 2).

Il existe une autre option. Le gouvernement fédéral pourrait offrir une compensation au Québec si la province établit un régime uniforme comportant des normes nationales à l'option 1 et le régime fédéral d'assurance-médicaments à l'option 2. Le parallèle serait la solution du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec qui a été élaborée au milieu des années 1960 (Marchildon 2006). Au-delà de l'accord du Québec de se dégager des responsabilités liées à un régime d'assurance-médicaments et des coûts pour le gouvernement fédéral, cette solution serait probablement la seule solution viable au problème stratégique créé en ayant deux approches stratégiques conflictuelles relativement à la couverture des médicaments au Canada.

Il faut également reconnaître que le régime national d'assurance-médicaments, peu importe sa forme, aborde le problème de l'accès incohérent et inadéquat aux traitements pharmacologiques sur ordonnance au Canada. Il s'agit des problèmes non réglés de l'assurance-maladie. De plus, en raison du fait que les problèmes liés à une couverture inadéquate ont connu une croissance au fil du temps et qu'ils devraient être accentués par le déclin de la durabilité des régimes d'assurance-médicaments privés dans les régimes d'avantages sociaux des employés et l'instauration de médicaments spécialisés qui seront plus spécialisés et plus chers à l'avenir, le besoin d'un régime national d'assurance-médicaments ne pourra que croître. Au cours de la prochaine étape, nous devrions schématiser les deux options en détail afin de déterminer celle qui sera la plus efficace et acceptable pour le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et la population du Canada. Nous espérons être allés au-delà de la question de savoir si un régime d'assurance-médicaments est nécessaire afin de déterminer la meilleure façon de mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments.

Références

Conseil de la fédération (2004). *Communiqué – Plan d'action des premiers ministres pour améliorer les soins de santé : résoudre les problèmes dans l'esprit du véritable fédéralisme*, Niagara-on-the-Lake, le 30 juillet 2004. Consulté le 24 octobre 2017 à : <http://www.scics.ca/fr/product-produit/news-release-premiers'-action-plan-for-better-health-care-resolving-issues-in-the-spirit-of-true-federalism/>.

Lazar H, J.N. Lavis, P.G. Forest et J. Church éd. (2013). *Paradigm freeze: Why it is so hard to reform health-care policy in Canada*. Kingston : McGill-Queen's University Press for Institute of Intergovernmental Relations, School of Policy Studies, Université Queen's.

Marchildon G.P. (2006). *Federal Pharmacare: prescription for an ailing federation?* *Inroads, The Canadian Journal of Opinion* 18 : 94-108.

Marchildon G.P. (2016). *Bilateral health agreements between the federal and provincial/territorial governments in Canada*. Montréal : Institut de recherche en politiques publiques, IRPP Insight N° 13.

Morgan S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw et J. Lexchin (2015). *Pharmacare 2020 : The future of drug coverage in Canada*. Vancouver : Collaboration en matière de recherche sur les politiques pharmaceutiques, The University of British Columbia.