



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

UN RÉGIME D'ASSURANCE- MÉDICAMENTS UNIVERSEL POUR TOUS LES CANADIENS : UNE NÉCESSITÉ

Rapport du Comité permanent de la santé

Bill Casey, le président

AVRIL 2018
42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : www.noscommunes.ca

**UN RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS
UNIVERSEL POUR TOUS LES CANADIENS :
UNE NÉCESSITÉ**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

**Le président
Bill Casey**

AVRIL 2018

42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

AVIS AU LECTEUR

Rapports de comités présentés à la Chambre des communes

C'est en déposant un rapport à la Chambre des communes qu'un comité rend publiques ses conclusions et recommandations sur un sujet particulier. Les rapports de fond portant sur une question particulière contiennent un sommaire des témoignages entendus, les recommandations formulées par le comité et les motifs à l'appui de ces recommandations.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENT

Bill Casey

VICE-PRÉSIDENTS

Marilyn Gladu

Don Davies

MEMBRES

Ramez Ayoub

Ron McKinnon

Bill Blair*

John Oliver

Doug Eyolfson

Sonia Sidhu

Ben Lobb

Len Webber

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Gary Anandasangaree

Joël Lightbound

Gordon Brown

Elizabeth May

Colin Carrie

Marc Miller

Pierre-Luc Dusseault

Pierre Nantel

Colin Fraser

Robert Oliphant

Fayçal El-Khoury

Pierre Paul-Hus

Nathaniel Erskine-Smith

L'hon. Pierre Poilievre

Peter Fragiskatos

Brigitte Sansoucy

Randall Garrison

Marc Serré

Rachael Harder

Darshan Singh Kang

Kamal Khera

L'hon. Hunter Tootoo

Tom Kmiec

Nick Whalen

Michael Levitt

* Membre sans droit de vote, conformément à l'article 104(5) du Règlement.

GREFFIERS DU COMITÉ

David Gagnon

Marie-Hélène Sauvé

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Karin Phillips, analyste

Marlisa Tiedemann, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

QUATORZIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	3
UN RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS UNIVERSEL POUR TOUS LES CANADIENS : UNE NÉCESSITÉ.....	9
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET CONTEXTE	13
QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS?.....	13
RÔLES DES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN MATIÈRE DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE AU CANADA.....	14
COLLABORATION ENTRE LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN MATIÈRE DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE AU CANADA.....	17
A. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	18
B. Alliance pancanadienne pharmaceutique.....	19
C. Institut canadien d'information sur la santé	19
SURVOL DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS AU CANADA.....	21
A. Régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments.....	22
1. Régimes de couverture des médicaments onéreux	22
2. Régimes publics d'assurance-médicaments s'adressant à la population générale	22
i. Régime public d'assurance-médicaments du Québec.....	23
ii. Régime de l'Alberta	23
iii. Régime d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick.....	23

iv. Régime de couverture des médicaments génériques de l'Île-du-Prince-Édouard.....	24
3. Régimes ciblés de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance.....	24
B. Régimes d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral	24
1. Programme des services de santé non assurés du ministère des Services aux Autochtones	25
2. Programme des avantages pour soins de santé d'Anciens Combattants Canada	26
3. Programme de prestations pharmaceutiques des Forces armées canadiennes.....	26
4. Programme fédéral de santé intérimaire d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.....	27
5. Régime des soins de santé de la fonction publique	27
6. Service correctionnel du Canada.....	27
C. Régimes privés d'assurance-médicaments	28
APERÇU DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS AU CANADA.....	29
A. Dépenses globales au Canada en médicaments délivrés à l'extérieur des hôpitaux	29
1. Dépenses du secteur public.....	29
2. Dépenses du secteur privé	30
i. Variations régionales dans les dépenses en médicaments sur ordonnance délivrés à l'extérieur des hôpitaux.....	32
ii. Variations régionales dans les dépenses en médicaments prescrits selon le groupe d'âge	34
iii. Fardeau financier que représentent les dépenses en médicaments prescrits pour les ménages, selon le revenu	37
B. Tendances actuelles en matière de dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance au Canada	38
COMMENT LE CANADA SE COMPARE-T-IL AUX AUTRES PAYS?	40

PARTIE II : DÉFIS TOUCHANT LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE AU CANADA.....	45
A. Écart dans la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance.....	45
B. Variation dans les formulaires pharmaceutiques des différents régimes de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance.....	50
C. Gestion des coûts croissants des médicaments délivrés sur ordonnance.....	53
1. Alliance pancanadienne pharmaceutique	53
2. Pratiques du marché dans le secteur pharmaceutique	56
3. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.....	58
4. Remplacement par des médicaments génériques.....	59
5. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	60
6. Institut canadien d'information sur la santé	63
D. Le fardeau croissant des régimes privés d'assurance-médicaments sur les employeurs et les employés	64
E. Prescriptions inappropriées	65
LEÇONS À TIRER DE L'EXPÉRIENCE D'AUTRES PAYS	66
A. Le Régime de prestations pharmaceutiques de l'Australie	66
B. La Pharmaceutical Management Agency de la Nouvelle-Zélande.....	67
C. Le régime national suédois d'assurance-médicaments.....	69
D. Les Pays-Bas.....	70
PARTIE III : PROCHAINES ÉTAPES : ENJEUX ET OPTIONS	73
A. Options stratégiques	73
1. Un régime public universel d'assurance-médicaments	73
2. Réforme des régimes publics et privés actuels d'assurance-médicaments	78
B. Principaux éléments à prendre en considération pour la suite	79
1. Coûts et économies potentiels d'un régime d'assurance-médicaments national	80

2. Questions de compétence	85
3. Mécanismes de financement.....	88
4. Conséquences sur le secteur privé	90
5. Le point de vue des patients	91
6. Besoins des groupes de clients fédéraux	92
7. Différences hommes-femmes.....	92
 OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	 95
RECOMMANDATIONS.....	97
 Annexe A : Régimes provinciaux et territoriaux de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance	 103
Annexe B : Liste des témoins	121
Annexe C : Liste des mémoires.....	129
Demande de réponse du gouvernement.....	131
Opinion dissidente du Parti conservateur du Canada.....	133
Opinion complémentaire du Nouveau Parti démocratique du Canada.....	139

RÉSUMÉ

Contrairement à la plupart des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada n'a pas de programme national d'assurance-médicaments, c'est-à-dire de régime unique et public de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance. Les Canadiens sont plutôt couverts par un ensemble disparate de régimes publics et privés d'assurance-médicaments. Dans le contexte actuel, on estime que plus d'un Canadien sur cinq ne se procure pas les médicaments dont il a besoin en raison des coûts¹. En outre, la capacité du Canada à gérer le coût des produits pharmaceutiques sur ordonnance est défectueuse comparativement à celle d'autres pays. En 2015, les dépenses du Canada en médicaments par habitant étaient parmi les plus élevées des 29 pays de l'OCDE, se situant au troisième rang derrière les États-Unis et la Suisse². Ces problèmes risquent d'aller en s'aggravant, compte tenu du nombre de plus en plus élevé de médicaments spécialisés coûteux qui sont utilisés pour soigner des maladies chroniques complexes.

Reconnaissant toute l'importance que revêt la question pour les Canadiens, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le Comité) a convenu d'entreprendre une étude sur l'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments en tant que service de santé assuré, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, et d'en faire rapport à la Chambre³. Dans le cadre de l'étude, les témoins ont dit au Comité qu'une sérieuse réforme des divers régimes publics et privés d'assurance-médicaments s'impose. Les lacunes au chapitre de la couverture des médicaments sur ordonnance ainsi que les variations dans les formulaires pharmaceutiques, tant à l'échelle du pays qu'entre les régimes publics et privés, figurent également parmi les problèmes importants à régler. Bien que le Canada ait mis en place des mécanismes efficaces pour gérer les coûts des médicaments sur ordonnance, notamment au moyen de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le Comité a entendu que ces organismes n'avaient pas les moyens de composer avec les changements que connaît le marché mondial des médicaments. Plus encore, les économies réalisées dans le cadre des négociations menées par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique profitent seulement aux

1 Institut Angus Reid, [Opinion publique canadienne sur un programme d'assurance-médicaments](#), mémoire présenté au Comité HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016.

2 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), [Fiche d'information : Coup d'œil sur les dépenses en médicaments](#), 2017.

3 HESA, [Procès-verbal](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 mars 2016.

personnes couvertes par des régimes publics. Les personnes sans assurance et les 70 % des Canadiens qui souscrivent à un régime privé d'assurance-médicaments sont laissés en plan. Les difficultés que pose l'augmentation des coûts des médicaments menacent également la viabilité des régimes privés.

Le Comité est convaincu qu'il est temps d'agir, et il a examiné de près deux grandes options stratégiques proposées par les témoins :

1. créer un régime public universel d'assurance-médicaments à payeur unique;
2. procéder à une réforme de la couverture actuelle des médicaments sur ordonnance offerte par les régimes publics et privés grâce à un resserrement de la collaboration entre les secteurs public et privé de même qu'à des efforts ciblés pour combler les lacunes en matière de couverture.

Selon le Comité, la meilleure solution en vue de l'établissement d'un régime public universel d'assurance médicaments à payeur unique serait d'ajouter aux services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* les médicaments prescrits reçus à l'extérieur des hôpitaux. À la demande du Comité, le Bureau du directeur parlementaire du budget a examiné cette approche et a estimé, de manière prudente, qu'elle pourrait entraîner des économies de 4,2 milliards de dollars par année⁴. Tous les Canadiens auraient ainsi un accès égal et abordable à des médicaments salvateurs. Bref, cette approche permettrait de « sauver » de l'argent et des vies.

Le Comité a déterminé que l'on n'obtiendra pas de meilleurs résultats sur le plan de la santé et que l'on n'assurera pas un meilleur contrôle des coûts si l'on ne fait que remédier aux lacunes touchant la couverture. Pour reprendre les propos de Marc-André Gagnon, professeur agrégé de l'École d'administration et de politique publique à l'Université Carleton, « [s]i on essaie de penser les solutions à partir du système fragmenté actuel, on finit par penser le régime public comme étant une espèce de poubelle des mauvais risques⁵ ». Les patients à haut risque ou dont les traitements coûtent cher, les personnes âgées, les pauvres et ceux qui sont proches de ces catégories sont poussés hors des régimes privés vers les régimes publics, quand ils en existent. Le

4 Bureau du directeur parlementaire du budget (BDP), *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017.

5 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1605, (Marc-André Gagnon, professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton, à titre personnel).

système qui en résulte est pensé « en fonction des besoins commerciaux des régimes privés et non pas en fonction des besoins en santé de la population canadienne⁶ ».

Or, le Comité reconnaît que pour passer à un régime public universel d'assurance-médicaments à payeur unique, les gouvernements devront absorber les coûts pris en charge par le secteur privé, qui s'élevaient à quelque 10,7 milliards de dollars, avant de réaliser des économies⁷. Puisque le Canada est un État fédéré, le Comité estime que les coûts d'un tel régime devraient être partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral devra consulter les employeurs, les syndicats, les administrateurs de régimes privés d'assurance-médicaments et les Canadiens en général pour déterminer les meilleures stratégies de financement du nouveau régime. Il s'agit d'un changement difficile, mais nécessaire. Pour aller de l'avant, le gouvernement fédéral devra faire preuve de leadership et collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les fournisseurs de soins de santé, les patients, les compagnies d'assurance-maladie privées, les syndicats et les entreprises. Le présent rapport contient 18 recommandations concrètes qui, selon le Comité, jetteront les bases nécessaires à l'adoption d'un régime d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*, p. 46.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

A. Modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour y ajouter les médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires, les fournisseurs de soins de santé, les patients et les représentants des collectivités autochtones en vue de l'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire. 97

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada modifie la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure dans la définition de « services de santé assurés » les médicaments prescrits par un professionnel de la santé agréé et délivrés ailleurs qu'en milieu hospitalier en conformité avec un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire. 98

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada accorde des ressources financières supplémentaires aux provinces et aux territoires, par le biais du Transfert canadien en matière de santé, pour qu'ils ajoutent les médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux à leurs régimes publics d'assurance-maladie, à titre de service de santé assuré aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. 98

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada mène des consultations auprès des employeurs, des syndicats, des administrateurs de régimes privés et de la population canadienne dans son ensemble afin de voir quelles approches adopter pour financer l'inclusion des médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux dans les services de santé assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. 98

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada mène des consultations auprès des Premières Nations et des Inuits afin de savoir s'ils préfèrent obtenir une couverture des médicaments sur ordonnance en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou dans le cadre du Programme des soins de santé non assurés, sans perdre de vue l'objectif ultime de reconnaître la compétence des Premières Nations et des Inuits dans la prestation des services de santé à leurs populations..... 98

B. Élaboration d'un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada utilise l'analyse comparative entre les sexes plus dans l'élaboration du formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire. 98

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, partage avec les provinces et les territoires les coûts des médicaments délivrés sur ordonnance inscrits sur le formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire et des honoraires professionnels applicables..... 99

C. Amélioration des processus d'établissement des prix et de remboursement

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, élargisse le mandat de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé afin d'exiger qu'elle tienne à jour le formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire et qu'elle conseille les professionnels de la santé sur la façon de l'utiliser..... 99

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada octroie des fonds supplémentaires à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé afin d'augmenter sa capacité à réaliser des examens thérapeutiques de médicaments spécialisés très coûteux, de médicaments anticancéreux et de médicaments servant au traitement des maladies rares, et de permettre à l'Agence d'acquérir l'expertise nécessaire pour appuyer la négociation d'ententes de gestion de lancement pour ces médicaments. 99

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, établisse, en se fondant sur les pratiques exemplaires, un cadre décisionnel transparent permettant à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique de négocier le prix des produits pharmaceutiques. 99

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, désigne l'Alliance pancanadienne pharmaceutique à titre d'agent commun responsable de l'achat massif de produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance. 99

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada aligne le mandat du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés sur les politiques et les priorités de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. 100

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada modifie la *Loi sur les brevets* ou établisse des règlements obligeant les fabricants de médicaments brevetés à réduire le prix des médicaments brevetés pour lesquels il n'existe aucune version générique, 15 ans après leur mise en marché, conformément à ce qui se fait dans d'autres pays. 100

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada enquête sur les pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique, notamment des fabricants de médicaments brevetés et génériques, des grossistes et des pharmacies de détail, pour trouver des moyens de diminuer le prix des médicaments délivrés sur ordonnance en favorisant la concurrence. 100

Recommandation 15

Que le ministre de la Santé entame des discussions avec ses homologues provinciaux et territoriaux en vue de réduire les délais liés à l'accès aux nouveaux médicaments sans ordonnance en intégrant le processus de classification des médicaments au processus fédéral d'approbation des médicaments sans ordonnance. 100

D. Amélioration des systèmes d'information et de données

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada, les provinces, les territoires et le secteur privé collaborent plus étroitement afin d'accélérer le développement d'un système national de données complet sur l'utilisation des produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance, afin d'appuyer la gestion des régimes d'assurance-médicaments au Canada. 100

Recommandation 17

Que Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé du Canada inc. travaillent ensemble à l'élaboration d'un système électronique de signalement en temps réel des effets indésirables des médicaments. 101

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada demande au Bureau du directeur parlementaire du budget de mettre à la disposition du public et d'autres organismes gouvernementaux les données obtenues pour son étude sur le coût, pour le gouvernement fédéral, d'un nouveau régime national d'assurance-médicaments. 101



UN RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS UNIVERSEL POUR TOUS LES CANADIENS : UNE NÉCESSITÉ

INTRODUCTION

En 1921, dans un laboratoire médical de l'Université de Toronto, le D^r Frederick Grant Banting, son assistant Charles Best et des collègues découvrent l'insuline, un traitement pour le diabète qui a sauvé des vies. Grâce à cette grande découverte, en 1923, le D^r Banting et son collègue chercheur John James Rickard Macleod deviennent les premiers Canadiens à obtenir le prix Nobel de médecine. Pourtant, près de 100 ans plus tard, à seulement quelques kilomètres du Banting and Best Institute, des médecins du Centre des sciences de la santé Sunnybrook doivent garder de l'insuline dans leur bureau pour en distribuer aux cinq ou six patients qu'ils voient tous les mois et qui n'ont plus les moyens de s'en procurer¹.

Ces patients sont incapables de payer leur insuline parce qu'ils n'ont pas de régime d'assurance-médicaments ou parce que la couverture fournie par leur régime n'est pas suffisante. Les Canadiens diabétiques ne sont pas les seuls touchés par ce problème². Dans le cadre d'un sondage réalisé en 2015 par la firme Angus Reid, 23 % des Canadiens ont indiqué que, au cours des 12 mois précédents, eux-mêmes ou un membre de leur ménage n'avaient pas pu prendre leurs médicaments tel que prescrit en raison des coûts³. Un autre sondage mené par le Commonwealth Fund en 2016 a montré que, au cours des 12 mois précédents, 10,2 % des répondants canadiens de 18 ans et plus n'ont pas rempli leur ordonnance ou ont pris une dose inférieure à celle prescrite en raison des coûts⁴. Par ailleurs, le directeur parlementaire du budget a observé que 20 % des ménages canadiens avaient consacré plus de 1 % de leur revenu après impôt aux

1 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA), *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 20 avril 2016, 1640 (David Henry, professeur, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, à titre personnel).

2 *Ibid.*

3 Institut Angus Reid, « [Opinion publique canadienne sur un programme d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016.

4 Tableaux de l'ICIS: *Résultats du Canada, Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays*, présenté par Marc-André Gagnon, professeur agrégé, École de politique publique et d'administration, Université Carleton.



médicaments prescrits, en 2008⁵. Les choses ne sont pas près de changer compte tenu du nombre croissant de médicaments spécialisés très onéreux qui sont utilisés à l'extérieur des hôpitaux pour traiter des maladies chroniques complexes, comme le cancer, l'arthrite rhumatoïde et l'hépatite C⁶.

Reconnaissant toute l'importance que revêt la question pour les Canadiens, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le Comité) a convenu, le 7 mars 2016, d'entreprendre une étude sur la création d'un régime national d'assurance-médicaments en tant que service assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, et d'en faire rapport à la Chambre⁷. Dans le cadre de cette étude, le Comité a tenu 23 audiences, entendu 99 témoins et a reçu 31 mémoires ainsi que 38 documents de référence et d'information de personnes et de groupes intéressés. Toute cette information a servi de base au présent rapport. En plus de recueillir le témoignage du directeur parlementaire du budget (DPB), le Comité a adopté une motion, le 29 septembre 2016, afin de demander à son Bureau d'estimer le coût de l'établissement d'un régime universel d'assurance-médicaments en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*⁸. Le 17 octobre 2017, le DPB a présenté au Comité ses conclusions dans le rapport intitulé *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*⁹. Le Comité tient à remercier Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget, et toute son équipe pour la rigueur et l'excellence de leur analyse, qui a également servi à la préparation du présent rapport.

Prenant appui sur l'information fournie par les témoins et les travaux du DPB, le présent rapport étudie le rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral dans l'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments en apportant une solution aux principaux problèmes liés à l'accessibilité et à l'abordabilité des médicaments prescrits au Canada. Dans la première partie, le rapport présente des renseignements généraux et contextuels sur les régimes d'assurance-médicaments au Canada, notamment les définitions de termes clés, ainsi qu'un aperçu des rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de couverture des médicaments sur ordonnance au Canada, et de l'amalgame actuel de régimes publics et privés au pays. Il examine aussi les tendances actuelles en matière de dépenses en médicaments sur ordonnance au Canada et compare les résultats à ce chapitre avec ceux d'autres pays. La deuxième

5 Bureau du directeur du budget parlementaire (BDP), [*Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*](#), 28 septembre 2017.

6 Express Scripts Canada, [*Rapport d'Express Scripts Canada sur les tendances en matière de médicaments en 2016*](#), p. 24.

7 HESA, [*Procès-verbal*](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 mars 2016.

8 HESA, [*Procès-verbal*](#), 1^{re} session, 42^e législature, 29 septembre 2016.

9 BDP, [*Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*](#), 28 septembre 2017.

partie du rapport décrit les grandes difficultés auxquelles font face les régimes publics et privés d'assurance-médicaments au Canada et les approches utilisées actuellement pour y pallier, puis présente les pratiques exemplaires mises en place par d'autres administrations. Pour terminer, le rapport décrit ce qu'il faut faire pour aller de l'avant en présentant une analyse détaillée des différentes options stratégiques proposées par les témoins pour améliorer la couverture des médicaments sur ordonnance au Canada tout en assurant une meilleure gestion des coûts de ces médicaments.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET CONTEXTE

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS?

Contrairement à la plupart des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada n'a pas de programme national d'assurance-médicaments, c'est-à-dire de régime unique et public de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance¹⁰. D'ailleurs, il n'existe pas de formule unique pour ce genre de programme. Plusieurs facteurs influencent la conception, dont les groupes ciblés, les types de médicaments couverts et le mode de financement. Pour ce qui est de la couverture, un régime peut être universel, c'est-à-dire s'étendre à l'ensemble de la population. Il peut également cibler des groupes en particulier, par exemple les personnes à faible revenu ou sans revenu, les personnes atteintes de certaines maladies ou affections, ou encore des groupes vulnérables, comme les enfants et les personnes âgées.

Un formulaire pharmaceutique est une liste des médicaments dont les coûts sont couverts par un régime d'assurance-médicaments. Il définit également les conditions de remboursement des médicaments. Un formulaire peut être ouvert : il inclut alors tous les médicaments dont la vente est autorisée. Il peut aussi être géré : dans ce cas, les médicaments sont couverts s'ils répondent à certains critères, par exemple s'ils sont considérés comme médicalement nécessaires, s'ils répondent à des besoins de santé précis de la population ou s'ils offrent le meilleur rapport qualité-prix. Le formulaire pharmaceutique s'étend aux médicaments prescrits et, dans certains cas, à d'autres médicaments en vente libre qui ne nécessitent pas d'ordonnance au moment de la vente, mais qui pourraient en nécessiter une pour que les coûts puissent être remboursés en vertu d'un régime. Il peut aussi comprendre des produits non pharmaceutiques, tels que le matériel pour diabétiques. Enfin, il peut couvrir les médicaments génériques et de marque ou encore exiger qu'un médicament de marque soit remplacé par un médicament générique lorsque c'est possible. Par médicament de marque, on entend la première itération d'un médicament novateur qui est mis en marché avec brevet¹¹ ou sans brevet¹². Les médicaments génériques contiennent les

10 Karin Phillips, [La couverture des médicaments onéreux du Canada](#), Service d'information et de recherche parlementaires, Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Publication n° 2016-10-F, 4 février 2016.

11 Pour obtenir une définition du terme « brevet », voir : gouvernement du Canada, [Qu'est-ce qu'un brevet?](#).

12 BDP, [Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale](#), 28 septembre 2017, p. 11.



mêmes ingrédients actifs que les médicaments de marque, mais ils arrivent sur le marché après l'expiration du brevet du médicament de marque¹³.

Pour ce qui est du financement, un régime d'assurance-médicaments peut-être financé entièrement par l'État; il couvre alors la totalité du prix d'un médicament, ce que l'on appelle la « couverture au premier dollar ». Le financement peut aussi provenir à la fois de sources publiques et privées. Dans ce cas, une partie du coût d'un médicament est couverte par un régime public d'assurance-médicaments, et la personne doit payer le reste. Les paiements par les particuliers peuvent prendre différentes formes¹⁴ :

- la **prime**, qui est un montant fixe que la personne doit payer pour souscrire à un régime d'assurance-médicaments;
- la **franchise**, qui est le montant que la personne doit déboursier avant d'avoir droit au partage des coûts offert par le régime d'assurance-médicaments;
- la **contribution**, ou quote-part, qui est un montant fixe que la personne doit payer pour chaque médicament;
- la **coassurance**, qui est un pourcentage fixe du coût du médicament que la personne doit payer¹⁵.

RÔLES DES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN MATIÈRE DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE AU CANADA

Le gouvernement fédéral et les provinces et territoires partagent la compétence à l'égard des produits pharmaceutiques, ce qui influencera la conception et la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments au Canada. La *Loi constitutionnelle de 1867*¹⁶ ne confère explicitement ni au Parlement (à l'article 91) ni aux assemblées législatives des provinces (à l'article 92) le pouvoir de légiférer dans le domaine de la « santé », mais elle mentionne certains pouvoirs qui sont directement liés à la santé et aux soins de santé, ce qui comprend les produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance. Le gouvernement

13 *Ibid.*

14 Virginie Demers et coll., « [Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures](#) », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 4, 12 février 2008 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

15 BDP, [Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale](#), 28 septembre 2017, p. 19.

16 [Loi constitutionnelle de 1867](#), 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.).

fédéral peut se prévaloir de son autorité législative en matière de lois criminelles, en vertu du paragraphe 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, pour protéger la santé et la sécurité publiques des Canadiens¹⁷. Ainsi, par l'entremise de Santé Canada, il est responsable de la réglementation sur l'innocuité des médicaments. Entre autres, il en autorise la commercialisation en se fondant sur des évaluations de leur innocuité, efficacité et qualité, et en assure la surveillance une fois ces produits sur le marché¹⁸.

De plus, en vertu du paragraphe 91(22) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement fédéral a compétence en matière de brevets. La *Loi sur les brevets* autorise le gouvernement fédéral à réglementer les prix fixés par les fabricants de médicaments brevetés et à en faire rapport par l'entremise du Conseil d'examen du prix de médicaments brevetés (CEPMB), un organisme quasi judiciaire indépendant qui rend compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé. Le CEPMB a pour mandat de s'assurer que les prix au détail des médicaments brevetés demandés par les fabricants « ne sont pas excessifs¹⁹ ». Pour s'en acquitter, il limite les hausses de prix des médicaments brevetés en fonction du taux d'inflation, et effectue une comparaison avec les prix de vente des mêmes produits en France, en Allemagne, en Italie, en Suède, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis²⁰. La compétence du CEPMB se limite aux prix « départ usine » imposés par les fabricants aux grossistes, aux pharmacies et aux hôpitaux, plutôt qu'aux prix de détail que les grossistes et pharmacies font payer aux consommateurs. En revanche, en vertu du paragraphe 92(13) de la *Loi constitutionnelle de 1867* qui concerne « la propriété et les droits civils dans la province », les gouvernements provinciaux sont chargés de la réglementation des prix des médicaments génériques appliqués par les fabricants.

Cette disposition constitutionnelle conférant le pouvoir de légiférer en matière de propriété et de droits civils donne également aux provinces compétence à l'égard de la prestation des soins de santé. Elle est également à la base du pouvoir des provinces de réglementer les entreprises sur leur territoire, ce qui comprend les administrateurs de régimes publics et privés d'assurance-maladie. Elle permet également la réglementation, au niveau provincial, des professionnels de la santé, notamment des pratiques de prescription et de distribution des médicaments. Enfin, le paragraphe 92(7) confère aux provinces le pouvoir d'établir et de réglementer les hôpitaux et les services de santé qui y sont offerts, à l'exclusion des hôpitaux de la marine.

17 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 23 février 2017, 1105 (Bruce Ryder, professeur agrégé, Osgoode Hall Law School, Université York, à titre personnel).

18 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé).

19 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), *Rapport annuel 2016*.

20 *Ibid.*



Bien que les provinces aient la compétence première en matière de prestation de soins de santé, y compris à l'égard des décisions relatives à la prescription des médicaments et à la couverture des coûts, le gouvernement fédéral a invoqué son pouvoir de dépenser, qui découle de son pouvoir de prélever des taxes en vertu du paragraphe 91(3) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, pour jouer un rôle dans le financement de la couverture des coûts des médicaments dispensés dans les hôpitaux au titre de la *Loi canadienne sur la santé*²¹. Cette loi établit les cinq conditions que les provinces doivent respecter pour obtenir du gouvernement fédéral des fonds pour leurs programmes publics d'assurance-maladie par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé (TCS) : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité²². Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces doivent fournir une couverture publique des services médicaux et des services hospitaliers, mais si les coûts des produits pharmaceutiques administrés au cours de l'hospitalisation doivent être couverts par les régimes d'assurance publics, les coûts des médicaments prescrits délivrés aux patients à l'extérieur des hôpitaux, eux, ne le sont pas²³. Étant donné que les médicaments reçus à l'extérieur des hôpitaux ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, il revient aux provinces et aux territoires de déterminer la couverture qu'ils offriront à leurs citoyens et d'établir les coûts généraux des régimes publics d'assurance-médicaments.

En plus de fournir un financement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral offre un soutien financier indirect pour couvrir les coûts des médicaments reçus à l'extérieur des hôpitaux en excluant les régimes d'assurance-maladie parrainés par les employeurs du revenu imposable des particuliers. Ce coût était estimé à 2,61 milliards de dollars en 2016²⁴. Le gouvernement fédéral offre également le crédit d'impôt pour frais médicaux, soit un crédit d'impôt non remboursable de 15 %, aux personnes dont les dépenses médicales représentent au moins 3 % de leur revenu net, jusqu'à concurrence de 2 268 \$ en 2017²⁵. Il existe aussi un crédit d'impôt pour frais médicaux supplémentaires qui permet un remboursement maximal de 1 203 \$ en 2017. Finances Canada estime que ces mesures fiscales coûtent au gouvernement fédéral 1,48 milliard et 150 millions de dollars, respectivement²⁶.

Le pouvoir relatif à « la paix, l'ordre et le bon gouvernement » (POBG) dont fait mention l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (aussi appelé « compétence non

21 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 23 février 2017, 1105 (Ryder).

22 *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, ch. C-6, art. 7.

23 *Ibid.*, art. 2.

24 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 18.

25 *Ibid.*

26 *Ibid.*

attribuée ») pourrait également s'appliquer dans le contexte d'un régime national d'assurance-médicaments²⁷. Selon Bruce Ryder, professeur agrégé, Osgoode Hall Law School, Université York, ce pouvoir permet au Parlement d'établir des lois sur un dossier d'intérêt national, y compris la santé²⁸. Toutefois, l'objet du projet de loi doit être particulièrement bien défini et spécifique. Par ailleurs, il doit être démontré que les provinces et les territoires ne sont pas en mesure de gérer ce dossier de manière efficace sans la participation du gouvernement fédéral. Si l'on veut appliquer le pouvoir POBG à un régime national d'assurance-médicaments, il faut prouver que les provinces et les territoires n'ont pas la capacité d'offrir un accès abordable aux médicaments sur ordonnance de manière indépendante. M. Ryder a indiqué que « [s]i vous admettez cet argument [...], je crois qu'il s'agit là d'un solide fondement pour utiliser la composante de l'intérêt national du pouvoir de légiférer pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement, mais cela exigerait du Parlement qu'il prenne des risques qu'il n'est pas habitué à prendre, et l'échafaudage n'est pas totalement solide²⁹ ».

Pour terminer, l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* accorde au gouvernement fédéral des pouvoirs relatifs à certains groupes de personnes, comme les membres des forces militaires, de la milice ou du service naval; les Premières Nations, les Inuits et les Métis; ainsi que les détenus sous responsabilité fédérale. Conformément à l'article 95 de la *Loi*, le gouvernement fédéral partage avec les provinces le droit de faire des lois relatives à l'immigration. Par conséquent, il couvre les coûts des médicaments ou facilite cette couverture pour certaines personnes faisant partie de ces groupes. En tant qu'employeur, le gouvernement fédéral offre également une assurance-médicaments aux employés de la fonction publique du Canada.

COLLABORATION ENTRE LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN MATIÈRE DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE AU CANADA

Étant donné leur responsabilité partagée à l'égard des produits pharmaceutiques, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont travaillé ensemble pour gérer les coûts liés à leurs régimes respectifs d'assurance-médicaments, ce qui a mené à l'établissement de trois organismes : l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

27 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 23 février 2017, 1115 (Ryder).

28 *Ibid.*

29 *Ibid.*, 1130 (Ryder).



A. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'ACMTS est un organisme indépendant et sans but lucratif formé en 1989 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception du Québec. L'Agence, qui rend compte aux sous-ministres de la Santé, dispose d'un budget de fonctionnement d'environ 28 millions de dollars (dont 58 % provient du gouvernement fédéral, 27 %, des provinces et territoires participants, et 15 % d'autres sources)³⁰. L'ACMTS est un organisme d'évaluation des technologies de la santé, qui procède à des évaluations scientifiques de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité des médicaments; des tests diagnostiques; des instruments médicaux, dentaires et chirurgicaux; des actes et des programmes³¹.

Le Programme commun d'évaluation des médicaments de l'ACMTS a pour objet d'évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments et des médicaments existants par rapport à d'autres traitements³². L'Agence présente ensuite des recommandations aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux quant à l'inscription éventuelle de médicaments sur leur formulaire pharmaceutique ouvrant droit à un remboursement. Elle est aussi responsable du Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques, qui vise à évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des médicaments oncologiques et à formuler des recommandations quant à leur remboursement aux administrateurs des régimes fédéraux, provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments, ainsi qu'aux organismes de lutte contre le cancer. Il appartient toutefois aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de déterminer si tous ces médicaments seront inscrits sur leur formulaire pharmaceutique et couverts par leurs programmes d'assurance-médicaments respectifs³³. Par l'entremise de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), le Québec a établi son propre processus d'évaluation de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des médicaments, y compris des médicaments oncologiques, ainsi que son propre processus de prise de décisions relatives à l'inscription au formulaire pharmaceutique³⁴.

30 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1610 (Brian O'Rourke, président-directeur général, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé).

31 *Ibid.*

32 *Ibid.*

33 *Ibid.*

34 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2016, 1550 (William Dempster, directeur général, 3Sixty Public Affairs).

B. Alliance pancanadienne pharmaceutique

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) a été créée par les gouvernements provinciaux et territoriaux en 2010³⁵. Le gouvernement fédéral s'y est joint en janvier 2016. L'Alliance négocie les prix des médicaments avec les fabricants au nom des administrateurs des régimes publics d'assurance-médicaments des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Elle négocie les prix des médicaments de marque dont l'inscription sur les formulaires pharmaceutiques est recommandée par l'ACMTS. Une lettre d'intention est signée lorsque l'Alliance et les fabricants s'entendent sur le prix réduit d'un médicament³⁶. Il incombe toutefois à chaque gouvernement de conclure avec les fabricants une entente finale relative à l'inscription des produits³⁷. En ce qui concerne les médicaments génériques, l'Alliance a établi un cadre de tarification par niveau qui fixe le prix d'un médicament générique à 18 % du prix du médicament de marque³⁸. La figure 1 illustre la place de l'APP et de l'ACMTS dans le processus général d'homologation des médicaments sur ordonnance au Canada.

C. Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme indépendant sans but lucratif qui recueille et fournit de l'information sur les systèmes de santé au Canada³⁹. Il est dirigé par un conseil d'administration regroupant des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception du Québec, et il est financé par ces gouvernements. Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) contient des données à jour sur tous les régimes provinciaux d'assurance-médicaments (sauf celui du Québec) ainsi que sur le Programme des services de santé non assurés du gouvernement fédéral, qui s'adresse aux Premières Nations et aux Inuits⁴⁰. L'Institut se sert des données du SNIUMP sur les demandes de remboursement des médicaments pour aider les administrateurs des régimes publics d'assurance-médicaments à mesurer les facteurs d'accroissement de l'utilisation et des dépenses de médicaments, à évaluer les options stratégiques et à examiner les risques pour la santé, notamment de l'utilisation inappropriée de médicaments, de l'abus de médicaments sur ordonnance et de la polypharmacie⁴¹. Les données du SNIUMP servent aussi à éclairer les travaux du CEPMB et de l'ACMTS.

35 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman).

36 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2016, 1550 (Dempster).

37 *Ibid.*

38 Premiers ministres du Canada, [Alliance pancanadienne pharmaceutique](#).

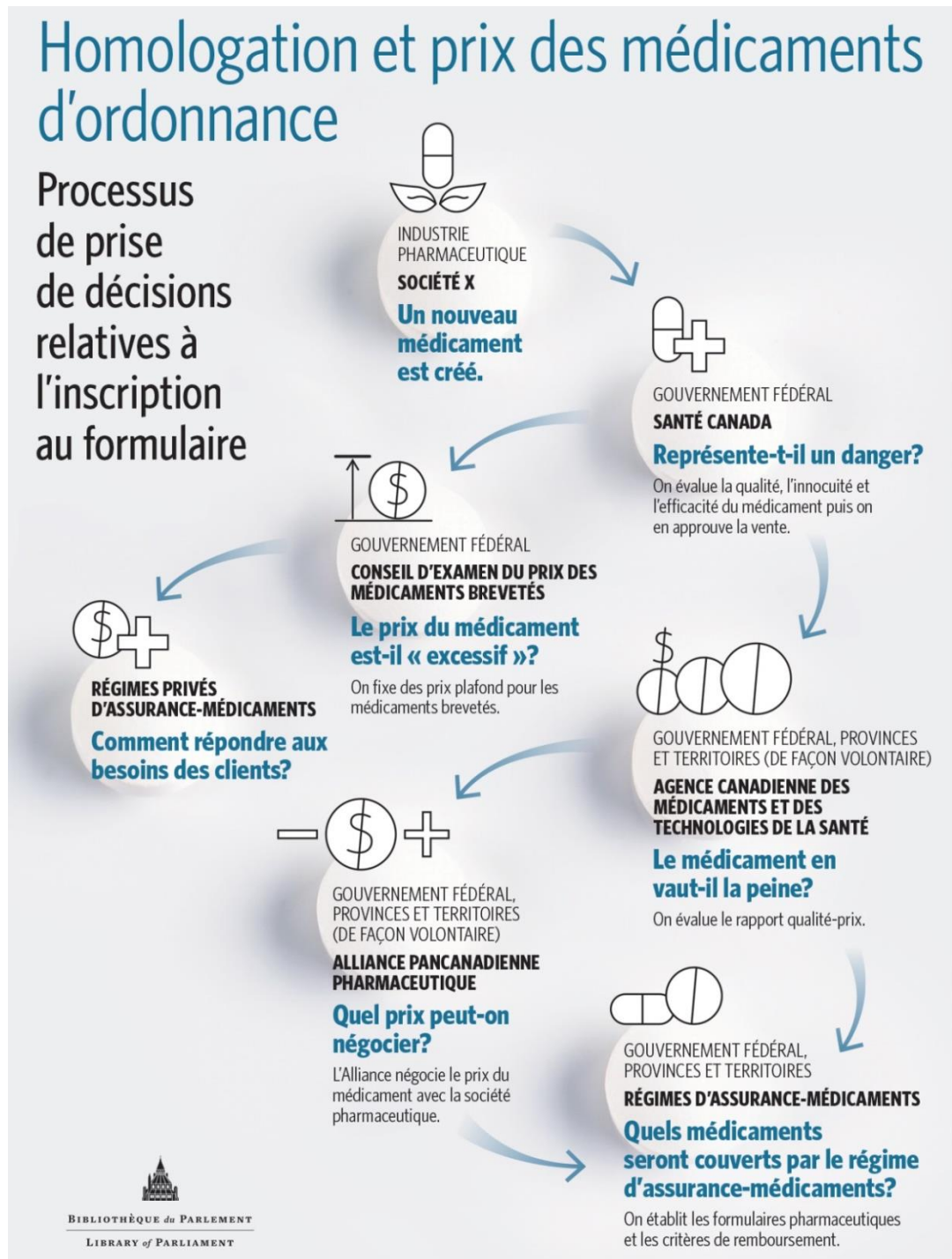
39 ICIS, [À propos de l'ICIS](#).

40 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1555 (Brent Diverty, vice-président du secteur des programmes, ICIS).

41 *Ibid.*



Figure 1. Processus d'homologation et d'établissement des prix des médicaments sur ordonnance



SURVOL DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS AU CANADA

Les médicaments sur ordonnance délivrés à l'extérieur des hôpitaux ne sont pas couverts, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, mais les Canadiens peuvent bénéficier d'une couverture à ce chapitre grâce à différents régimes publics et privés. Selon Abby Hoffman, sous-ministre adjointe de la Direction générale de la politique stratégique au ministère de la Santé, environ 21 % des Canadiens sont protégés par des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux ciblant des groupes précis, comme les aînés, les assistés sociaux ou les personnes atteintes de certaines maladies ou affections, ou encore par des régimes généraux qui s'adressent aux personnes ne bénéficiant d'aucune couverture⁴². Le gouvernement fédéral offre une couverture à environ 3 % des Canadiens grâce aux régimes mis en place pour les Premières Nations et les Inuits, les membres des Forces armées canadiennes, les anciens combattants et les membres de la GRC, les détenus sous responsabilité fédérale, certaines catégories de réfugiés et les fonctionnaires fédéraux. Environ 25,3 millions de résidents canadiens, soit 70,5 % de la population, sont couverts partiellement ou entièrement par des régimes privés d'assurance-maladie, qui sont parrainés par les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles, ou encore par une assurance-maladie à laquelle ils souscrivent directement⁴³.

Toutefois, M^{me} Hoffman a expliqué que, malgré la couverture mixte des médicaments sur ordonnance obtenue par un amalgame de régimes publics et privés, près de 10 à 20 % de la population n'a pas de couverture adéquate pour les médicaments sur ordonnance⁴⁴. Dans son rapport intitulé *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, le DPB indique qu'environ 2 % des Canadiens n'ont pas d'assurance-médicaments et que 10 % des Canadiens couverts par une telle assurance n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour payer leurs médicaments sur ordonnance⁴⁵. Le DPB souligne en outre que le nombre exact de Canadiens non assurés ou sous-assurés « est inconnu, en raison de plusieurs facteurs, y compris le grand nombre de fournisseurs d'assurance, les différents niveaux d'avantages et de protection et l'insuffisance des données⁴⁶ ». La section qui suit donne un aperçu des différents régimes publics et privés d'assurance-médicaments offerts au Canada.

42 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman).

43 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 18.

44 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman) et DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 1 et 29.

45 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 1.

46 *Ibid.*, p. 29.



A. Régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments

Les gouvernements provinciaux et territoriaux offrent à leurs résidents respectifs environ 70 programmes d'assurance-médicaments différents, qui peuvent être classés selon trois grandes catégories : les régimes de couverture des médicaments onéreux; les régimes s'adressant à la population générale et les régimes ciblant des groupes en particulier. Les sections ci-dessous donnent un aperçu de ces différents régimes, tandis que l'annexe A les décrit plus en détail.

1. Régimes de couverture des médicaments onéreux

L'expression « couverture des médicaments onéreux » renvoie aux modèles d'assurance qui mettent les particuliers à l'abri de dépenses en médicaments qui menaceraient leur sécurité financière ou qui leur causeraient des « difficultés financières excessives⁴⁷ ». Selon l'Organisation mondiale de la santé, les dépenses en santé « onéreuses » sont celles que les ménages ne peuvent pas assumer à moins de se priver en ne subvenant pas à un besoin essentiel, comme l'alimentation, l'habillement ou l'éducation⁴⁸. Dans le cadre d'un régime de couverture des médicaments onéreux, les montants que doivent payer les particuliers pour les médicaments sur ordonnance sont plafonnés afin de prévenir les difficultés financières personnelles. Ce plafond consiste soit en un montant fixe, soit en un pourcentage du revenu individuel ou familial. Sept provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard) offrent ce genre de régimes. Les structures de prestations (primes, franchises et contributions) ainsi que les plafonds des dépenses personnelles diffèrent selon les régimes.

2. Régimes publics d'assurance-médicaments s'adressant à la population générale

Les provinces et territoires offrent aussi des régimes d'assurance-médicaments s'adressant aux personnes n'ayant pas accès à d'autres formes de couverture. Quatre provinces offrent ce type de régimes : le Québec, l'Alberta, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard. Les prochains paragraphes décrivent brièvement ces régimes.

47 Karin Phillips, *La couverture des médicaments onéreux du Canada*, Service d'information et de recherche parlementaires, Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Publication n° 2016-10-F, 4 février 2016.

48 *Ibid.*

i. Régime public d'assurance-médicaments du Québec⁴⁹

En 1997, le Québec a mis en place un régime universel d'assurance-médicaments, obligeant les résidents à adhérer soit à un régime privé parrainé par leur employeur ou une association professionnelle, soit au régime public administré par le gouvernement. Les régimes privés doivent offrir une couverture équivalente à celle du régime public du gouvernement et ne peuvent pas refuser une personne ou lui imposer des primes plus élevées en raison de son âge, de son sexe ou de son état de santé. Les régimes publics et privés doivent plafonner les montants payés par les particuliers. La Liste des médicaments du Québec compte 8 000 médicaments, y compris ceux servant au traitement de certaines maladies, comme le cancer, la maladie de Crohn et l'arthrite rhumatoïde⁵⁰. Cette liste est établie par le ministre de la Santé et des Services sociaux, en consultation avec l'INESS. Les régimes privés au Québec doivent couvrir tous les médicaments figurant sur la Liste des médicaments.

ii. Régime de l'Alberta

Le Non-Group Coverage Benefit Program est un programme d'assurance-maladie complémentaire financé et parrainé par le gouvernement de l'Alberta et administré par Alberta Blue Cross⁵¹. Il est offert aux particuliers de moins de 65 ans et aux personnes à leur charge. C'est le gouvernement qui établit le formulaire pharmaceutique et les structures concernant les montants que doivent payer les particuliers.

iii. Régime d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick⁵²

Le Régime d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick s'adresse aux personnes qui ne sont pas couvertes par un régime parrainé par leur employeur ou un autre régime du gouvernement, ou encore aux personnes dont l'assurance ne prend pas en charge un médicament dont elles ont besoin.

49 Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), [Assurance médicaments](#).

50 RAMQ, [Médicaments couverts](#).

51 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 février 2017, 1120 (Dianne Balon, vice-présidente, Gouvernement, Alberta Blue Cross).

52 Régime d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick, [Feuille de renseignements](#).



iv. Régime de couverture des médicaments génériques de l'Île-du-Prince-Édouard⁵³

Le Programme de couverture des médicaments génériques de l'Île-du-Prince-Édouard s'adresse aux personnes de moins de 65 ans qui ne bénéficient pas d'une assurance-médicaments privée. Il couvre les médicaments génériques figurant sur le formulaire pharmaceutique de la province.

3. Régimes ciblés de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance⁵⁴

Certaines provinces et certains territoires offrent enfin des régimes ciblant des groupes ayant des besoins particuliers :

- les personnes atteintes de certaines maladies (p. ex., diabète, maladies rares, VIH/sida, cancer) qui les obligent à prendre des médicaments onéreux. En général, ces régimes couvrent en entier le coût des médicaments, mais les maladies visées peuvent varier d'une administration à l'autre;
- les assistés sociaux, les personnes âgées à faible revenu et les enfants. Dans leur cas, la pleine couverture des coûts des médicaments est souvent assurée, sinon, la contribution est minimale;
- les personnes âgées ayant un revenu plus élevé. Elles doivent souvent payer une prime, une franchise ou une quote-part plus élevée, mais ces montants sont généralement plafonnés.

B. Régimes d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral offre six régimes d'assurance-médicaments s'adressant à différents groupes : Premières Nations et Inuits; membres des Forces armées canadiennes; anciens combattants et membres de la GRC; détenus sous responsabilité fédérale; réfugiés et fonctionnaires fédéraux. Ces régimes sont décrits dans les pages qui suivent.

53 Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, [Faire une demande pour le programme de médicaments génériques](#).

54 À moins d'indications contraires, l'information contenue dans cette section est tirée du document suivant : Karin Phillips, [La couverture des médicaments onéreux du Canada](#), Publication n° 2016-10-F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 4 février 2016.

1. Programme des services de santé non assurés du ministère des Services aux Autochtones

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) du ministère des Services aux Autochtones est un programme national qui permet d'offrir des services médicaux nécessaires à plus de 839 000 membres des Premières Nations inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* et Inuits reconnus par les organisations inuites de revendication territoriale⁵⁵. Les SSNA couvrent le coût des médicaments, et les bénéficiaires n'ont pas à payer de franchises, de primes, de quotes-parts ou de frais d'utilisation. Les fournisseurs sont encouragés à facturer directement le programme pour que les clients n'aient rien à payer de leur poche. Selon Sony Perron, sous-ministre adjoint principal de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits⁵⁶ au ministère de la Santé, environ 514 000 clients des SSNA ont obtenu une couverture de leurs médicaments en 2015-2016, ce qui représente un taux d'utilisation de 61 % et des dépenses de l'ordre de 427 millions de dollars ou de 817 \$ par membre inscrit⁵⁷.

La Liste des médicaments des SSNA couvre des médicaments prescrits et non prescrits, ce qui comprend les vitamines, les produits d'abandon du tabac, les antihistaminiques, les antibiotiques topiques, les méthodes de contraception non hormonales et les antidouleurs en vente libre, de manière à répondre aux besoins en matière de santé du groupe visé. Selon M. Perron, la Liste des médicaments est un formulaire pharmaceutique géré. Les décisions relatives à l'inscription sont fondées sur l'efficacité clinique, l'innocuité et le rapport coût-efficacité du produit⁵⁸. Les SSNA suivent d'habitude les recommandations formulées par l'ACMTS dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments, mais un comité indépendant, le Comité consultatif sur les médicaments et les produits thérapeutiques, formule également des recommandations qui tiennent compte des besoins des clients du programme. Les SSNA ont également conclu 24 ententes relatives à l'inscription des médicaments avec des fabricants grâce à sa participation aux négociations des prix des médicaments menées à l'échelle nationale par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique⁵⁹.

55 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} décembre 2016, 0845 (Sony Perron, sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé).

56 Depuis la rédaction du présent rapport, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et l'administration du programme des SSNA ont été confiées au ministère des Services aux Autochtones en vertu du [décret 2017-1465](#) pris le 29 novembre 2017.

57 *Ibid.*

58 *Ibid.*

59 *Ibid.*



2. Programme des avantages pour soins de santé d’Anciens Combattants Canada

Dans le cadre de son Programme des avantages pour soins de santé, Anciens Combattants Canada (ACC) offre une assurance-médicaments aux anciens combattants admissibles. Plusieurs facteurs déterminent l’admissibilité au régime, par exemple les années de service militaire, le revenu, le statut de personne handicapée, les troubles médicaux liés au service militaire et l’accès à un régime provincial ou territorial d’assurance-médicaments couvrant le trouble ou la maladie dont la personne est atteinte. Selon Michel Doiron, sous-ministre adjoint du Secteur de la prestation des services à Anciens Combattants Canada, le Programme des avantages pour soins de santé a fourni une couverture à environ 48 000 anciens combattants en 2015-2016⁶⁰. Au cours du même exercice, les dépenses en médicaments se sont élevées à environ 92 millions de dollars, soit 1 916 \$ par personne admissible⁶¹. Le formulaire pharmaceutique est dressé en fonction des recommandations formulées par l’ACMTS dans le cadre du Programme commun d’évaluation des médicaments et par le comité interne d’examen du formulaire. Il couvre des médicaments sur ordonnance et en vente libre. ACC établit les politiques régissant le programme, mais celui-ci est administré par la Croix Bleue Medavie.

3. Programme de prestations pharmaceutiques des Forces armées canadiennes

Selon le capitaine de frégate Sylvain Grenier, officier supérieur d’état-major des Services de pharmacie au ministère de la Défense nationale, le Programme des prestations pharmaceutiques des Forces armées canadiennes (FAC) assure une couverture des médicaments délivrés sur ordonnance à quelque 71 000 membres admissibles des FAC⁶². En 2015-2016, les FAC ont dépensé 26,6 millions de dollars en médicaments, ce qui représente une moyenne d’environ 375 \$ par membre⁶³. Étant donné que la *Loi canadienne sur la santé* ne s’applique pas aux membres des FAC en raison des exigences opérationnelles de leur travail, le programme s’étend à la fois aux médicaments prescrits et aux produits en vente libre. La Liste de médicaments des FAC compte 1 605 des 13 000 médicaments vendus au Canada. Elle repose sur les recommandations formulées par l’ACMTS dans le cadre du Programme commun d’évaluation des médicaments et par

60 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} décembre 2016, 0900 (Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants).

61 *Ibid.*

62 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 2 février 2017, 1105 (Captf Sylvain Grenier, officier supérieur d’état-major, Services de Pharmacie, ministère de la Défense nationale).

63 *Ibid.*

le Comité de pharmacologie et de thérapeutique des FAC, lequel étudie l'applicabilité des médicaments dans le contexte militaire. Enfin, environ 90 % des médicaments sur ordonnance utilisés par les membres des FAC sont achetés en grande quantité et distribués par les pharmacies militaires; le reste est acheté par des pharmacies privées locales.

4. Programme fédéral de santé intérimaire d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Le Programme fédéral de santé intérimaire d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada offre, pour un temps limité, une couverture des médicaments prescrits à certaines personnes, selon leur statut en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, y compris aux personnes protégées, aux réfugiés réinstallés, aux demandeurs d'asile et aux membres de certains autres groupes*⁶⁴. Le programme, qui est géré par la Croix Bleue Medavie, couvre en entier la plupart des médicaments sur ordonnance ainsi que les autres produits figurant sur les formulaires pharmaceutiques des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments⁶⁵.

5. Régime des soins de santé de la fonction publique

Le gouvernement fédéral offre une assurance-médicaments à ses employés, aux membres de la GRC, aux retraités de la fonction publique, de même qu'à leurs conjoints et aux enfants à leur charge, par l'intermédiaire du Régime des soins de santé de la fonction publique⁶⁶. Ce régime couvre les médicaments délivrés sur ordonnance ainsi que les médicaments en vente libre jugés médicalement essentiels. Il est offert par le Secrétariat du Conseil du Trésor et administré par la Financière Sun Life.

6. Service correctionnel du Canada

Le Service correctionnel du Canada offre une pleine couverture des médicaments dans le cadre des services de soins de santé essentiels fournis aux détenus sous responsabilité fédérale⁶⁷.

64 Gouvernement du Canada, *Programme fédéral de santé intérimaire – Résumé de la couverture offerte*.

65 *Ibid.*

66 Gouvernement du Canada, *Votre Régime de soins de santé de la fonction publique en un coup d'œil*.

67 Service correctionnel Canada, *2017–2018 Plan ministériel*.



C. Régimes privés d'assurance-médicaments

Au Canada, on compte environ 113 000 régimes privés d'assurance-médicaments parrainés par des employeurs, des syndicats et des associations professionnelles et régimes auxquels souscrivent directement des particuliers⁶⁸. Les employeurs qui parrainent des régimes privés d'avantages sociaux comprennent des organismes publics, comme des municipalités, des universités, des écoles, des hôpitaux, la fonction publique, et des entreprises privées⁶⁹. Ces régimes sont vendus par 132 fournisseurs d'assurance-maladie à l'échelle du pays⁷⁰. Selon l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, ces régimes assurent une couverture des médicaments délivrés sur ordonnance à quelque 25,3 millions de Canadiens, soit 80 % de la population active⁷¹. En ce qui concerne ces régimes privés d'assurance-médicaments :

- en 2016, les dépenses annuelles moyennes en médicaments des participants se chiffraient à 840 \$⁷²;
- en 2013, une franchise ou une contribution était exigée pour 88 % des régimes privés⁷³;
- en 2013, les participants à 86 % des régimes n'étaient pas assujettis à un montant maximum annuel ou à vie pour le remboursement des médicaments;
- en 2012, 94 % des régimes privés utilisaient un formulaire pharmaceutique ouvert, couvrant tous les médicaments vendus au Canada et nécessitant une ordonnance⁷⁴.

68 Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), « [Élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, septembre 2016.

69 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 février 2017, 1120 (Balon).

70 Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, [Faits sur les assurances de personnes au Canada, édition 2017](#), 2017.

71 *Ibid.*

72 BDP, [Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale](#), 28 septembre 2017, p. 20.

73 *Ibid.*, p. 20.

74 *Ibid.*, p. 20.

APERÇU DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS AU CANADA

A. Dépenses globales au Canada en médicaments délivrés à l'extérieur des hôpitaux

Selon l'ICIS, les dépenses totales au Canada en médicaments délivrés à l'extérieur des hôpitaux devraient atteindre 39,8 milliards de dollars en 2017, ou 1 086 \$ par habitant⁷⁵. Les dépenses en médicaments sur ordonnance délivrés à l'extérieur des hôpitaux devraient passer à 33,9 milliards de dollars, ou 926 \$ par habitant, en 2017, ce qui représente environ 85,2 % des dépenses totales en médicaments projetées⁷⁶. Dans son tout dernier rapport, intitulé *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regards sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, l'ICIS signale que les dépenses en médicaments prescrits en 2017 avaient augmenté de 5,5 % par rapport à l'année précédente⁷⁷. Les médicaments en vente libre et les produits médicaux non pharmaceutiques⁷⁸ comptaient pour le reste des dépenses totales en médicaments en 2017, soit 14,8 %, pour un total de 5,9 milliards de dollars, ou 160 \$ par habitant. Les prochains paragraphes et la figure 2 ci-dessous détaillent les dépenses en médicaments prescrits en fonction des sources de financement.

1. Dépenses du secteur public

En 2017, le secteur public a financé 14,5 milliards de dollars (42,7 %) des dépenses en médicaments prescrits au Canada, ce qui constitue une augmentation de 5,8 % par rapport à l'année précédente (voir la figure 2)⁷⁹. La part des régimes provinciaux et territoriaux dans les dépenses en médicaments du secteur public représentait 12,4 milliards de dollars en 2017, et celle des régimes fédéraux (Premières Nations et Inuits, anciens combattants, membres de la GRC, détenus fédéraux et Forces armées canadiennes), 0,76 milliard de dollars. En outre, les dépenses en médicaments couvertes par le secteur public dans le cadre de programmes de dédommagement des travailleurs et de caisses de sécurité sociale

75 ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*, p. 16.

76 *Ibid.*, p. 20, et ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017, p. 8.

77 ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017, p. 8.

78 *Ibid.*, p. 9. Les produits médicaux non pharmaceutiques comprennent l'équipement nécessaire à l'administration de médicaments sur ordonnance, comme le matériel qu'utilisent les personnes diabétiques.

79 ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017.



se sont élevées à 1,3 milliard de dollars en 2017. En examinant la ventilation des dépenses liées aux régimes publics d'assurance-médicaments en 2015-2016, le CEPMB a constaté que les coûts des médicaments représentaient près des trois quarts (74,7 %) des dépenses, suivis des coûts d'exécution des ordonnances (21,8 %) et des marges bénéficiaires déclarées (3,5 %) ⁸⁰.

2. Dépenses du secteur privé

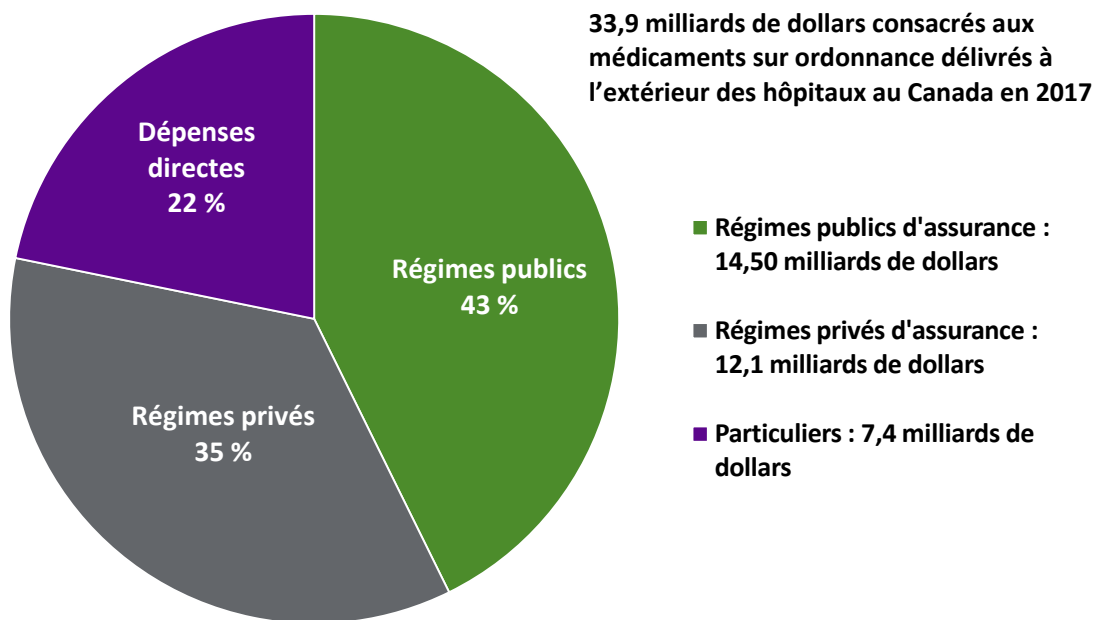
En 2017, les dépenses du secteur public, qui englobent celles des particuliers et celles des compagnies privées d'assurance, se chiffraient à 19,5 milliards de dollars, soit 57,5 % des dépenses totales en médicaments sur ordonnance délivrés ailleurs que dans des hôpitaux, marquant une hausse de 5,4 % par rapport à 2016 ⁸¹. De ce montant, 12,1 milliards de dollars (35,5 %) des dépenses totales en médicaments délivrés à l'extérieur des hôpitaux ont été financées par des régimes privés d'assurance-maladie, et le reste, soit 7,4 milliards de dollars (21,8 %) a été payé par les particuliers (voir la figure 2). Même si l'on ne connaît pas la part de ces dépenses liées aux frais d'exécution des ordonnances et aux marges bénéficiaires, le DPB a estimé qu'elle s'est élevée à 7,8 milliards dans les secteurs public et privé en 2015-2016 ⁸².

80 CEPMB, *Rapport annuel 2016*, 2017, p. 49.

81 ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017, p. 7.

82 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 45.

Figure 2. Dépenses totales en médicaments prescrits délivrés à l'extérieur des hôpitaux, par source de financement, 2017



Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017, p. 7.

Il importe de noter que ces montants ne comprennent pas les dépenses publiques en médicaments distribués par les hôpitaux, les établissements de lutte contre le cancer et autres établissements spécialisés. Ces dépenses sont couvertes par la *Loi canadienne sur la santé* et font donc partie des dépenses globales des hôpitaux. En 2015, les dépenses en médicaments des hôpitaux au Canada (à l'exclusion du Québec) se sont élevées à 2,1 milliards de dollars, ce qui représente 4,4 % des dépenses totales des hôpitaux⁸³. De ce montant, 708 millions de dollars ont servi à payer les médicaments contre le cancer.

83 ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*, 2017, p. 28.



i. Variations régionales dans les dépenses en médicaments sur ordonnance délivrés à l'extérieur des hôpitaux

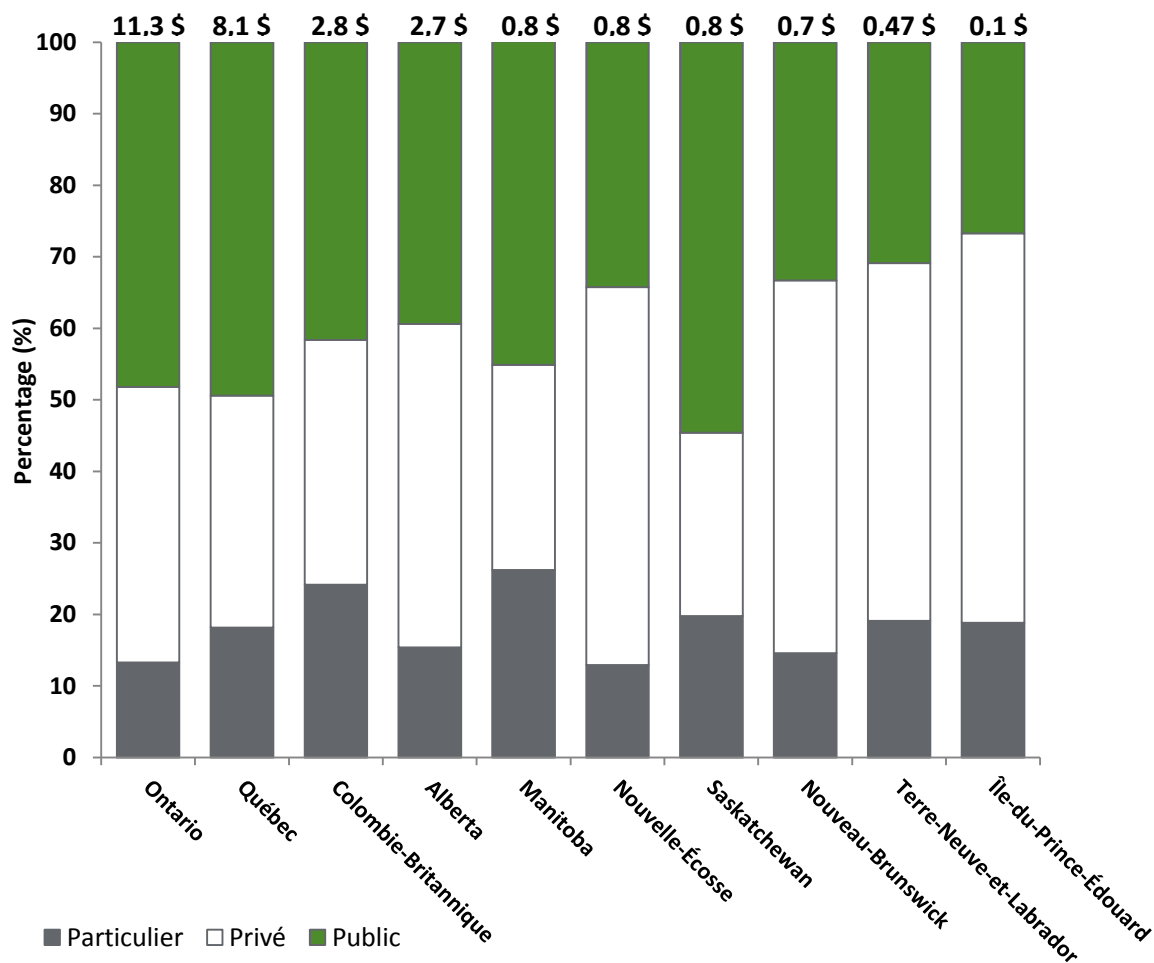
Dans son rapport intitulé *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, le DPB présente au Comité une ventilation plus détaillée des dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance à l'extérieur des hôpitaux pour l'ensemble du Canada, notamment par région, âge et revenu, en se fondant sur des ensembles de données de QuintilesIMS pour 2015-2016 et des données de Statistique Canada. Dans son analyse, le DPB a constaté que les dépenses en médicaments reçus ailleurs que dans un hôpital variaient considérablement à l'échelle du pays. En 2015-2016, elles étaient les plus élevées en Ontario (11,3 milliards de dollars) et les plus basses à l'Île-du-Prince-Édouard (0,1 milliard de dollars)⁸⁴. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences, dont les besoins de santé de la population dans chaque province, les profils démographiques, les habitudes de prescription des médecins et les approches stratégiques en matière d'établissement et de négociation du prix des médicaments génériques et de marque⁸⁵. On note également des variations régionales dans le pourcentage couvert par les régimes publics d'assurance-médicaments en 2015-2016 des dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance ailleurs que dans un hôpital. Le DPB a observé que la couverture était plus élevée dans le Centre et l'Ouest du Canada (de 39 à 55 %) et plus basse dans le Canada atlantique (de 27 à 35 %) (voir la figure 3)⁸⁶.

84 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 8.

85 *Ibid.*, p. 16.

86 *Ibid.*, p. 6.

Figure 3. Dépenses totales en médicaments sur ordonnance délivrés ailleurs que dans un hôpital, en milliards de dollars canadiens, par province et payeur principal, 2015-2016⁸⁷



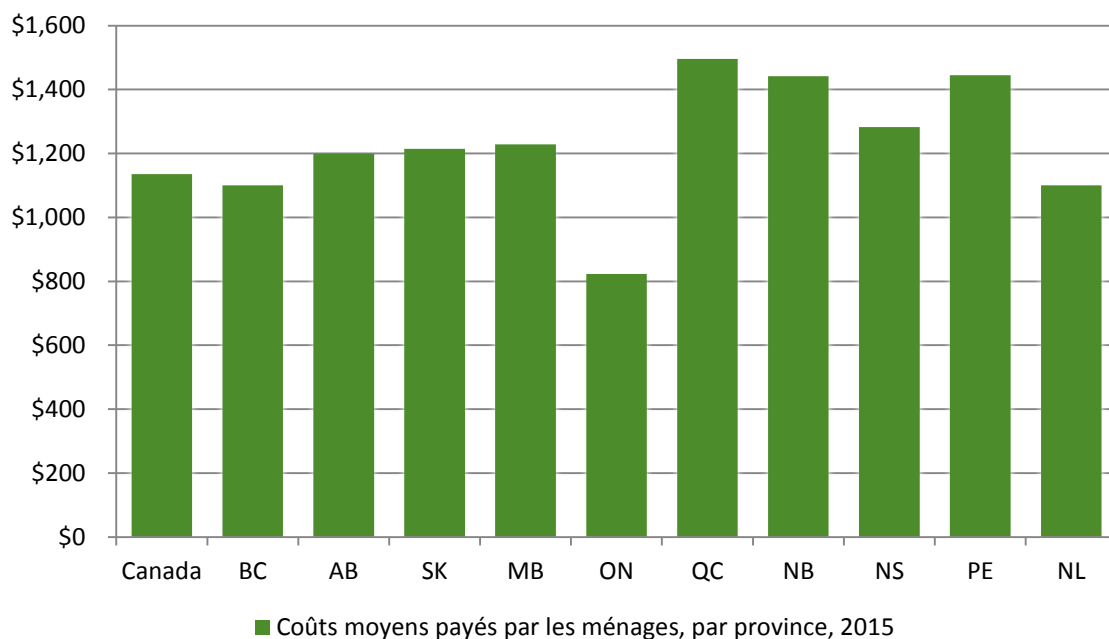
Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à partir de l'analyse des données de QuintilesIMS figurant au tableau 1-1 dans DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 8.

87 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 21. Le DPB constate des variations importantes dans le calcul des dépenses payées par les particuliers par l'ICIS et QuintilesIMS, l'écart entre les deux ensembles de données s'élevant à 2,4 milliards de dollars. Selon l'ICIS, les dépenses payées par les particuliers se sont élevées à 7,1 milliards de dollars en 2015-2016, tandis que QuintilesIMS les a chiffrées à 4,7 milliards de dollars. Le DPB utilise les données de QuintilesIMS en ce qui concerne les dépenses payées par les particuliers, et payeur principal désigne l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie de ce montant à la charge du patient peut être remboursée par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux. Pour une explication plus détaillée des limitations des données liées aux montants payés par les particuliers, voir la page 21 du document.



Dans le cadre de son examen des dépenses moyennes réelles en médicaments prescrits et en produits pharmaceutiques payés par les particuliers, ce qui comprend les primes pour les assurances privées, le DPB a constaté que les ménages canadiens, à l'exception de ceux vivant dans les territoires, avaient payé de leur poche en moyenne 1 135 \$ en 2015. Les dépenses des ménages de l'Ontario étaient les plus basses (823 \$), et celles des ménages du Québec étaient les plus élevées (1 495 \$) (voir la figure 4).

Figure 4. Coûts moyens payés par les ménages*, par province, 2015



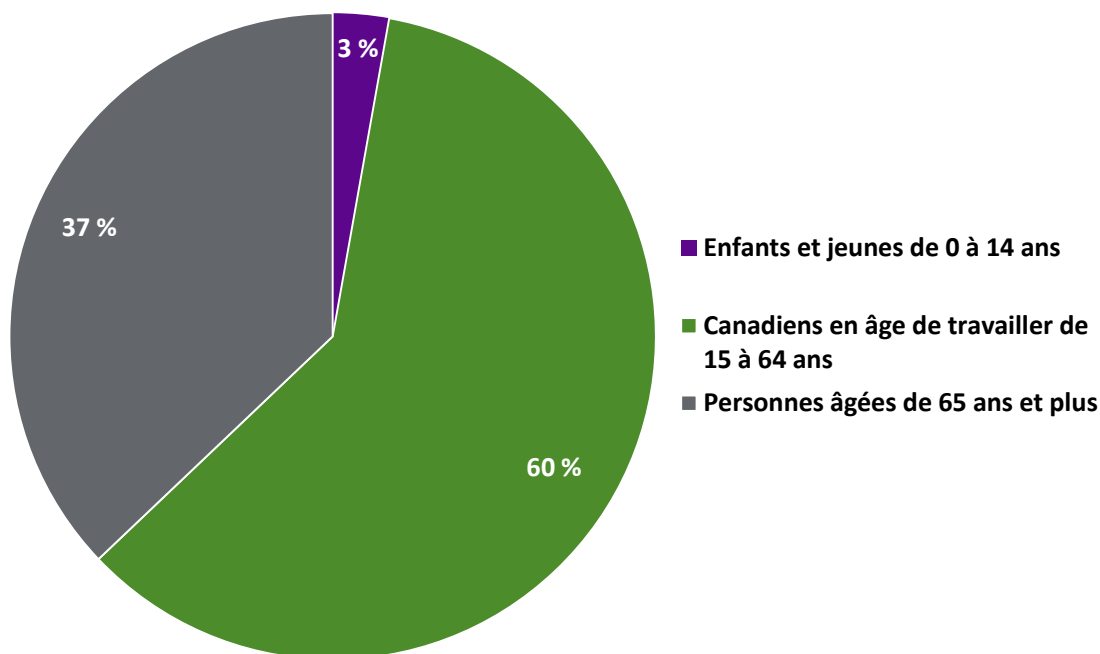
Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de la figure 1-4 dans DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 24.

* Cet indicateur ne comprend pas les montants que paient directement les ménages pour des médicaments en vente libre.

ii. Variations régionales dans les dépenses en médicaments prescrits selon le groupe d'âge

Selon le DPB, les dépenses en médicaments sur ordonnance délivrés à l'extérieur des hôpitaux au Canada varient selon l'âge. En 2015-2016, la part des dépenses pour les personnes âgées de 65 ans et plus était de 37 % (10,6 milliards de dollars), et celle des Canadiens de 15 à 64 ans, de 60 % (17,2 milliards de dollars). Le reste, soit 0,8 milliards de dollars ou 3 %, concernait les dépenses pour les enfants et les jeunes de 0 à 14 ans (voir la figure 5).

Figure 5. Dépenses en médicaments prescrits, par groupe d'âge, au Canada, 2015



Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à l'aide de données tirées du tableau 1-2 dans DPB, Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale, p. 9.

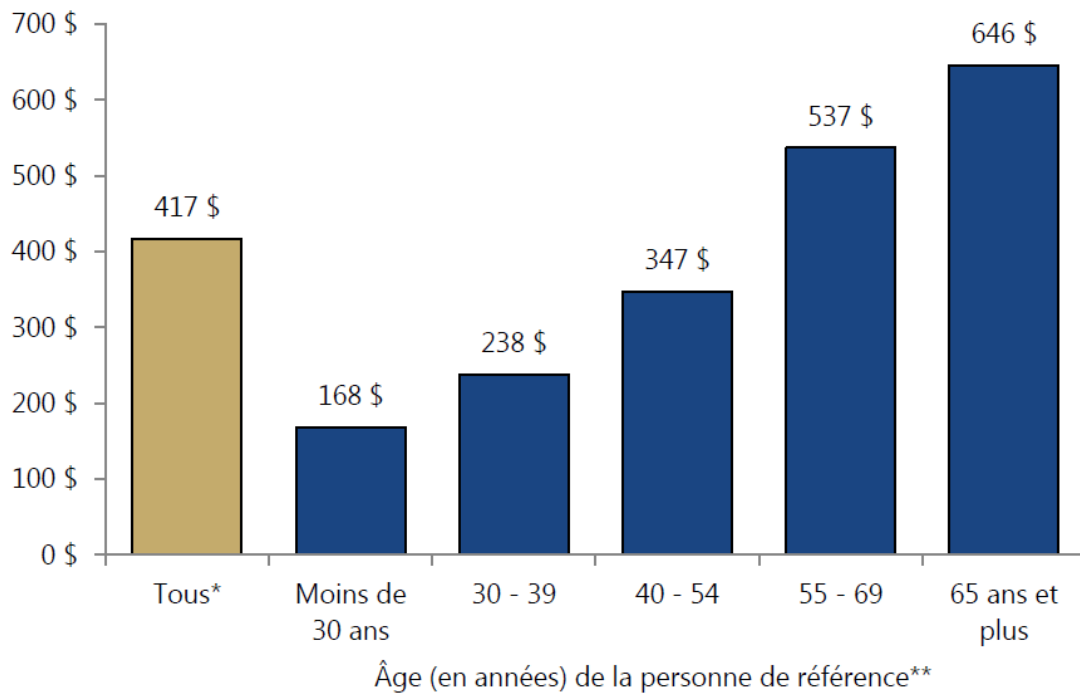
Toujours selon le DPB, le pourcentage des dépenses en médicaments payées par les régimes publics et privés d'assurance ou par les particuliers varie également selon l'âge au Canada. Cette variation s'explique par les nombreux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments qui ciblent des groupes d'âge, en particulier les personnes âgées de 65 ans et plus. En 2015-2016, 70 % et plus des dépenses en médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus ont été assumées par le secteur public. En outre, les aînés ont payé de leur poche une part moins importante des dépenses totales en médicaments, soit de 11 à 13 %, ce qui tient compte de la couverture universelle offerte à ce groupe par l'entremise des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments de même que des primes, contributions et franchises peu élevées dans leur cas. Par contre, les dépenses payées par les personnes âgées, qui étaient évaluées à 646 \$ par personne de 65 ans et plus en 2015, étaient en moyenne quatre fois supérieures à celles des personnes de moins de 30 ans en raison des besoins de santé plus élevés des aînés (voir la figure 6).

Comparativement à celles des personnes âgées, les dépenses en médicaments prescrits des Canadiens en âge de travailler de 15 ans et plus étaient moins prises en charge par les régimes publics (de 19 à 30 %) en 2015 et 2016. Par contre, environ 50 % des médicaments pris par ces Canadiens étaient couverts par des régimes privés



d'assurance, ce qui tient compte du fait que les personnes de ce groupe d'âge sont couvertes en général par l'entremise de leur employeur. De plus, les Canadiens en âge de travailler doivent payer de leur poche un pourcentage plus élevé de leurs médicaments, comparativement aux personnes âgées; ils assument en effet entre 18 et 20 % des coûts totaux liés aux médicaments sur ordonnance délivrés ailleurs que dans un hôpital. En 2015, les montants payés par les Canadiens en âge de travailler étaient plus élevés chez les personnes de plus de 55 ans (voir la figure 6).

Figure 6. Moyenne des dépenses déclarées en médicaments et en produits pharmaceutiques prescrits payées par les particuliers, par groupe d'âge, 2015



Source : Analyse réalisée par le DPB à partir des résultats de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, dans DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 25.

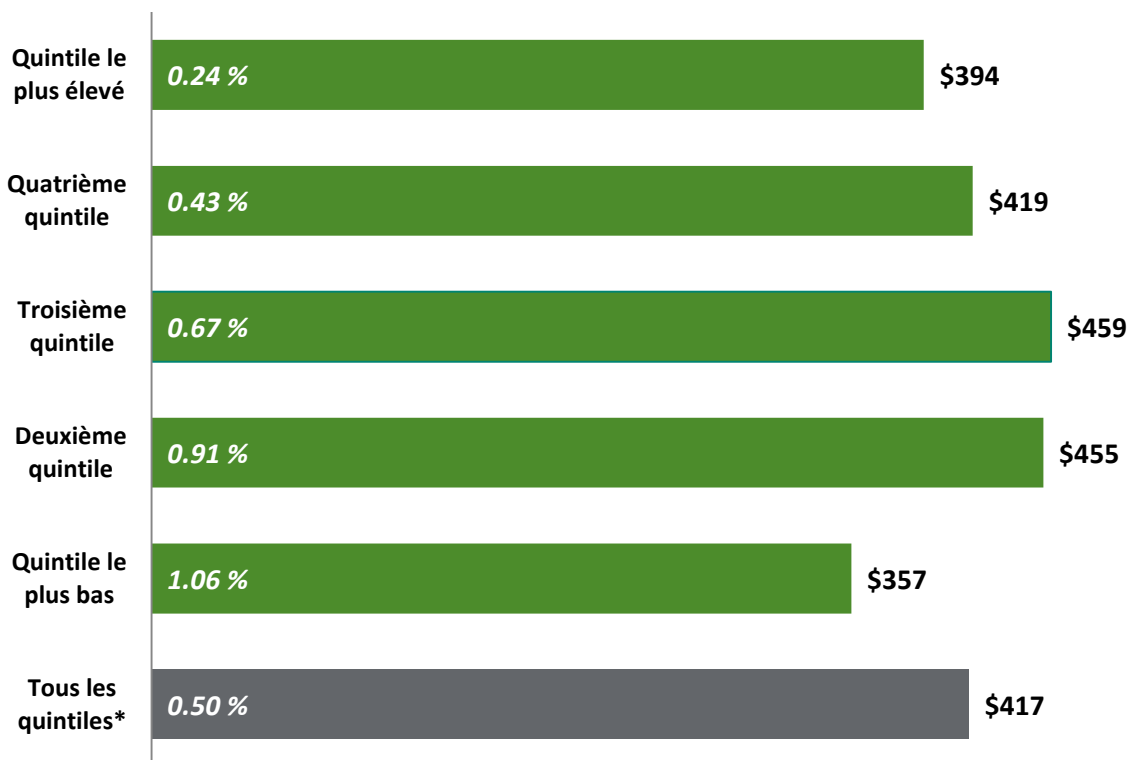
Notes : Les dépenses des particuliers ne comprennent pas les primes payées aux compagnies d'assurance privée, ce qui explique pourquoi la moyenne nationale des dépenses payées par les particuliers est différente des coûts indiqués à la figure 3.

**La personne de référence est le soutien financier principal du ménage.

iii. Fardeau financier que représentent les dépenses en médicaments prescrits pour les ménages, selon le revenu

En se fondant sur les résultats de l'Enquête de 2015 sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, le DPB a également examiné les dépenses en médicaments prescrits autres que celles des hôpitaux, en fonction du revenu. En ce qui concerne les dépenses des particuliers, il a constaté qu'il n'y avait pas d'écarts importants entre les cinq groupes de revenus ou quintiles examinés. En 2015, les dépenses moyennes en médicaments payés par les particuliers ont varié de 357 \$ à 459 \$, pour une moyenne de 417 \$ par ménage. Pour les ménages les plus pauvres, ces dépenses ont constitué toutefois un fardeau plus lourd, puisqu'elles ont représenté plus de 1 % du revenu avant impôt, soit quatre fois plus que pour les ménages canadiens les plus aisés, pour lesquels ces dépenses ont représenté seulement 0,24 % du revenu avant impôt (voir la figure 7).

Figure 7. Pourcentage des dépenses des ménages consacrées aux médicaments et aux produits pharmaceutiques prescrits, selon le quintile de revenu des ménages avant impôt, 2015



Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de l'analyse statistique des données de Statistique Canada réalisée par le DPB à la figure 1-6 dans DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 26.



B. Tendances actuelles en matière de dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance au Canada

Des représentants de l'ICIS et du CEPMB ont informé le Comité que différents facteurs influent sur les dépenses en médicaments sur ordonnance au Canada, par exemple les changements dans le prix des médicaments, les effets démographiques, le nombre de prescriptions et le type de médicaments prescrits. Bien que le Canada soit parvenu à réduire les dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance en obtenant une baisse du prix des médicaments génériques et brevetés par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ces réductions ont été annulées par la hausse des dépenses en médicaments spécialisés onéreux, par exemple les médicaments biologiques, les médicaments oncologiques et les médicaments contre des maladies rares, qui exercent une pression accrue sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments publics et privés⁸⁸. Selon Tanya Potashnik, directrice, Direction des politiques et de l'analyse économique au CEPMB, en 2014, les dépenses des Canadiens en médicaments biologiques et oncologiques ont connu une hausse supérieure à 10 %, et les dépenses en nouveaux médicaments ont à elles seules décuplé, les nouveaux médicaments pour soigner l'hépatite C étant responsables en grande partie de ces fortes augmentations⁸⁹. Le D^r Christopher McCabe, chaire de recherche La Capitale en santé, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, a expliqué que, bien que les répercussions budgétaires individuelles des médicaments pour maladies rares⁹⁰ soient petites, à près de 100 000 \$ par année par patient, leurs répercussions budgétaires globales prennent de l'ampleur lorsque l'accessibilité au médicament est offerte à tous les patients admissibles. Le D^r McCabe a expliqué que l'on s'attend à ce que les répercussions des médicaments contre les maladies rares sur les régimes d'assurance-médicaments publics et privés augmenteront « avec les centaines de médicaments orphelins qui arrivent⁹¹ ». D'autres facteurs, tels que les profils démographiques changeants, contribuent aussi de manière importante à l'augmentation des dépenses en médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments (voir le tableau 1 pour plus de détails).

88 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1555 (Diverty; Tanya Potashnik, directrice, Direction des politiques et de l'analyse économique, CEPMB).

89 *Ibid.*, 1605 (Tanya Potashnik).

90 Selon la définition provisoire établie par Santé Canada, une « maladie rare » est une maladie qui touche moins d'une personne sur 2 000 au Canada. HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 30 mai 2016, 1535 (Durhane Wong-Rieger, présidente-directrice général, Organisation canadienne des maladies rares).

91 *Ibid.*, 1555 (Christopher McCabe, chaire de recherche La Capitale en santé, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta).

Tableau 1. Principaux facteurs d'accroissement des coûts des régimes publics d'assurance-médicaments, 2015-2016

Facteur de coût	Explication	Effets sur les régimes publics d'assurance-médicaments (% d'augmentation ou de diminution des coûts), 2015-2016
Effets des prix	Variation des prix des médicaments génériques et de marque Effets de la substitution des médicaments de marque par des médicaments génériques	-1,8 % (réduction des prix des médicaments génériques) -2,3 % (substitution des médicaments génériques)
Effets des changements démographiques	Effets liés à la population : variations du nombre de bénéficiaires actifs et variations de la répartition de la population selon l'âge et le sexe	3,0 %
Effets liés au volume	Effets liés au volume des ordonnances : variations du nombre d'ordonnances reçues par les patients, du nombre moyen de doses et des concentrations.	1,2 %
Effets liés à la combinaison des médicaments	Variations de la consommation des types de médicaments prescrits, dus aux changements dans les plans de traitement, les pratiques d'ordonnance, la prévalence des maladies et les médicaments qui arrivent sur le marché ou qui en sont retirés.	12,1 % (8,8 % médicaments pour l'hépatite C) (4,1 % autres médicaments)
Variation nette des coûts des médicaments		12 %

Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de CEPMB, [Rapport annuel 2016](#), 2017, p. 50.

Enfin, les traitements onéreux mis au point pour certaines maladies (qui peuvent coûter plus de 10 000 \$ par personne) touchant un petit nombre de personnes sont à l'origine d'une part grandissante des dépenses des régimes publics et privés d'assurance-médicaments. D'ailleurs, le tiers des dépenses des régimes publics en 2016 était attribuable



aux 2 % des bénéficiaires dont les médicaments coûtaient au total 10 000 \$ par année⁹². Ces bénéficiaires suivaient de nouveaux traitements très coûteux, généralement pour des maladies chroniques comme l'hépatite C, la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn⁹³. De même, 14 % des participants à des régimes privés étaient à l'origine de 72 % des dépenses totales engagées par les compagnies d'assurance privées pour le remboursement des médicaments, et les réclamations des participants ayant dépassé 10 000 \$ par année ont représenté 28,8 % des dépenses totales en 2016⁹⁴. D'après Express Scripts Canada, les personnes qui souscrivent à un régime privé et dont les réclamations dépassent les 10 000 \$ sont les personnes vivant avec plusieurs maladies chroniques, qui elles-mêmes peuvent nécessiter des traitements coûteux⁹⁵.

COMMENT LE CANADA SE COMPARE-T-IL AUX AUTRES PAYS?

Des représentants de l'ICIS et du CEPMB ont informé le Comité que les dépenses en médicaments sur ordonnance au Canada sont beaucoup plus élevées que dans les autres pays de l'OCDE⁹⁶. En 2015, les dépenses en médicaments sur ordonnance par habitant au Canada étaient les plus élevées des 29 pays de l'OCDE, après les États-Unis et la Suisse. Les dépenses en médicaments (incluant les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables), évaluées à 1 012 \$ par habitant au Canada, étaient environ 35 % plus élevées que la moyenne des pays de l'OCDE (voir la figure 8).

92 ICIS, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017, p. 7.

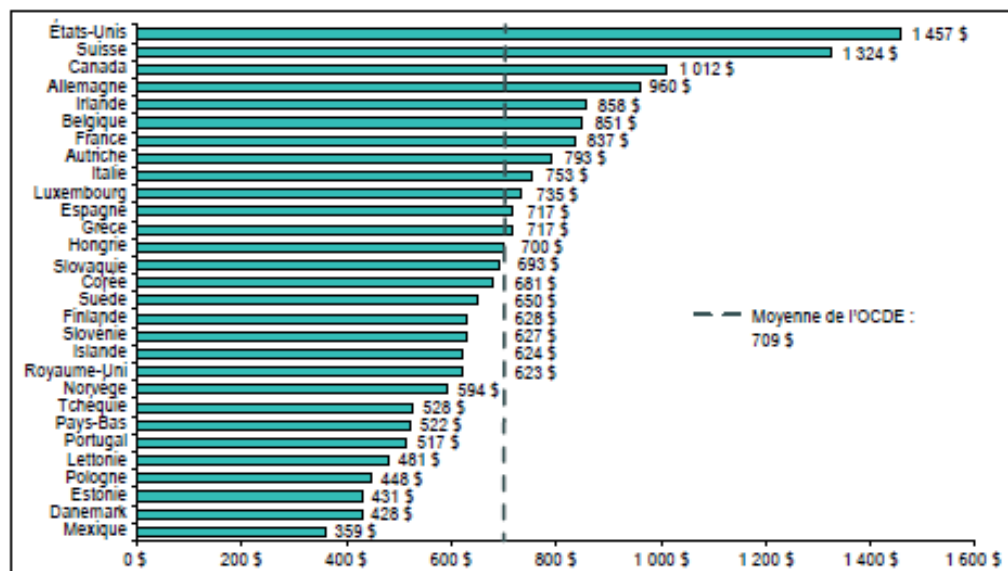
93 *Ibid.*, p. 27.

94 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 20.

95 Express Scripts Canada, *Rapport d'Express Scripts Canada sur les tendances en matière de médicaments en 2016*, p. 9.

96 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1555 (Diversity, Potashnik).

Figure 8. Total des dépenses en médicaments par habitant selon la parité des pouvoirs d'achat, en dollars canadiens, 29 pays de l'OCDE, 2015



Remarques

* Comprend les produits pharmaceutiques et les autres produits médicaux non durables.

† Pays pour lesquels des données ont été déclarées en 2015.

Source

Organisation de coopération et de développement économiques. [Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017](#). 2017.

Source : ICIS, [Coup d'œil sur les dépenses en médicaments](#), 2017.

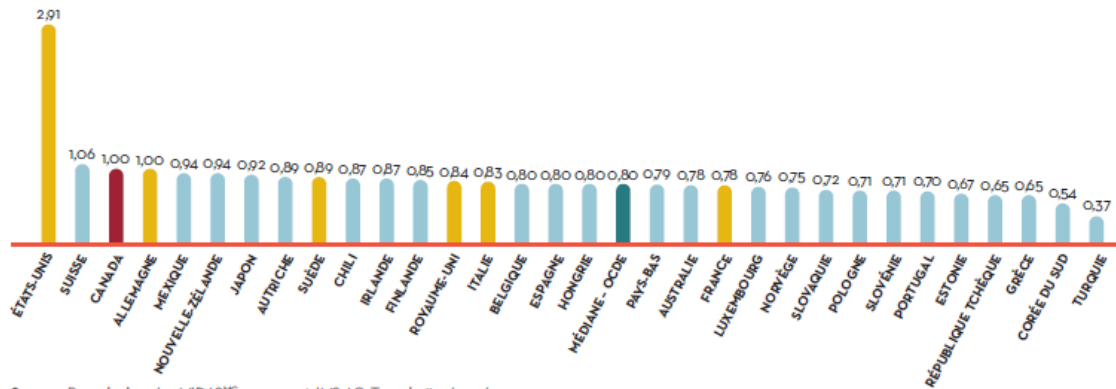
Selon le CEPMB, les prix des médicaments brevetés canadiens étaient également parmi les plus élevés des pays de l'OCDE en 2016, arrivant de nouveau au troisième rang après ceux des États-Unis et de la Suisse (voir la figure 9). M^{me} Potashnik a expliqué au Comité que malgré le prix relativement élevé des médicaments brevetés au Canada, les activités de recherche et de développement (R et D) des compagnies pharmaceutiques représentent environ 5 % des ventes, ce qui est nettement inférieur au ratio moyen de R et D dans les pays de comparaison, qui se situe à 20 %⁹⁷. Par ailleurs, les prix des médicaments génériques au Canada ont baissé substantiellement entre 2010 et 2015, mais ils sont encore 9 % supérieurs à la moyenne de l'OCDE⁹⁸.

97 Ibid. (Potashnik).

98 CEPMB, [Médicaments génériques au Canada, 2015](#).



Figure 9. Ratios moyens des prix pratiqués à l'étranger par rapport au Canada⁹⁹, médicaments brevetés, OCDE, 2016



Source : Base de données MIDASTM, 2005-2016, IMS AG. Tous droits réservés.

Source : CEPMB, [Rapport annuel 2016](#), 2017, p. 34.

Contrairement à la plupart des États dotés de régimes de santé universels, le Canada n'a pas de régime public universel d'assurance pour les médicaments sur ordonnance. En ce qui concerne la couverture des médicaments sur ordonnance par les régimes publics, en 2015, le Canada arrivait au 26^e rang (sur 28 pays de l'OCDE), derrière les États-Unis, couvrant seulement 36,3 % du coût des médicaments, dont les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables¹⁰⁰. Selon l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé de 2016, 10,2 % des répondants canadiens ne prenaient pas leurs médicaments à cause de leur coût, plaçant le Canada à l'avant-dernier rang des pays visés par l'enquête (voir la figure 10). Lors de sa comparution devant le Comité, Glenn Monteith, vice-président de l'Innovation et de la viabilité des soins de santé chez Médicaments novateurs Canada, a aussi signalé qu'au Canada, les médicaments novateurs sont moins couverts par les régimes publics que dans les autres pays¹⁰¹. D'après une étude réalisée par Médicaments novateurs Canada, des 121 nouveaux médicaments

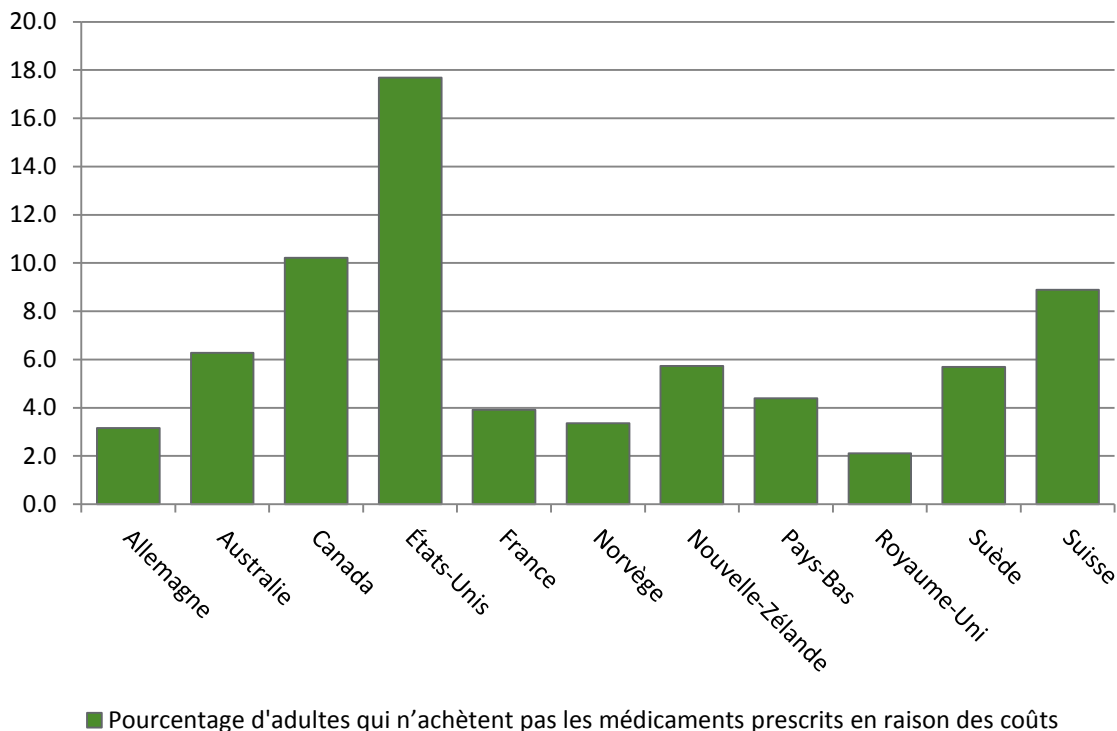
99 CEPMB, [Rapport annuel 2016](#), 2017, p. 32. Le ratio des prix étrangers par rapport aux prix canadiens est une comparaison entre le prix national moyen d'un médicament au Canada, fondé sur le prix départ usine du fabricant dans le secteur de la vente au détail, et le prix moyen pondéré en fonction des ventes dans un autre pays. Aux fins de l'analyse, une valeur de 1 est attribuée au prix du médicament breveté canadien, et le prix étranger est exprimé en tant que pourcentage du prix canadien. Si le ratio moyen des prix étrangers par rapport aux prix canadiens est inférieur à 1, le prix moyen étranger est plus bas que le prix canadien. Si le ratio est supérieur à 1, ce prix est plus élevé.

100 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1555 (Diverty); et ICIS, « [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments — Comparaisons internationales, Tableaux de données](#) », 2017.

101 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1555 (Glenn Monteith, vice-président, Innovation et viabilité des soins de santé, Médicaments novateurs Canada).

homologués au Canada de 2010 à 2014, seulement 37 % étaient remboursés par des régimes publics en date du 31 décembre 2015, classant le Canada 18^e sur 20 pays¹⁰².

Figure 10. Pourcentage d'adultes qui n'achètent pas les médicaments prescrits ou qui sautent des doses en raison des coûts, par pays, 2016



Source : Tableaux de données de l'ICIS : *Résultats du Canada : Enquête internationale 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes dans 11 pays*, présenté par Marc-André Gagnon, professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton.

102 *ibid.*

PARTIE II : DÉFIS TOUCHANT LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE AU CANADA

Des témoins ont expliqué que d'importants défis se posent pour la variété de régimes publics et privés d'assurance-médicaments au Canada et qu'une réforme en profondeur s'impose. Plus précisément, les témoins ont parlé de la nécessité de combler les écarts dans la couverture des médicaments sur ordonnance; d'éliminer les variations entre les formulaires pharmaceutiques à l'échelle du pays; de limiter l'augmentation des coûts des produits pharmaceutiques sur ordonnance et de réduire le fardeau financier que font peser les régimes privés sur les employeurs et les employés. Les témoins ont également indiqué qu'une telle réforme doit s'attaquer au problème des prescriptions excessives des médecins et au manque de systèmes de données et d'information. Les sections ci-dessous donnent un aperçu de ces questions.

A. Écart dans la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance

Selon les témoins, de nombreux Canadiens n'ont aucune forme d'assurance-médicaments, et il s'agit là d'un des enjeux les plus importants en matière de couverture des médicaments sur ordonnance au Canada. Selon M^{me} Hoffman, en raison de l'amalgame des régimes privés et publics au Canada, « environ 10 % des Canadiens n'ont accès à aucune forme utilisable d'assurance-médicaments¹⁰³ ». Ces personnes doivent assumer entièrement le coût de leurs médicaments¹⁰⁴.

« En Ontario, de 2002 à 2008, plus de 700 patients diabétiques âgés de moins de 65 ans [sont] décédés prématurément chaque année en raison d'un accès inéquitable à des médicaments d'ordonnance essentiels. »

Steven Morgan, professeur,
École de santé publique et de santé des populations,
Université de la Colombie-Britannique

103 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman).

104 *Ibid.*



Le Comité a appris que les personnes qui gagnent un revenu relativement faible ou encore qui travaillent à temps partiel ou occupent un emploi précaire sont les moins susceptibles d'avoir accès à une assurance-médicaments par l'entremise de leur employeur. Victor Elkins, vice-président régional (Colombie-Britannique) du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), a expliqué au Comité que seulement 32 % des personnes gagnant entre 10 000 \$ et 20 000 \$ reçoivent des prestations de maladie de leur employeur¹⁰⁵. Par ailleurs, seulement 27 % des employés à temps partiel ont droit à de telles prestations de la part de leurs employeurs, comparativement à 73 % des

« C'est le genre d'histoires que nous entendons tous les jours. Que pouvons-nous donc faire? »

Connie Côté,
directrice générale, Coalition canadienne
des organismes de bienfaisance en santé

employés à temps plein¹⁰⁶. D^{re} Danielle Martin, vice-présidente des Affaires médicales et solutions destinées au système de santé au Women's College Hospital, a expliqué que l'écart dans la couverture des médicaments sur ordonnance ne se limite pas seulement aux personnes à faible revenu, mais touche aussi les travailleurs autonomes et les employés de petites entreprises qui n'offrent pas de prestations de santé¹⁰⁷.

Enfin, dans son mémoire, le Wellesley Institute signale des écarts entre les sexes, précisant que 61 % des employées avaient accès à une assurance-médicaments fournie par l'employeur, par rapport à 67 % des employés de sexe masculin¹⁰⁸, probablement parce que les femmes sont plus susceptibles d'occuper des postes à temps partiel que les hommes. En outre, il se peut que des femmes sans assurance soient couvertes par le régime de l'employeur de leur partenaire. Toutefois, ces femmes sont vulnérables s'il advient des changements dans leur état matrimonial ou dans l'emploi de leur partenaire¹⁰⁹.

Le Comité a également appris qu'« [u]ne autre tranche de 10 % des Canadiens pourrait être considérée comme sous-assurée. Les personnes dont il est question sont

105 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0905 (Victor Elkins, vice-président régional pour la Colombie-Britannique, Syndicat canadien de la fonction publique).

106 SCFP, « *Élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments* », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, septembre 2016.

107 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1540 (Danielle Martin, vice-présidente, Affaires médicales et solutions destinées au système de santé, Women's College Hospital).

108 SCFP, « *Élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments* », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, septembre 2016. Wellesley Institute, *Low Earnings, Unfilled Prescriptions: Employer-Provided Health Benefit Coverage in Canada*, juillet 2015, document de référence cité par SCFP.

109 *Ibid.*

confrontées à des coûts de médicaments très élevés qui dépassent les limites de leur régime d'assurance-médicaments, ce qui les laisse aux prises avec d'importantes sommes à payer personnellement¹¹⁰. » Le Comité a entendu que les personnes atteintes de maladies ou de troubles chroniques sont plus susceptibles d'être sous-assurées. Elles doivent souvent payer des primes plus élevées, elles dépassent fréquemment les seuils annuels ou mensuels et se voient parfois carrément refuser une couverture¹¹¹.

D'après les témoins, les Canadiens qui n'ont pas d'assurance-médicaments ou dont l'assurance n'est pas suffisante font face à des coûts élevés et, pour cette raison, peuvent renoncer à prendre leurs médicaments, ce qui nuit à leur santé. Dans le cadre de son analyse, le DPB a déterminé qu'en 2008, environ 20 % des ménages au Canada avaient consacré plus de 1 % de leur revenu après impôt aux médicaments sur ordonnance, et que 3 % des ménages y avaient consacré plus de 5 % de leur revenu après impôt¹¹². En Saskatchewan, au Manitoba, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, plus de 20 % des ménages avaient consacré 1 % de leur revenu après impôts aux médicaments délivrés sur ordonnance en 2008¹¹³.

Shachi Kurl, directrice exécutive, Institut Angus Reid a précisé qu'en raison des coûts qu'ils doivent payer, 23 % des Canadiens ont indiqué, en 2015, qu'eux-mêmes ou une personne de leur ménage ne prenaient pas leurs médicaments sur ordonnance¹¹⁴. Selon D^{re} Jan Hux, conseillère scientifique principale de l'Association

« Au Canada, les coûts associés au non-respect de la médication seraient de 7 à 9 milliards de dollars par année, selon les estimations. Aux États-Unis, ces coûts évitables pour le régime de santé seraient d'environ 100 à 300 milliards de dollars. Ces coûts ont été établis et seraient en grande partie attribuables au fait que certaines personnes ne peuvent pas prendre les médicaments qui leur sont prescrits. »

Monika Dutt, présidente,
Médecins canadiens pour le régime public

110 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman).

111 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1535 (Natasha Mistry, directrice, Relations avec les intervenants et développement communautaire, Association canadienne des individus retraités).

112 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 22.

113 *Ibid.*

114 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1530 (Shachi Kurl, directrice générale, Institut Angus Reid).



canadienne du diabète, les personnes souffrant d'une maladie chronique sont plus susceptibles de payer des coûts de leurs poches. Une étude révèle que 23 % des gens atteints de ce genre de maladies ne prenaient pas leurs médicaments en raison des coûts, comparativement à 10 % pour la population générale¹¹⁵. D^{re} Jan Hux a expliqué que les

« L'équipe a constaté qu'en bout de ligne, le nombre total d'événements vasculaires ou des événements négatifs observés chez les personnes bénéficiant d'une couverture complète était beaucoup moins élevé que dans l'autre groupe. Ces personnes avaient moins d'AVC et d'autres répercussions de santé que l'autre groupe. Ce n'est pas tout, elles étaient beaucoup plus susceptibles de prendre leurs médicaments, et il importe de souligner que le total des frais de santé encourus a diminué de 5 700 \$US par personne en moyenne dans le groupe dont les médicaments étaient couverts à 100 %. »

Monika Dutt, présidente,
Médecins canadiens pour le régime public

diabétiques qui omettent de prendre leurs médicaments augmentent leurs risques d'avoir des complications à long terme, comme les risques de cécité, d'amputation et de maladies du cœur. La Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé a également fait connaître au Comité l'expérience de patients dont l'état de santé s'est détérioré puisqu'ils n'avaient pas les moyens financiers nécessaires pour se procurer leurs médicaments :

Un patient atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique visite un médecin à maintes reprises. En raison d'exacerbations sévères, le patient revient constamment à la clinique, et il se rend parfois à l'urgence. Le médecin craint que le traitement prescrit ne soit inefficace, jusqu'au jour où le patient lui avoue qu'il utilise son inhalateur une fois par jour seulement au lieu de deux, tel que prescrit. Pourquoi agit-il de la sorte? Parce qu'il n'a pas les moyens de renouveler son ordonnance. Il a donc décidé de réduire le nombre de doses quotidiennes pour faire durer le médicament un peu plus longtemps [...] C'est le genre d'histoires que nous entendons tous les jours. Que pouvons-nous donc faire¹¹⁶?

115 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0935 (Jan Hux, conseillère scientifique principale, Association canadienne du diabète).

116 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 16 mai 2016, 1600 (Connie Côté, directrice générale, Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé).

Des témoins ont expliqué au Comité que les coûts des médicaments prescrits à la charge des particuliers ont non seulement des conséquences sur la santé des Canadiens, mais ont aussi pour effet d'accroître considérablement les coûts pour le système de santé canadien. Selon la D^{re} Monika Dutt, présidente de Médecins canadiens pour le régime public, les personnes qui ne se procurent pas leurs médicaments car elles n'en ont pas les moyens coûtent aux systèmes de soins de santé canadiens entre 7 et 9 milliards de dollars par année¹¹⁷. D^{re} Dutt a présenté les résultats d'une étude réalisée aux États-Unis et qui montrait une réduction de 11 % des problèmes vasculaires chez les personnes à qui l'on avait fourni sans frais des médicaments visant à prévenir les complications cardiaques. Cela représentait une réduction moyenne des frais de santé de 5 700 \$US par patient¹¹⁸. Elle a précisé que les participants du groupe témoin avaient une forme d'assurance-médicaments, mais qu'ils devaient payer une contribution de 10 \$, ce qui prouve que le fait d'avoir à payer de sa poche même un petit montant empêche certaines personnes de prendre leurs médicaments. Elle a ajouté que les résultats ont été semblables lorsque l'étude a été reproduite en Ontario.

« Pour quelqu'un qui ne peut pas se permettre un déductible de 3, 5, 10 ou 12 % de son salaire, avoir droit à [un régime de couverture des médicaments onéreux], c'est comme n'avoir droit à aucune assurance. »

Danielle Martin, vice-présidente,
Affaires médicales et solutions destinées au
système de santé, Women's College Hospital

Le Comité a entendu que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont tenté, au cours des dernières années, de combler les écarts en matière de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance en offrant des régimes de couverture des médicaments onéreux aux personnes dont les dépenses en médicaments sont élevées en proportion de leur revenu¹¹⁹. Or, les personnes doivent quand même parfois payer jusqu'à 1 000 \$ de leur poche avant d'être couvertes, car ces régimes exigent que les participants assument l'équivalent de 1,25 à 12 % de leur revenu en dépenses de

117 HESA, *Témoignages*, 6 juin 2016, 1630 (Monika Dutt, présidente, Médecins canadiens pour le régime public).

118 Ibid., 1600.

119 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1530 (Steven Morgan, professeur, École de santé publique et de santé des populations, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).



médicaments. Ces gens n'ont donc, dans les faits, aucune forme d'assurance-médicaments permanente¹²⁰.

Pour ces raisons, tous les intervenants ayant comparu devant le Comité, dont les groupes de patients, les fournisseurs de soins de santé, les représentants du secteur de l'assurance privée, les fabricants de médicaments novateurs, les syndicats, les employeurs et les universitaires, s'entendaient pour dire qu'il faut combler l'écart en matière de couverture des médicaments sur ordonnance pour corriger les inégalités entre les Canadiens. Bien que les témoins ne s'entendaient pas sur la façon de combler l'écart (expansion des régimes actuels ou création d'un régime ciblé), la vaste majorité d'entre eux étaient d'avis que la solution devait être la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments. Ces différentes options sont analysées plus loin dans le présent rapport.

B. Variation dans les formulaires pharmaceutiques des différents régimes de couverture des médicaments délivrés sur ordonnance

En plus de celles occasionnées par les écarts dans la couverture des médicaments sur ordonnance, le Comité a entendu que les Canadiens faisaient aussi face à des inégalités dues aux différences dans les formulaires pharmaceutiques des divers régimes d'assurance-médicaments. Les témoins ont indiqué que les formulaires pharmaceutiques des régimes provinciaux et territoriaux ont quelques points communs, mais qu'il y a d'importantes différences en ce qui concerne l'inscription des médicaments spécialisés coûteux, tels que les produits biologiques ainsi que les médicaments contre le cancer et pour traiter les maladies rares¹²¹. Par exemple, selon Natasha Mistry, directrice de l'Association canadienne des individus retraités, la Société gastro-intestinale a produit un rapport indiquant que l'accès aux traitements biologiques pour les personnes atteintes d'une maladie intestinale inflammatoire variait d'une province à l'autre en raison des différents critères établis dans les formulaires pharmaceutiques pour ces médicaments¹²².

Le Comité a également entendu qu'il est difficile d'harmoniser les formulaires pharmaceutiques des régimes d'assurance-médicaments fédéraux avec ceux des provinces et des territoires, en raison des variations dans les décisions relatives à

120 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman).

121 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1545 (Cindy Forbes, présidente, Association médicale canadienne); et HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 30 mai 2016, 1535 (Wong-Rieger).

122 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1535 (Mistry).

l'inscription des médicaments¹²³. Dans un document d'information présenté au Comité, l'Assemblée des Premières Nations signale que les différences dans les décisions relatives à l'inscription des médicaments et les critères d'accès entre les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux créent des inégalités et des obstacles pour les membres des Premières Nations qui ont recours aux SSNA¹²⁴. L'Assemblée explique, par exemple, que le formulaire pharmaceutique du Manitoba couvre l'Apretitant, un médicament pris avant la chimiothérapie afin de prévenir les nausées et les vomissements. Or, l'Apretitant fait partie des médicaments d'exception du formulaire des SSNA. Il faut donc obtenir une autorisation spéciale, ce qui retarde l'accès aux soins pour les clients des Premières Nations¹²⁵.

L'Association médicale canadienne a soulevé un autre problème : les variations entre les formulaires pharmaceutiques pour les médicaments reçus dans un hôpital ou hors milieu hospitalier au sein des provinces et des territoires, plus particulièrement dans le cas de nouveaux médicaments contre le cancer, qui sont souvent prescrits et pris à l'hôpital, mais qui peuvent maintenant être fournis et reçus ailleurs qu'à l'hôpital¹²⁶. Le Comité a entendu que ces médicaments sont couverts en entier si le patient les prend à l'hôpital, mais qu'ils ne sont pas nécessairement couverts par les régimes d'assurance-médicaments de leur province une fois que le patient quitte l'hôpital. Brian O'Rourke, président-directeur général de l'ACMTS, a expliqué que pour pallier le problème, l'Agence mène des négociations avec les provinces et les territoires afin d'élargir son mandat et ainsi évaluer les médicaments reçus dans les hôpitaux et ailleurs de manière à uniformiser les formulaires tant pour le secteur hospitalier que pour les régimes d'assurance publics¹²⁷. Il a ajouté que l'Agence aura besoin de ressources supplémentaires pour élargir son mandat en conséquence.

Enfin, les témoins ont indiqué qu'il y a des variations importantes entre les formulaires des régimes publics et privés. Étant donné que les formulaires des régimes privés sont souvent ouverts et comportent donc peu de restrictions quant au nombre et aux types de médicaments prescrits, les patients ont un meilleur accès aux médicaments, et ce dans un délai plus opportun, dans le cadre de ces régimes que dans le cadre des régimes privés. Par exemple, M. Monteith a mentionné une étude indiquant que des 464 nouveaux médicaments approuvés par Santé Canada de 2004 à 2013, 89 % étaient couverts par au

123 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} décembre 2016, 0925 (Perron et Doiron).

124 Assemblée des Premières Nations (APN), *Plan de transformation de la santé des Premières Nations*, février 2017.

125 *Ibid.*, p. 97.

126 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1545 (Forbes).

127 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1630 (O'Rourke).



moins un régime privé d'assurance-médicaments, mais seulement 50 % étaient couverts par au moins un régime public en date du 31 janvier 2015¹²⁸. En ce qui concerne les délais, Frank Swedlove, président et chef de la direction de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, a indiqué que le processus d'inscription d'un médicament sur un formulaire prenait en moyenne 312 jours dans le cas des régimes publics et seulement 143 dans le cas des régimes privés¹²⁹, selon une étude effectuée en 2012 par le Canadian Health Policy Institute, un groupe de réflexion privé¹³⁰.

Les témoins ont donc recommandé une plus grande harmonisation des formulaires pharmaceutiques des régimes d'assurance-médicaments au Canada, proposant, pour y

« Nous sommes bien placés pour contribuer à l'établissement d'une liste nationale des médicaments assurés, comme le veut la lettre de mandat de la ministre de la Santé, dans le but de rendre les produits pharmaceutiques plus accessibles et plus abordables pour les Canadiens. »

Brian O'Rourke,
président-directeur général, ACMTS

parvenir, la création d'un formulaire national commun. Dans son témoignage, M. Swedlove a précisé que l'industrie de l'assurance-médicaments privée appuie la création d'un formulaire national minimum, qui garantirait une couverture de base à tous les Canadiens¹³¹. Il a ajouté que les régimes publics et privés doivent adopter une approche commune afin d'assurer le remboursement des médicaments pour les maladies rares, dont les coûts sont très élevés malgré le faible nombre de personnes atteintes. Les groupes de patients étaient également favorables à la création d'un

formulaire national commun. Ils ont toutefois insisté sur le fait qu'un tel formulaire ne doit pas être trop restrictif et doit permettre aux patients de faire des choix, car les gens ne réagissent pas tous de la même façon aux médicaments, surtout dans le cas des nouveaux médicaments biologiques coûteux¹³². Jim Keon, président de l'Association

128 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1555 (Monteith).

129 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1600 (Frank Swedlove, président et chef de la direction, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes).

130 Canadian Health Policy Institute, [About CHPI](#).

131 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1545 (Frank Swedlove).

132 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 29 novembre 2016, 0855 (Janet Yale, présidente et chef de la direction, Société de l'arthrite).

canadienne du médicament générique, a déclaré que les fabricants sont également en faveur d'une meilleure harmonisation des formulaires des régimes publics et privés, car cela éliminerait les dédoublements associés aux différents processus d'inscription en place dans chaque province et territoire, qui ont pour effet d'accroître les frais administratifs, tant pour les fabricants que pour les régimes d'assurance-médicaments¹³³. Enfin, Brian O'Rourke a mentionné que son organisme serait bien placé pour contribuer à l'élaboration d'un formulaire national¹³⁴.

C. Gestion des coûts croissants des médicaments délivrés sur ordonnance

Le Comité a appris que les administrateurs des régimes publics et privés d'assurance-médicaments au pays ont de la difficulté à gérer les coûts grandissants des médicaments sur ordonnance. Bien que le Canada ait mis en place des mécanismes, comme l'ACMTS, le CEPMB et l'APP, le Comité a entendu que les Canadiens payent davantage et plus cher les médicaments sur ordonnance que les habitants de la plupart des autres pays de l'OCDE. Comme on l'indique dans les pages précédentes du rapport, en 2015 et en 2016, le Canada arrivait aux deuxième et quatrième rangs dans le monde en ce qui concerne les dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments brevetés. Les témoins ont proposé des moyens d'améliorer les approches utilisées actuellement au Canada pour gérer les coûts des médicaments sur ordonnance et ainsi réaliser des économies plus grandes et améliorer la qualité des soins. Les régimes d'assurance-médicaments au Canada seraient alors en mesure de réagir plus efficacement à l'augmentation des coûts des médicaments spécialisés, tels que les médicaments biologiques, les médicaments contre le cancer et ceux pour traiter les maladies rares.

1. Alliance pancanadienne pharmaceutique

Le Comité a entendu que l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) avait permis de réaliser des économies considérables en négociant des prix avec les fabricants de médicaments brevetés et génériques. Selon W. Neil Palmer, président et consultant principal de PDCI Market Access, l'APP a négocié des réductions de prix pour plus de 100 produits brevetés au nom des administrateurs des régimes publics d'assurance-médicaments, ce qui a mené à des économies d'un demi-milliard de dollars par

133 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0920 (Jim Keon, président, Association canadienne du médicament générique).

134 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1630 (O'Rourke).



année¹³⁵. Le Comité a également appris que l'APP avait mis en place un cadre de tarification par niveau et que le prix de 18 des médicaments d'ordonnance génériques qui se vendent le plus avait été réduit à 18 % du prix des médicaments brevetés équivalents, ce qui représente des économies de 1,6 milliard de dollars sur la durée de l'entente avec l'Association canadienne des médicaments génériques¹³⁶. Le Comité a également appris que les réductions de prix négociées par l'APP dans le cas des médicaments génériques profitent à la fois aux régimes publics et privés d'assurance-médicaments au Canada.

Malgré les réussites de l'APP, Doug Coyle, professeur et directeur par intérim de l'École d'épidémiologie, de santé publique et de médecine préventive de l'Université d'Ottawa, a expliqué au Comité que l'Alliance pourrait négocier des réductions de prix encore plus importantes si elle avait en place un cadre transparent de négociation des prix, assorti de critères bien précis permettant de déterminer si le prix d'un médicament fixé par les

« Une mauvaise entente est une entente secrète sur les prix dont personne ne sait si elle est bonne. »

Anne Holbrook, médecin et pharmacologue clinique, professeure et directrice, Division de pharmacologie et de thérapeutique cliniques, Université McMaster

fabricants est représentatif des avantages pour la santé qui y sont associés¹³⁷. Selon lui, l'APP semble accepter les réductions offertes par les fabricants au lieu de négocier des réductions plus importantes en se fondant sur des données scientifiques illustrant les bienfaits des médicaments. En outre, les négociations dirigées par l'APP manquent de transparence et ne sont soumises à aucune surveillance publique. Par conséquent, le public

ne peut pas déterminer si l'APP obtient réellement un bon rapport qualité-prix. M. Coyle a donné l'exemple des négociations menées par l'APP pour Soliris, un médicament qui coûte 500 000 \$ par patient par année. Bien que l'APP ait réussi à obtenir une réduction du prix, les résultats d'une analyse indépendante indiquaient que cela vaudrait la peine de financer ce médicament seulement si on en réduisait le prix de 98,5 %¹³⁸. Les témoins ont exprimé

135 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2016, 1550 (W. Neil Palmer, président et consultant principal, PDCI Market Access).

136 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0920 (Keon).

137 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 29 novembre 2016, 0915 (Doug Coyle, professeur et directeur par intérim, École d'épidémiologie, de santé publique et de médecine préventive de l'Université d'Ottawa, à titre personnel).

138 *Ibid.*

des vues différentes sur les avantages et inconvénients du processus confidentiel de négociation des prix des médicaments de l'APP, mais ils s'entendaient toutefois pour dire qu'il faut « un ensemble de principes qui garantiront que nous prenons les meilleures décisions possible au sujet des médicaments qui sont inscrits sur les listes de médicaments faisant l'objet d'un financement public et de ceux qui ne s'y trouvent pas. Ces principes doivent être transparents. Ils doivent être approuvés par les décideurs et, surtout, par le public et les patients, afin que nous ne désavantagions pas des personnes souffrant de maladies rares ou des personnes qui sont atteintes de certaines conditions plutôt que d'autres¹³⁹. »

« Si les gestionnaires du régime d'assurance-médicaments discutent avec les fabricants et disent : "C'est notre prix, sans quoi vous ne serez pas subventionnés pour les Canadiens à l'échelle du pays," vous avez une solide position de négociation. »

Katherine Boothe, professeure adjointe,
Département de science politique, Université
McMaster, à titre personnel

Plus important encore, le Comité a appris que le Canada pourrait bénéficier de réductions encore plus grandes si l'APP négociait les prix des médicaments au nom de l'ensemble du marché canadien, plutôt que seulement pour les régimes publics d'assurance-médicaments. Le principal défaut de l'APP est le suivant : les économies qu'elle obtient profitent seulement aux participants à des régimes publics d'assurance-médicaments, et non pas aux personnes non assurées ou couvertes par des régimes privés¹⁴⁰. De plus, puisque les régimes publics comptent seulement pour 40 % du marché canadien des médicaments, l'APP n'a pas autant de pouvoir de négociation que si elle représentait l'ensemble du marché :

Si les gestionnaires du régime d'assurance-médicaments discutent avec les fabricants et disent : « C'est notre prix, sans quoi vous ne serez pas subventionnés pour les Canadiens à l'échelle du pays », vous avez une solide position de négociation. Je pense que vous pouvez avoir des règles sur la façon dont les négociations sont menées pour les rendre acceptables. Cependant, si vous avez de telles règles, vous devez veiller à ce que les Canadiens en tirent parti¹⁴¹.

139 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 20 avril 2016, 1705 (Irfan Dhalla, vice-président, Équipe d'analyses des données et des normes, Qualité des services de santé Ontario).

140 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1540 (Swedlove); et HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1545 (Hoffman).

141 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 20 avril 2016 (Katherine Boothe, professeure adjointe, Département de science politique, Université McMaster, à titre personnel).



Steven Morgan, professeur de l'École de santé publique et de santé des populations de l'Université de la Colombie-Britannique, a expliqué que, selon des estimations prudentes, le Canada pourrait économiser plus de 7 milliards de dollars par année s'il consolidait son pouvoir d'achat en mettant en place un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique¹⁴². Par ailleurs, Frank Swedlove a expliqué que l'APP pourrait également élargir son pouvoir d'achat en permettant aux compagnies d'assurance privées de se joindre à elle pour que les régimes privés bénéficient aussi des bas prix négociés¹⁴³. D'autres témoins estimaient toutefois que les régimes privés ne devraient pas faire partie de l'Alliance puisque leur but est de faire des profits et non d'agir dans l'intérêt du système de santé dans son ensemble¹⁴⁴. D'ailleurs, les régimes privés peuvent obtenir des réductions de prix en menant des négociations avec les fabricants¹⁴⁵.

2. Pratiques du marché dans le secteur pharmaceutique

Le Comité a également entendu qu'il faudrait enquêter sur les pratiques du secteur pharmaceutique, qui pourraient également contribuer aux prix élevés des médicaments au Canada. Plus particulièrement, des témoins ont expliqué que le Bureau de la concurrence devrait examiner les fusions et acquisitions au sein de l'industrie pharmaceutique et déterminer leur impact sur le marché et le prix des médicaments¹⁴⁶. Dans son rapport, le DPB explique plus en détail comment les compagnies pharmaceutiques de médicaments génériques se livrent concurrence en offrant des rabais confidentiels aux pharmacies en échange du stockage de leurs produits, ce qui permet aux pharmacies de réaliser un profit

« C'est un genre de cadre de fixation des prix auquel participent sans le savoir les gouvernements provinciaux, et cette situation mérite l'attention du Bureau de la concurrence. »

Amir Attaran, professeur,
Faculté de droit, Université d'Ottawa

142 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1535 (Morgan).

143 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1540 (Swedlove).

144 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2016, 1550 (Palmer); et HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1605 (Gagnon).

145 *Ibid.*

146 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0900 (Mélanie Bourassa Forcier, professeure et directrice des programmes de droit et politique de la santé, Université de Sherbrooke-CIRANO, à titre personnel).

puisqu'elles sont remboursées à un prix plus élevé par les régimes d'assurance-médicaments¹⁴⁷. Bien que ces pratiques aient été limitées au cours des dernières années, Amir Attaran, professeur de la Faculté de droit à l'Université d'Ottawa, a expliqué que la stratégie de tarification par niveau qui s'applique aux médicaments génériques de l'APP contribue à faire perdurer le problème, car elle établit un pourcentage maximal pour le remboursement des médicaments génériques au lieu d'obliger les fabricants à se livrer concurrence et à offrir des prix plus bas¹⁴⁸. Grâce à cette marge de profit, les fabricants peuvent offrir des rabais aux pharmacies, mais les coûts sont transférés aux consommateurs et aux régimes d'assurance-médicaments.

Au cours de ses délibérations, le Comité a également appris de quelle manière l'accès aux médicaments en vente libre, que l'on peut se procurer sans ordonnance, peut améliorer l'accès général des Canadiens à des médicaments abordables tout en réduisant les coûts globaux des soins de santé¹⁴⁹. Afin d'illustrer le besoin de solutions souples adaptées de manière à répondre à différents besoins, Produits de santé consommateurs Canada (PSCC), organisme qui représente les fabricants de médicaments en vente libre et de produits de santé naturels, a décrit le rôle important que jouent ces médicaments dans le soin personnel, un volet du système de santé qui prend de plus en plus d'ampleur. Cette question touche de deux manières à l'amélioration de l'accès à des médicaments abordables. Premièrement, les médicaments en vente libre sont généralement bien moins coûteux que les médicaments sur ordonnance, ce qui en fait une solution abordable pour les Canadiens sans assurance-médicaments ou dont l'assurance-médicaments est lacunaire. Deuxièmement, advenant la mise sur pied d'un régime universel d'assurance-médicaments, l'offre de produits de soin personnel pourrait réduire la demande pour les médicaments sur ordonnance, ce qui réduirait les coûts du régime universel.

Selon PSCC, il est possible d'améliorer l'accès aux médicaments en vente libre et de concrétiser les réductions de coûts connexes en facilitant la transition de produits pharmaceutiques du statut de médicament sur ordonnance à celui de médicament en vente libre, lorsqu'il est sécuritaire de procéder à ce changement¹⁵⁰. Bien que Santé Canada est responsable d'approuver le changement de statut d'un médicament (de médicament sur ordonnance à médicament en vente libre) conformément à la *Loi sur les aliments et drogues*, les fabricants de médicaments en vente libre doivent, au Canada, se plier à un

147 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 31.

148 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 23 février 2017, 1140 (Amir Attaran, professeur, Faculté de droit, Université d'Ottawa).

149 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, (Gerry Harrington, vice-président, Politique et affaires réglementaires, Produits de santé consommateurs du Canada).

150 *Ibid.*



processus d'approbation supplémentaire à l'échelon provincial de manière à déterminer les conditions de vente dans les pharmacies ou dans d'autres magasins, un processus qui peut prendre jusqu'à deux ans. L'organisme recommande donc que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et entame un dialogue avec les provinces et territoires afin d'intégrer les deux processus¹⁵¹.

3. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Tanya Potashnik a expliqué au Comité que le Conseil est un organisme de protection des consommateurs ayant pour mandat de veiller à ce que les prix des médicaments brevetés vendus au Canada ne soient pas excessifs¹⁵². Elle a toutefois indiqué que l'approche du Conseil en matière de réglementation des prix n'est plus adaptée au marché actuel des produits pharmaceutiques, qui connaît une augmentation des médicaments spécialisés onéreux, notamment des médicaments biologiques ou servant au traitement des maladies rares et des cancers. Ces médicaments arrivent souvent sur le marché mondial pour répondre à des besoins qu'aucune autre solution thérapeutique n'avait pu combler jusqu'alors, et ils atteignent des prix record variant entre 500 000 et 700 000 \$ par année et par patient. M^{me} Potashnik a ajouté que même lorsque le Conseil fait une comparaison des prix à l'échelle internationale pour savoir si ceux pratiqués au Canada sont excessifs, la méthode utilisée n'est plus valide, car certains pays obtiennent des rabais cachés sur ces médicaments, de sorte qu'il n'y a pas moyen de connaître les prix réels. C'est pourquoi le CEPMB a entrepris des consultations en vue du renouvellement de son mandat législatif afin de tenir compte de ces impératifs.

Les témoins qui ont comparu devant le Comité s'entendaient pour dire que le mandat du CEPMB doit être réformé et que le Conseil doit renouveler son approche en ce qui concerne le plafonnement du prix des médicaments. Pour l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, le Conseil devrait avoir pour nouveau mandat d'obtenir les plus bas prix possible et pas seulement de s'assurer que les prix ne sont pas « excessifs¹⁵³ ». Ake Blomqvist, chercheur sur les politiques de santé à l'Institut C.D. Howe, a recommandé quant à lui que le CEPMB fixe le prix des médicaments en fonction de leur valeur thérapeutique, c'est-à-dire de leurs effets bénéfiques prouvés sur la santé en termes de qualité de vie et de nombre d'années de vie gagnées¹⁵⁴. Le Comité a appris que cette approche pourrait être néanmoins discriminatoire à l'égard des

151 *Ibid.*

152 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1605 (Potashnik).

153 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1540 (Swedlove).

154 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0950 (Ake Blomqvist, chercheur sur les politiques de santé, Institut C.D. Howe).

personnes âgées puisqu'elle se concentrerait sur l'augmentation de la longévité¹⁵⁵. Une autre approche consisterait à établir les prix en fonction des produits de référence, comme on le fait pour le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique. Selon cette approche, seuls sont remboursés les médicaments les moins chers dans la catégorie de médicaments ayant les mêmes effets thérapeutiques. D'après Thomas Perry, président du Groupe de travail sur l'éducation de la Therapeutics Initiative à l'Université de la Colombie-Britannique, une étude de 1997 sur l'établissement des prix en fonction des produits de référence pour les médicaments inhibiteurs de l'enzyme de conversion a permis de réduire les coûts de 19 % sans aucun danger pour la santé¹⁵⁶.

4. Remplacement par des médicaments génériques

Le Comité a appris que l'une des raisons expliquant le niveau des dépenses pharmaceutiques au Canada est que nous n'avons pas suffisamment recours aux médicaments génériques. Jim Keon a expliqué que les génériques jouent un rôle essentiel dans la réduction des coûts des médicaments en offrant une solution de rechange équivalente, sûre et moins chère aux médicaments brevetés¹⁵⁷. Il a expliqué que le rapport *Compas Rx* de 2015 du CEPMB révèle que le recours aux médicaments génériques a permis de faire économiser aux gouvernements, aux employeurs et aux patients canadiens près de 15 milliards de dollars en 2014. L'étude dit également que toute augmentation de 1 % de la consommation de médicaments génériques se traduit par des économies supplémentaires de 434 millions de dollars¹⁵⁸. M. Keon a pourtant fait remarquer qu'on ne prescrit des médicaments génériques que dans 69 % des cas, comparativement à 89 % aux États-Unis. Selon M. Keon, cela tient en partie au fait qu'au Canada, les régimes publics demandent qu'on utilise les génériques lorsqu'ils sont disponibles, mais pas les régimes privés¹⁵⁹. Dans son rapport, le DPB estime qu'environ 20 % des régimes privés n'exigent pas la substitution des médicaments de marque qui figurent sur leurs listes par des médicaments génériques¹⁶⁰. Le DPB conclut en outre que, si les régimes privés en venaient à adopter un taux de substitution par des génériques équivalent à celui des régimes publics, les dépenses totales en médicaments

155 *Ibid.* (Forcier).

156 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 29 novembre 2016, 0845 (Thomas Perry, président, Groupe de travail sur l'éducation, Therapeutics Initiative, Université de la Colombie-Britannique).

157 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0920 (Keon).

158 *Ibid.*, 0950.

159 *Ibid.*, 1005.

160 DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 43.



sur ordonnance au Canada diminueraient de 532,8 millions de dollars¹⁶¹. Par ailleurs, le DPB explique que certains fabricants de médicaments de marque délivrés sur ordonnance offrent des cartes de contribution aux patients, lesquelles couvrent la différence de prix entre un médicament de marque et un générique lorsque les régimes d'assurance-médicaments de ces patients ne remboursent que l'équivalent du coût du médicament générique¹⁶². M. Keon a expliqué que certains patients et fournisseurs résistent à adopter des produits biologiques ultérieurs, qui sont des médicaments biologiques génériques, craignant qu'ils ne soient pas équivalents aux originaux. Il a ajouté que cette peur a peut-être aussi été « fomentée par certaines des entreprises de produits d'origine qui vendent ces produits depuis plus de 20 ans¹⁶³ ».

5. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Des témoins ont expliqué au Comité que les évaluations des technologies de la santé (ETS) sont essentielles pour gérer les coûts des régimes d'assurance-médicaments tout en garantissant la qualité des soins. Thomas Perry a indiqué que les ETS servent à examiner les données probantes sur l'efficacité comparative de certains médicaments ou traitements pour déterminer quels produits pharmaceutiques inscrire sur les formulaires des régimes d'assurance-médicaments. Ces ETS permettent aux régimes de réaliser des économies en s'assurant qu'ils ne couvrent que les médicaments qui offrent le meilleur rapport coût-efficacité et améliorent la qualité et la sécurité des soins. M. Perry a donné au Comité un exemple de la façon dont les ETS agissent concrètement pour faire économiser de l'argent et améliorer les soins aux patients. En 1999, la Therapeutics Initiative a examiné les nouveaux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) lancés sur le marché, comme le Celebrex et le Vioxx. Elle a constaté que ces médicaments n'étaient pas plus sûrs ou, dans certains cas, qu'ils étaient même plus dangereux que les AINS existants. Les administrateurs du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique n'étaient donc pas d'accord pour rembourser ces nouveaux médicaments, de sorte que leur consommation globale a diminué par rapport à d'autres provinces qui offraient une couverture pour ces médicaments. Conséquemment, la Colombie-Britannique a dénombré moins de patients ayant eu des effets secondaires causés par ces médicaments, comme des hospitalisations pour des saignements gastro-intestinaux.

Bien que certains témoins aient fait remarquer que l'ACMTS ait mené rondement ses recherches sur le rapport coût-efficacité des produits pharmaceutiques classiques et ait réussi à formuler des recommandations concernant les formulaires pharmaceutiques

161 *Ibid.*

162 *Ibid.*, p. 20.

163 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0920 (Keon).

pour les régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux, le Comité a appris que l'Agence n'a pas la capacité suffisante pour répondre aux demandes présentes et futures. Brian O'Rourke a expliqué que l'Agence n'est pas en mesure de traiter les demandes actuelles des régimes publics de procéder à des analyses thérapeutiques complexes et approfondies des médicaments récents coûteux et de ceux susceptibles de créer une dépendance¹⁶⁴. Il a ajouté que les organismes de lutte contre le cancer demandent aussi des examens concernant les médicaments anticancéreux, mais que l'Agence ne dispose pas des ressources suffisantes pour les réaliser.

D'autres témoins ont dit que l'ACMTS devrait élaborer de nouvelles approches concernant les ETS et les recommandations relatives au référencement des médicaments afin de régler les problèmes que posent les nouveaux médicaments spécialisés onéreux ou les médicaments destinés au traitement des maladies rares. Matthew Herder, professeur agrégé aux Facultés de médecine et de droit de l'Institut du droit de la santé de l'Université Dalhousie, a expliqué que les médicaments spécialisés et ceux utilisés pour traiter les maladies rares sont uniques en ce sens qu'ils sont développés au moyen de la génomique, afin de fournir des traitements ciblés aux segments de la population qui en sont atteints, en fonction du profil génétique particulier des maladies ou des personnes¹⁶⁵. Toutefois, les nouveaux médicaments mis au point dans le cadre de cette démarche ciblée ne sont utilisés que pour de petits groupes de patients. Qui plus est, les données à l'appui de leur utilisation sont limitées, car il n'y a pas d'essais cliniques à grande échelle effectués au sein de la population générale pour évaluer leur innocuité et leur efficacité, comme on le fait pour les médicaments classiques.

Comme les médicaments spécialisés et ceux destinés au traitement des maladies rares ne sont utilisés que par de très petits groupes de population, les prix pratiqués par leurs fabricants sont relativement élevés, allant de 200 000 à 300 000 \$ par année et par patient¹⁶⁶. Il est difficile pour des organismes comme l'ACMTS de faire des évaluations et des recommandations concernant leur coût-efficacité par rapport à d'autres médicaments ou traitements, parce que, bien souvent, il n'y a pas assez de données probantes favorisant leur utilisation et aucun autre traitement disponible, d'où les pressions supplémentaires exercées pour la prise en charge de ces médicaments. Selon le professeur Herder, on pourrait remédier à cette situation en renforçant la capacité de l'ACMTS à appuyer les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans la

164 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1615 (O'Rourke).

165 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 30 mai 2016, 1540 (Matthew Herder, professeur agrégé, Facultés de médecine et de droit, Institut du droit de la santé, Université Dalhousie).

166 *Ibid.*



négociation d'« ententes de partage des risques axées sur le rendement » ou d'« ententes de gestion de lancement » avec les compagnies pharmaceutiques¹⁶⁷. Selon ces ententes, la décision de rembourser un médicament reposera sur l'acceptation de recueillir et d'analyser des données supplémentaires sur les bienfaits du médicament en question, et d'augmenter ou de baisser son prix en fonction des résultats observés. Christopher McCabe a ajouté que ces ententes de remboursement pourraient aussi viser les réseaux de santé spécialisés de partout au pays s'occupant de patients traités avec ces médicaments¹⁶⁸.

Enfin, le Comité a appris que l'ACMTS est mal intégrée dans les processus d'évaluation de l'innocuité et de remboursement des médicaments. Même si l'ACMTS fait des recommandations relativement au formulaire pharmaceutique, des témoins ont dit que l'Agence n'est pas assez sévère, puisque ce sont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui décident s'ils suivront ses indications, de sorte que l'inscription des médicaments sur le formulaire varie d'une province ou d'un territoire à l'autre¹⁶⁹. Par ailleurs, même si l'ACMTS aide l'Alliance pancanadienne pharmaceutique à négocier les prix des médicaments, faire des recommandations sur les prix ne fait pas partie de son mandat. De plus, lorsqu'elle entreprend ses examens, elle ne dispose souvent pas des informations exactes sur la tarification appliquée dans les provinces¹⁷⁰. Des témoins ont expliqué qu'il fallait aussi un meilleur échange d'informations entre l'ACMTS et Santé Canada pour que les évaluations thérapeutiques de l'ACMTS intègrent les données sur les effets indésirables des médicaments après leur mise en marché¹⁷¹.

167 *Ibid.*

168 *Ibid.*, 1550 (McCabe).

169 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 20 avril 2016, 1545-1620 (Boothe; Anne Holbrook, médecin/pharmacologue clinique, professeure et directrice, Division de pharmacologie et de thérapeutique clinique, Université McMaster, à titre personnel).

170 *Ibid.*

171 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 30 mai 2016, 1540 (Herder).

6. Institut canadien d'information sur la santé

Pour Brent Diverty, vice-président du secteur des programmes à l'ICIS, un des éléments essentiels de la gestion des dépenses des médicaments délivrés sur ordonnance est de disposer de systèmes d'information et de données fiables. Cela permet de suivre les taux d'utilisation des médicaments pour comprendre les facteurs de coût et prévoir les tendances futures, et aussi d'examiner les questions de sécurité sanitaire, notamment celles concernant la consommation inappropriée de médicaments, l'abus de médicaments délivrés sur ordonnance et l'utilisation simultanée de médicaments multiples par un même patient¹⁷². M. Diverty a expliqué qu'il n'y a pas de données complètes sur les médicaments pris par tous les Canadiens, y compris ceux ayant une assurance privée et ceux sans aucune assurance-médicaments. L'Institut n'a pas non plus de données complètes sur les médicaments pour chaque province et territoire, puisqu'il ne dispose d'ensembles complets de données que pour la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba. M. Diverty a ajouté qu'il faudrait plus de collaboration entre les gouvernements, les intervenants des systèmes de santé et le secteur privé pour accélérer la création d'un ensemble complet de données. Selon Robyn Tamblyn, professeure au Département de médecine et au Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de l'Université McGill, on pourrait régler ces problèmes en créant un système national électronique de signalement en temps réel des effets indésirables des médicaments, qui pourrait intégrer les fonds de données de l'ICIS à la plateforme nationale de surveillance électronique des ordonnances développée actuellement par l'Inforoute Santé du Canada inc. dans le cadre des systèmes de dossiers de santé électronique¹⁷³.

« Nous travaillons avec d'autres administrations pour obtenir des données sur les assurances privées provenant des systèmes d'information sur les médicaments, de même que des données sur les médicaments administrés en hôpital et les médicaments utilisés dans le traitement du cancer, mais le processus est très lent et peut prendre des années. »

Brent Diverty,
vice-président du secteur des programmes, ICIS

172 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 13 avril 2016, 1555 (Diverty).

173 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 30 mai 2016, 1600 (Robyn Tamblyn, professeure, Département de médecine et Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill).



D. Le fardeau croissant des régimes privés d'assurance-médicaments sur les employeurs et les employés

Des témoins ont expliqué au Comité que l'augmentation des coûts des médicaments délivrés sur ordonnance alourdit le fardeau qui pèse sur les employeurs offrant des régimes privés d'assurance-médicaments à leurs employés dans le cadre de la rémunération globale. Certains témoins ont dit que les régimes privés refilent les coûts associés aux médicaments prescrits aux employeurs et aux employés en augmentant les primes, les franchises et les quotes-parts à payer, plutôt qu'en améliorant la gestion de

« [N]ous avons des discussions difficiles avec les employeurs. Ils voient les avantages sociaux comme une dépense budgétaire et ils prennent des décisions ardues pour déterminer s'ils doivent réduire la couverture qu'ils offrent ou potentiellement licencier des employés. »

Margaret Wurzer, gestionnaire principale,
Avantages et mise au point de produits, Alberta
Blue Cross

ces régimes¹⁷⁴. Par exemple, des témoins ont parlé d'une étude d'Express Scripts Canada selon laquelle les régimes d'assurance privés ont remboursé l'équivalent de 5,1 milliards de dollars pour des médicaments n'ayant aucun bienfait thérapeutique¹⁷⁵. Comme les employeurs ne sont pas dans la meilleure position pour réduire ces coûts, selon ce qu'a appris le Comité, ils commencent à diminuer la couverture qu'ils offrent à leurs employés pour les médicaments en proposant des régimes flexibles dans lesquels les employés doivent déterminer la couverture dont ils ont besoin, ou des régimes assujettis à

un maximum, annuel ou à vie, ou enfin en décidant de ne plus offrir d'assurance-médicaments aux retraités¹⁷⁶. Selon Anita Huberman, directrice générale, Chambre de commerce de Surrey, « Les entreprises sont très fortement sollicitées. Pour celles qui offrent l'assurance-médicaments, les coûts sont élevés et incontrôlables. C'est ce qui empêche beaucoup d'entreprises d'offrir une couverture¹⁷⁷. »

174 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0905 (Elkins).

175 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1535 (Anita Huberman, directrice générale, Chambre de commerce de Surrey).

176 HESA, *Témoignages*, 21^{re} session, 42^e législature, 7 septembre 2016, 0905 (Elkins).

177 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1535 (Huberman).

E. Prescriptions inappropriées

Enfin, le Comité a entendu des témoins dire que les mauvaises pratiques de prescription représentent un grave problème dans le système de soins de santé. Dans sa présentation, Anne Holbrook, professeure et directrice à la Division de pharmacologie et de thérapeutique clinique de l'Université McMaster, a expliqué qu'il est difficile et complexe d'avoir d'excellentes pratiques de prescription de médicaments, avec plus de 13 000 médicaments disponibles sur le marché canadien et un nombre croissant de personnes âgées souffrant de multiples maladies chroniques et devant prendre 10 médicaments différents ou plus simultanément¹⁷⁸. M^{me} Holbrook a expliqué que les médecins n'ont pas les connaissances et les compétences nécessaires pour faire face à cette situation de plus en plus compliquée, puisqu'on ne consacre que 9 à 50 heures à la pharmacologie clinique dans les facultés de médecine¹⁷⁹. À cause de ce manque

de formation, les médecins sont perméables à l'influence exercée par les compagnies pharmaceutiques, qui peuvent agir sur leurs façons de prescrire et encourager la prescription excessive de médicaments, que ce soit lors de rencontres individuelles avec les médecins, par la fourniture d'échantillons ou encore le parrainage d'activités d'apprentissage et de formation. Le Comité a appris qu'à cause de ces mauvaises

« Parfois, en tant que médecin de famille, je ne sais pas vraiment quels sont tous les médicaments d'ordonnance que prennent mes patients parce que l'ordonnance pourrait provenir de diverses sources, comme les urgences ou une clinique sans rendez-vous, alors je pense qu'un élément clé de l'amélioration de la prescription pharmaceutique au Canada consiste à disposer d'un moyen de prescrire des médicaments par voie électronique afin que nous puissions avoir accès à des données de partout au pays. »

Cindy Forbes, présidente,
Association médicale canadienne

178 Anne Holbrook, directrice, professeure à la Division de pharmacologie clinique et de toxicologie, Faculté de médecine, Université McMaster, « Programme national d'assurance-médicaments : Rôle essentiel des données, des formulaires et de l'expertise », document présenté au Comité HESA, avril 2016.

179 *ibid.*



pratiques de prescription, 300 000 Canadiens souffrent chaque année de problèmes de santé graves, incapacitants ou mortels, et 20 % des cas de fautes professionnelles médicales sont liés à la prescription de médicaments¹⁸⁰.

Même s'il est nécessaire d'améliorer la formation et l'éducation sur ces questions, D^{re} Martin et M^{me} Holbrook ont expliqué au Comité que la création d'un formulaire pharmaceutique national unique et fondé sur des données probantes, libre de toute ingérence politique ou de toute influence de l'industrie, est essentielle. D^{re} Cindy Forbes, ancienne présidente de l'Association médicale canadienne, a expliqué également qu'il faudrait que ceux qui délivrent des ordonnances aient accès à de l'information en temps réel sur les médicaments que prennent leurs patients pour faire des prescriptions appropriées¹⁸¹. Elle a ajouté que le gouvernement fédéral pourrait appuyer le développement, par Inforoute Santé du Canada inc., d'un système de prescription en ligne. L'Association des pharmaciens du Canada a aussi expliqué que l'élargissement des services qu'offrent les pharmacies, comme l'examen des médicaments prescrits, permet également de s'assurer que les médicaments sont prescrits et pris correctement¹⁸².

LEÇONS À TIRER DE L'EXPÉRIENCE D'AUTRES PAYS

Dans le cadre de son étude, le Comité a aussi examiné les régimes nationaux d'assurance-médicaments qu'offrent d'autres pays, afin de voir si certaines approches pourraient s'appliquer dans le contexte canadien. Il s'est donc penché sur les régimes mis en place en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Suède et aux Pays-Bas, car ce sont, de l'avis des témoins, des modèles d'assurance-médicaments universelle et de gestion des coûts¹⁸³. La section suivante donne un aperçu de ces régimes et des pratiques exemplaires dont pourrait s'inspirer le Canada.

A. Le Régime de prestations pharmaceutiques de l'Australie

Selon David Henry, professeur à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto, le Régime de prestations pharmaceutiques de l'Australie offre une assurance-médicaments universelle moyennant le paiement de quotes-parts

180 *Ibid.*

181 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1610 (Forbes).

182 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 16 mai 2016, 1540 (Perry Eisenschmid, chef de la direction, Association des pharmaciens du Canada).

183 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1620 (Morgan) et HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 30 mai 2016, 1545 (Boothe).

raisonnables par la population¹⁸⁴. M. Henry a expliqué que le régime australien est codifié à l'article 85 de la *National Health Act*, et prévoit que l'Administration des produits thérapeutiques évalue l'efficacité, la qualité et l'innocuité des médicaments. Le comité directeur du régime d'assurance-médicaments recommande ensuite au ministre fédéral de la santé – en se fondant sur des données probantes – quels médicaments doivent figurer sur le formulaire pharmaceutique national, et il le conseille également sur le prix auquel le médicament offrirait un bon rapport qualité-prix. L'autorité responsable de l'établissement des prix négocie le prix des médicaments en fonction des recommandations du Comité directeur. À l'issue des négociations, le Ministre fait inscrire le médicament sur le formulaire national. Un service national de prescription informe alors les omnipraticiens sur l'usage du médicament en question.

Dans son évaluation du régime de prestations pharmaceutiques de l'Australie, M. Henry a expliqué que ce pays est capable d'offrir une assurance-médicaments universelle à un coût moindre que le Canada, puisqu'en 2011, il a dépensé 588 \$ par habitant, comparativement à 771 \$ pour le Canada, ce qui représente une différence de près de 200 \$ par personne¹⁸⁵. M. Henry a ajouté qu'en plus d'offrir une couverture complète à moindre coût, en se dotant d'un système unique, l'Australie a pu acheter en gros et à bon prix des médicaments coûteux pour traiter l'hépatite C, et elle s'est assurée que toute la population puisse en bénéficier, de sorte que la maladie a été complètement éradiquée. Selon Katherine Boothe, l'autre avantage du modèle australien est qu'il intègre à la fois les recommandations du comité directeur du régime d'assurance-médicaments concernant les médicaments à inscrire sur le formulaire national et leur prix¹⁸⁶. M. Henry a dit qu'un inconvénient de ce système est que la décision finale relative à l'inscription des médicaments sur le formulaire pharmaceutique revient au ministre de la Santé et doit être approuvée par le conseil des ministres, ce qui signifie que des considérations d'ordre politique et idéologique peuvent influencer cette décision¹⁸⁷.

B. La Pharmaceutical Management Agency de la Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance est assurée dans le cadre du régime universel national de soins de santé, qui est financé à même les recettes fiscales. La Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) est

184 HESA, *Témoignages*, 20 avril 2016, 1635 (David Henry, professeur, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, à titre personnel).

185 *Ibid.*

186 *Ibid.*, 1540 (Boothe).

187 *Ibid.*, 1640 (Henry).



l'organisme gouvernemental responsable de déterminer quels médicaments doivent figurer sur le formulaire pharmaceutique, qui comprend les médicaments délivrés sur ordonnance en milieu hospitalier et à l'extérieur, ainsi que les instruments médicaux¹⁸⁸. Les décisions concernant l'inscription des médicaments sur le formulaire reposent sur les recommandations du comité consultatif de pharmacologie et de thérapeutique, qui évalue les médicaments du point de vue des technologies de la santé. PHARMAC négocie aussi avec les fournisseurs les prix et les contrats d'approvisionnement pour les médicaments inscrits sur le formulaire, en s'appuyant sur un budget prédéterminé par le ministre de la Santé¹⁸⁹.

Matthew Brougham a expliqué au Comité que le régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Zélande offre une couverture universelle moyennant une quote-part allant de 0 à 5 \$ NZD (4,44 \$ CAN) par produit et par mois¹⁹⁰. Il a fait remarquer que les dépenses à la charge des particuliers ne dépassent pas 100 \$ NZD par année (88,80 \$ CAN), mais que cette somme à payer peut être un obstacle pour certaines personnes ayant besoin de médicaments. Il a ajouté que les coûts du régime augmentent à un rythme gérable de 1 à 3 % depuis 20 ans. Le formulaire pharmaceutique du régime couvre plus de 2 000 médicaments. M. Brougham a dit qu'il était difficile de faire une comparaison entre la Nouvelle-Zélande et le Canada, mais que nous pourrions quand même tirer des enseignements du régime néo-zélandais et les appliquer ici. Pour bien gérer les coûts, il faut que la responsabilité de l'achat des médicaments et le pouvoir de négocier les prix à la baisse soient confiés à un seul organisme. De plus, les choix relatifs à l'inscription des médicaments sur le formulaire pharmaceutique doivent être indépendants du processus décisionnel politique, de manière à préserver le pouvoir de négociation. Enfin, le prix de chaque médicament doit être fixé en tenant compte de l'amélioration de la qualité de vie que permet ce médicament.

Lorsqu'elle a comparu devant le Comité, Heather Roy, présidente du conseil d'administration, Quartier général, Medicines New Zealand (une association de l'industrie pharmaceutique), a laissé entendre que le régime néo-zélandais connaît quelques difficultés. En effet, elle a indiqué que, selon elle, PHARMAC n'est ni transparent ni prompt dans ses décisions concernant l'inscription des médicaments sur le formulaire pharmaceutique, de sorte que la Nouvelle-Zélande est en retard, par rapport à d'autres pays, pour l'accès à certains médicaments¹⁹¹. Toutefois, M. Brougham a expliqué que les cas où les décisions concernant l'inscription de médicaments

188 Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC), [Introduction to PHARMAC](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

189 PHARMAC, [Medicines and Medical Devices Contract Negotiation](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

190 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 février 2017, 1110 (Matthew Brougham, à titre personnel).

191 *Ibid.*, 1200 (Heather Roy, présidente du conseil d'administration, Quartier général, Medicines New Zealand).

prennent beaucoup de temps sont ceux où le prix du médicament n'est pas proportionnel aux avantages. PHARMAC doit donc négocier la réduction du prix avec les fabricants, ce qui nécessite du temps. M. Brougham a également noté que « [I]es produits de grande valeur sont adoptés très rapidement. Selon mon expérience, dans certains cas, la Nouvelle-Zélande était parmi les premiers pays à financer de nouvelles technologies, car les autorités jugeaient qu'il s'agissait de technologies de grande valeur¹⁹². » M^{me} Roy a décrit d'autres préoccupations qu'a son organisme par rapport à PHARMAC. Elle a dit que des patients sont forcés de changer de médicaments lorsque les contrats d'approvisionnement que négocie PHARMAC avec les fournisseurs arrivent à échéance ou sont modifiés¹⁹³. Elle a donc souligné l'importance de veiller à ce que le budget prévu pour un régime d'assurance-médicaments assure un bon équilibre entre le choix et l'accès d'une part et les économies de coûts de l'autre.

C. Le régime national suédois d'assurance-médicaments

D'après Sofia Wallström, directrice générale de l'Office national des prestations pharmaceutiques et odontologiques, la Suède offre une couverture universelle à ses résidents dans le cadre de son régime national d'assurance-médicaments, qui est financé par les recettes fiscales¹⁹⁴. Les niveaux de remboursement sont fixés à l'échelle nationale aux conditions énoncées dans la loi suédoise sur l'assurance-médicaments, qui établit les trois grands principes du régime : le principe de la valeur humaine, le principe du besoin et de la solidarité et le principe du coût-efficacité. En vertu de ce modèle, les citoyens assument le coût total des médicaments délivrés sur ordonnance jusqu'à ce qu'ils atteignent le seuil annuel, après quoi ils paient des quotes-parts jusqu'à ce qu'ils arrivent au plafond annuel des dépenses personnelles, qui est de 2 200 SEK (soit 341 \$ CAN) en 2017. C'est l'Office national des prestations pharmaceutiques et odontologiques qui détermine quels médicaments sont couverts, après évaluation de leur rapport coût-efficacité, et le prix des médicaments est établi en fonction de leur valeur dans le système de soins de santé. En Suède, les gouvernements régionaux ou locaux, que l'on appelle conseils de comté, sont chargés d'établir et de gérer localement le budget du régime national d'assurance-médicaments en vertu d'ententes financières conclues avec le gouvernement central.

M^{me} Wallström a expliqué au Comité que la Suède applique différentes méthodes pour gérer l'augmentation des coûts des produits pharmaceutiques délivrés sur

192 *Ibid.*, 1130 (Brougham).

193 *Ibid.*

194 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2017, 1200 (Sofia Wallström, directrice générale, Office national des prestations pharmaceutiques et odontologiques).



ordonnance¹⁹⁵. D'abord, depuis 2002, il est obligatoire de remplacer les médicaments de marque par leur équivalent générique. Ensuite, les pharmacies sont tenues d'offrir les médicaments ayant le prix unitaire le plus bas. De plus, les médicaments brevetés pour lesquels il n'existe aucune version générique voient leur prix réduit automatiquement de 7,5 %, 15 ans après leur mise en marché. Pour les médicaments spécialisés et biologiques coûteux, les conseils de comté et les compagnies pharmaceutiques négocient des ententes de gestion de lancement selon lesquelles le remboursement dépend des données recueillies sur les médicaments et la preuve de leur efficacité. Enfin, l'Office national des prestations pharmaceutiques et odontologiques a créé un conseil réunissant les représentants de plusieurs compagnies pharmaceutiques et comtés, qui travaillent en collaboration et discutent à l'échelle nationale de la fixation des prix et des modalités de remboursement des médicaments servant à traiter des maladies rares.

D. Les Pays-Bas

Aldo Golja, conseiller principal en politiques liées à l'établissement des prix et au remboursement des médicaments auprès du Service des affaires pharmaceutiques et de la

« L'une des caractéristiques de notre système est d'autoriser les mécanismes permettant d'atténuer ces effets négatifs. »

Aldo Golja,
ministre de la Santé,
du Mieux-être et des Sports des Pays-Bas

technologie médicale du ministère de la Santé, du Mieux-être et des Sports des Pays-Bas, a expliqué que dans son pays les gens doivent contracter une assurance-santé privée, mais que c'est la loi qui détermine le panier minimum de services¹⁹⁶. Par conséquent, toutes les compagnies d'assurance privées doivent offrir un même ensemble de services de soins de santé, y compris la couverture des produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance. Les dépenses directes

que doivent assumer les particuliers sont plafonnées à environ 574 \$ CAN par année, ce qui inclut les quotes-parts pour les médicaments. M. Golja a expliqué que même si les dépenses directes maximales sont relativement faibles aux Pays-Bas, il est important d'avoir des mécanismes permettant à ceux qui ont peu de moyens de se procurer les médicaments dont ils ont besoin.

195 *Ibid.*

196 *Ibid.*, 1210 (Aldo Golja, conseiller principal en politiques liées à l'établissement des prix et au remboursement des médicaments, Service des affaires pharmaceutiques et de la technologie médicale, ministère de la Santé, du Mieux-être et des Sports des Pays-Bas).

L'Institut néerlandais de la santé est chargé de faire des recommandations sur les médicaments à inscrire sur le formulaire pharmaceutique, après une évaluation du coût-efficacité des médicaments ou une ETS. Les prix sont établis en fonction des prix de référence internationaux, en prenant comme comparateurs ceux pratiqués en Belgique, au Royaume-Uni, en Allemagne et en France¹⁹⁷. S'il existe plus qu'un type de médicament dans une catégorie offrant des effets thérapeutiques comparables, on applique la tarification de référence et on rembourse le médicament le moins cher de sa catégorie. Le médicament le moins cher de sa catégorie est remboursé au complet, de sorte que les gens n'ont pas à payer de quote-part. Les compagnies d'assurance privées négocient les prix des médicaments génériques en lançant des appels d'offres. Elles négocient également des contrats avec les fournisseurs de soins de santé, qui comprennent des mesures incitatives visant à assurer, dans la mesure du possible, des pratiques de prescription appropriées et l'utilisation de médicaments génériques. Elles négocient aussi avec les pharmacies la prestation de leurs services. Des ententes de gestion de lancement sont également négociées pour les médicaments servant à traiter des maladies rares. Dans ces types d'ententes, les fabricants de médicaments acceptent de recueillir des données supplémentaires sur l'efficacité des médicaments et de collaborer avec les fournisseurs pour encourager une utilisation appropriée des médicaments en échange de leur remboursement. La couverture des médicaments biologiques et biosimilaires a été transférée aux hôpitaux, car ceux-ci sont capables d'obtenir de meilleurs prix pour ces médicaments en raison des volumes qu'ils utilisent. Enfin, M. Golja a expliqué que la collaboration à l'échelle internationale a été déterminante pour négocier le prix des nouveaux médicaments spécialisés onéreux, qui posent des problèmes à tous les pays¹⁹⁸.

197 *Ibid.*

198 *Ibid.* 1315 (Golja).

PARTIE III : PROCHAINES ÉTAPES : ENJEUX ET OPTIONS

Tout au long de l'étude, les témoins qui ont comparu devant le Comité ont dit clairement qu'il fallait réformer les régimes publics et privés d'assurance-médicaments pour combler les manques et les différences de couverture, gérer l'augmentation des coûts des produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance et améliorer les soins de santé dans leur ensemble. La question qui demeure, toutefois, est de savoir comment mener à bien cette réforme, compte tenu de la complexité des domaines de compétence en matière de produits pharmaceutiques et des difficultés associées à la gestion de l'augmentation des coûts. La section suivante propose donc des solutions stratégiques pour élargir la couverture et gérer les coûts des médicaments délivrés sur ordonnance au Canada, et fait état des enjeux à prendre en considération pour progresser dans ce sens.

A. Options stratégiques

1. Un régime public universel d'assurance-médicaments

Lorsqu'ils ont comparu devant le Comité, Steven Morgan, D^{re} Danielle Martin et Marc-André Gagnon, professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton, ont déclaré que l'établissement d'un régime universel d'assurance-médicaments est le meilleur moyen de s'assurer que tous les Canadiens ont un accès égal aux médicaments délivrés sur ordonnance et que les médicaments couverts présentent un bon rapport qualité-prix¹⁹⁹. Ils ont fait part de leurs recommandations, qui figurent également dans le rapport déposé devant le Comité et intitulé *Pharmacare 2020 : L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada*²⁰⁰. Ils ont recommandé notamment que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces et les territoires à la mise en œuvre d'un régime public d'assurance-médicaments qui offre une couverture universelle aux Canadiens, avec peu ou pas de frais directs pour les patients. D^{re} Martin a expliqué qu'il faut des quotes-parts extrêmement basses ou nulles, car il est bien prouvé que même des frais minimes peuvent empêcher des personnes ayant un revenu relativement faible de se procurer les médicaments dont elles ont besoin²⁰¹.

199 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016 (Morgan, Martin, Marc-André Gagnon, professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton, à titre personnel).

200 Steve G. Morgan et coll., Danielle Martin, Marc-André Gagnon, Barbara Mintzes, Jamie R. Daw, Joel Lexchin, *Pharmacare 2020 : L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada*, 15 juillet 2015.

201 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1545 (Martin).



Pour que le régime d'assurance-médicaments soit viable et économiquement optimal, il ne devrait couvrir que les médicaments inscrits sur un formulaire pharmaceutique unique, qui serait établi en fonction des meilleures données et preuves sur les risques et

« La question n'est donc pas de savoir s'il faut mettre en place un programme national d'assurance-médicaments, mais de quelle façon. Bien que le besoin de disposer d'un programme national d'assurance-médicaments existe depuis la Commission Hall de 1964, le paysage de la médecine et des produits pharmaceutiques a drastiquement changé depuis. »

Matthew Herder,
professeur agrégé,
Université Dalhousie

bienfaits de chaque médicament²⁰².

Le régime serait géré par un organisme tenu de rendre des comptes à la population et qui aurait pour mandat d'établir le formulaire, de négocier les prix des médicaments et de combiner le pouvoir d'achat de l'ensemble des provinces et des territoires et celui du gouvernement fédéral²⁰³.

Marc-André Gagnon a expliqué au Comité que le nouvel organisme responsable de la gestion du régime d'assurance-médicaments pourrait être créé sur le modèle de la Société canadienne du sang (SCS)²⁰⁴. La SCS est un organisme indépendant financé et régi par les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui s'occupe des achats en gros et de la gestion du formulaire national des protéines

plasmiques établi en collaboration avec l'ACMTS²⁰⁵. M. Gagnon a indiqué au Comité qu'on pourrait mettre sur pied un organisme indépendant du même genre pour gérer le régime d'assurance-médicaments, en fusionnant l'ACMTS et l'Alliance pancanadienne pharmaceutique²⁰⁶. Enfin, conformément à *Pharmacare 2020*, cet organisme disposerait d'un budget annuel préétabli servant à s'assurer que l'argent dépensé dans les produits pharmaceutiques permet de maximiser les bienfaits pour la santé²⁰⁷. En outre, ce

202 *Ibid.*

203 Steve G. Morgan et coll., *Pharmacare 2020 : L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada*, 15 juillet 2015.

204 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1605 (Gagnon).

205 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2016, 1710 (Graham Sher, chef de la direction, Société canadienne du sang).

206 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1605 (Gagnon).

207 Steve G. Morgan et coll., *Pharmacare 2020 : L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada*, 15 juillet 2015.

budget serait financé principalement par les provinces et les territoires, mais le gouvernement fédéral assumerait 25 % des coûts prévus et des dépenses de fonctionnement en fonction du niveau actuel de ses contributions aux provinces et aux territoires, à l'appui des principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*²⁰⁸.

Steve Morgan a dit au Comité que l'approche préconisée dans le rapport Pharmacare 2020 pourrait permettre d'économiser environ 7 milliards de dollars par année, grâce à la réduction des frais administratifs, au processus conjoint de négociation des prix et d'achat des médicaments, ainsi qu'à la réduction des dépenses en médicaments dont les bienfaits thérapeutiques sont limités²⁰⁹. Même si un régime public universel d'assurance-médicaments permettait de réaliser des économies, il supposerait un transfert de coûts d'environ 10 milliards de dollars du secteur privé au secteur public²¹⁰. D'après le rapport Pharmacare 2020, le gouvernement fédéral pourrait financer sa part du budget de l'organisme par divers moyens : impôt des sociétés, impôt sur le revenu, TPS ou primes²¹¹. Même si le régime d'assurance-médicaments supplantait les régimes privés existants, les compagnies d'assurance privées continueraient de jouer un rôle dans l'administration des réclamations concernant le régime et de fournir une couverture supplémentaire pour les médicaments ne figurant pas sur le formulaire pharmaceutique²¹².

Au cours de son témoignage devant le Comité, Gregory Marchildon, professeur et titulaire d'une chaire de recherche de l'Ontario sur la politique de la santé et la conception de systèmes, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, a approfondi le modèle proposé dans Pharmacare 2020, dégageant deux approches possibles en ce qui concerne l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments universel au Canada²¹³. Comme première option, M. Marchildon a expliqué que le régime d'assurance-médicaments pourrait adopter la même approche que celle du régime de soins de santé au Canada, ce qui sous-entend l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* de manière à y inclure les médicaments

208 *Ibid.*

209 Pour en savoir plus, voir Steven G. Morgan et. coll., « [Coût estimé d'une couverture publique universelle des médicaments d'ordonnance au Canada](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 16 mars 2015.

210 Steve G. Morgan et. coll., [Pharmacare 2020 : L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada](#), 15 juillet 2015.

211 *Ibid.*

212 *Ibid.*

213 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1550 (Gregory Marchildon, professeur et titulaire d'une chaire de recherche de l'Ontario sur la politique de la santé et la conception de systèmes, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, à titre personnel).



sur ordonnance essentiels délivrés à l'extérieur d'un hôpital et à prévoir un financement fédéral par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé²¹⁴.

Les provinces et les territoires régiraient leur propre régime d'assurance-médicaments à payeur unique et demeureraient juridiquement responsables de leurs formulaires respectifs. Cependant, il serait possible pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de mener des négociations afin d'élaborer un formulaire national unique²¹⁵. En outre, ils pourraient convenir de mettre sur pied un organisme intergouvernemental

« Le public veut que le fédéral joue un rôle solide dans la prise des mesures de réforme qui s'imposent vraiment [...] Cela n'est pas de la contrainte, mais il faudra énoncer une vision nationale comportant des objectifs clairs soutenus par des critères nationaux non négociables qu'il faudra accepter pour que tout gouvernement provincial ou territorial puisse profiter de l'investissement fédéral dans l'assurance-médicaments. »

Roy Romanow,
Commissaire et ancien premier ministre
de la Saskatchewan,
Commission sur l'avenir des soins
de santé au Canada

responsable de gérer le formulaire et de présenter des recommandations sur l'inscription de médicaments au formulaire. Toutefois, cet organisme intergouvernemental serait un organe politique volontaire ne détenant aucun pouvoir législatif et il reviendrait aux provinces et aux territoires d'adopter les recommandations au moyen de lois ou de règlements. Par ailleurs, afin d'assurer la conformité et l'uniformité à l'échelle nationale, le gouvernement fédéral pourrait plutôt faire du formulaire national une condition d'admissibilité aux transferts fédéraux en matière de santé conformément à la *Loi canadienne sur la santé*²¹⁶. Dans la même veine, une province ou un territoire qui refuserait d'adopter une recommandation de l'organisme intergouvernemental pourrait être susceptible de perdre

214 Gregory Marchildon, « [Deux options pour le programme national d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2017.

215 *Ibid.*

216 *Ibid.*

son admissibilité aux transferts fédéraux²¹⁷. Réagissant à cette proposition, M. Steve Morgan a indiqué qu'il serait possible de passer par la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'il faudrait y apporter quelques rajustements²¹⁸. Il a plutôt proposé de créer une loi analogue sur l'assurance-médicaments au Canada, une loi qui « aurait le même objectif et qui expliquerait de façon plus précise de quelle façon le régime fonctionnerait, le genre d'organisme national qui serait chargé de la gestion du formulaire, la façon dont on imposerait certaines contraintes budgétaires²¹⁹ ».

Enfin, M. Marchildon a décrit une deuxième option, selon laquelle le gouvernement fédéral serait entièrement responsable de la gestion et du financement du régime national universel d'assurance-médicaments²²⁰. D'après cette option, la couverture des médicaments sur ordonnance serait offerte à tous les Canadiens par le gouvernement fédéral et remplacerait les régimes publics et privés en place par un régime unique et universel. Un formulaire fédéral unique serait créé, et sa régie et son administration relèveraient du gouvernement fédéral²²¹. Un organisme fédéral serait responsable de définir le formulaire national et de mener les négociations avec les fabricants de médicaments²²². Selon M. Marchildon, cette approche est celle qui permet le mieux de réduire les coûts, d'assurer une répartition claire des responsabilités et d'éliminer les différences individuelles et régionales dans la couverture et l'accès aux médicaments sur ordonnance²²³. Toutefois, il a convenu que cette approche comporte des désavantages considérables, notamment « le manque d'expérience d'une telle approche, le risque financier que le gouvernement fédéral assume seul, et la possibilité que des gouvernements provinciaux rejettent l'approche malgré les avantages financiers clairs de l'allègement de leurs propres responsabilités budgétaires²²⁴ ».

217 *Ibid.*

218 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2017, 1615 (Morgan).

219 *Ibid.*

220 HESA, [Témoignages](#), 6 juin 2016, 1^{re} session, 42^e législature, 1550 (Marchildon).

221 Gregory Marchildon, « [Deux options pour le programme national d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2017.

222 *Ibid.*

223 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1550 (Marchildon).

224 *Ibid.*



2. Réforme des régimes publics et privés actuels d'assurance-médicaments

Bien que de nombreux représentants des organismes²²⁵ ayant comparu devant le Comité se soient prononcés en faveur du modèle proposé dans le rapport *Pharmacare 2020*, d'autres ont dit craindre qu'un régime public universel d'assurance-médicaments ne fasse peser un lourd fardeau financier sur les gouvernements, et que son financement soit source de conflits entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux²²⁶. Par ailleurs, le Comité a appris qu'étant donné que beaucoup des aspects liés à la gestion des coûts d'un tel régime relèvent de la compétence des provinces – comme les pratiques de prescription des fournisseurs de soins de santé – un régime fédéral n'est peut-être pas une solution logique²²⁷. C'est pourquoi certains témoins ont plaidé en faveur de l'adoption d'une approche destinée davantage à élargir la couverture pour les médicaments délivrés sur ordonnance et à renforcer en même temps la collaboration entre les secteurs privé et public pour le contrôle des coûts²²⁸. Voici un aperçu des propositions présentées dans ce sens par les témoins.

Selon Ake Blomqvist le gouvernement fédéral devrait élaborer une stratégie assortie de mesures ciblant les volets de l'assurance-médicaments qui relèvent de sa compétence et soutiennent les réformes déjà mises en œuvre par les provinces²²⁹. Pour combler les écarts dans la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance, le gouvernement fédéral pourrait veiller à ce que tous les citoyens aient accès à un régime par défaut précisant le plafond, en pourcentage, du revenu qu'une famille devrait consacrer à l'achat de médicaments, et offrir un soutien financier partiel aux provinces pour qu'elles respectent cette norme. Dans le même ordre d'idées, l'Association médicale canadienne a dit que la première mesure que devrait prendre le gouvernement fédéral, en vue de l'instauration d'un régime universel, serait d'accorder du financement supplémentaire aux provinces et aux territoires pour leur permettre d'étendre la couverture qu'offrent leurs régimes respectifs. Le gouvernement fédéral devrait aider financièrement les provinces et les territoires afin qu'ils puissent plafonner à 1 500 \$ ou 3 % du revenu le montant des dépenses personnelles consacrées annuellement à l'achat de

225 Chambre de commerce de Surrey; SCFP; Coalition canadienne de la santé, Congrès du travail du Canada; Matthew Herder, professeur agrégé, Université Dalhousie; Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers; Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada; Médecins canadiens pour le régime public; Peter Macleod, président, Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada; Union des consommateurs; et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

226 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0845 (Blomqvist).

227 *Ibid.*

228 *Ibid.* et HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 2 mai 2016, 1550 (Palmer).

229 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0845 (Blomqvist).

médicaments²³⁰. L'Association a estimé que le gouvernement aurait eu à déboursier, en 2016, 1,6 milliard de dollars pour couvrir toutes les dépenses au-delà de ce seuil²³¹.

Ake Blomqvist a expliqué que pour aider à la gestion des coûts et à l'harmonisation de la couverture offerte par les régimes publics et privés d'assurance-médicaments, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan au sein de l'APP et prendre des dispositions afin d'appuyer l'inclusion des assureurs privés au sein de l'Alliance²³². Par ailleurs, on pourrait aussi réduire considérablement le prix des médicaments brevetés grâce à des modifications réglementaires visant le CEPMB, comme indiqué précédemment dans le présent rapport. De plus, les administrateurs des régimes publics et privés pourraient collaborer à l'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national minimal commun aux deux types de régimes, et veiller à l'uniformité des prix des médicaments, des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires supplémentaires pour tous les régimes²³³. Enfin, les régimes publics et privés d'assurance-médicaments pourraient avoir une approche nationale commune pour le remboursement des médicaments servant à traiter les maladies rares²³⁴.

B. Principaux éléments à prendre en considération pour la suite

Lorsqu'ils ont examiné la faisabilité des diverses propositions, les témoins ont insisté sur les principaux facteurs à prendre en compte dans le choix de la démarche à adopter pour étendre la couverture relative aux médicaments au Canada, soit : coûts et économies potentiels d'un régime d'assurance-médicaments national; la compétence fédérale à l'égard des produits pharmaceutiques; les mécanismes de financement; les conséquences pour le secteur privé; les patients; les groupes de clients fédéraux et les différences hommes-femmes.

230 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1610 (Forbes).

231 *Ibid.*

232 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0845 (Blomqvist) et HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1540 (Swedlove).

233 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 février 2016, 1105 (Balon).

234 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1540 (Swedlove) et *Ibid.*, (Balon).



1. Coûts et économies potentiels d'un régime d'assurance-médicaments national

L'un des principaux points à prendre en considération, selon les témoins, en ce qui concerne l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments est le coût potentiel qu'il représenterait pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux²³⁵. Certains témoins ont souligné les économies que pourraient générer un tel programme, comme le démontrent, entre autres, les études de M. Steve Morgan et de M. Marc-André Gagnon, mais ils ont également fait valoir qu'il est nécessaire que le gouvernement fédéral ou le directeur parlementaire du budget (DPB) effectue une étude plus approfondie sur les coûts et les économies d'un tel programme afin d'en faciliter la mise en œuvre²³⁶.

Reconnaissant l'importance de cette question, le Comité a adopté une motion le 29 septembre 2016 afin de demander au DPB d'estimer les coûts de la création et de l'administration d'une couverture universelle des médicaments sur ordonnance à payeur unique dès le premier dollar en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*²³⁷. Ce régime national d'assurance-médicaments serait financé par une hausse du Transfert canadien en matière de santé que reçoivent les provinces et les territoires pour absorber les coûts découlant de l'élargissement de leurs régimes respectifs. Dans l'établissement du cadre de référence de l'étude, le Comité a convenu que le régime national couvrirait les médicaments figurant actuellement sur la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance-médicaments d'ordonnance du Québec (RAMQ) de manière à ce que le DPB puisse estimer les coûts potentiels du régime. Cette liste a été choisie car elle est longue, couvrant 8 000 des 13 000 médicaments disponibles au Canada, dont des médicaments d'exception, comme les anticancéreux administrés en dehors des hôpitaux. Cette liste sert également de base pour la couverture qu'offrent tant le régime public que les régimes privés au Québec²³⁸. Pour faire écho aux témoignages concernant les problèmes éventuels causés par les quotes-parts, le Comité a convenu que ces dernières seraient limitées à 5 \$ par médicament de marque figurant sur le formulaire pharmaceutique, et qu'aucune quote-part ne serait exigée pour les médicaments génériques. Certains groupes de population n'auraient toutefois rien à payer, comme les

235 *Ibid.*, (Swedlove); HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0920 (Keon) et 0935 (Hux); HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1545 (Forbes).

236 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 1^{er} juin 2016, 1545 (Forbes) et HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 septembre 2016, 0935 (Hux).

237 HESA, *Procès-verbal*, 1^{re} session, 42^e législature, 29 septembre 2016.

238 RAMQ, *Médicaments couverts*.

jeunes de 15 ans et moins, les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes à faible revenu ou handicapées, ainsi que les étudiants de 16 à 18 ans.

Le 17 octobre 2017, le DPB a présenté ses conclusions dans un rapport intitulé *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*²³⁹. Dans son analyse des coûts, le DPB a conclu qu'avec un régime national d'assurance-médicaments, les dépenses totales se seraient élevées à 20,4 milliards de dollars selon les données pour 2015-2016 du formulaire pharmaceutique du Québec (voir la figure 11)²⁴⁰. On tient compte, dans ce calcul, que le DPB estime que la création d'un régime national d'assurance-médicaments entraînerait une augmentation de la consommation de médicaments de 12,5 %, soit une hausse des dépenses totales de 1,7 milliard de dollars, qui serait compensée en grande partie par une baisse des dépenses de 5,9 milliards découlant des facteurs suivants :

- prix unitaire le plus bas possible pour chaque médicament couvert par le régime national, étant donné que certaines provinces paient actuellement leurs médicaments plus cher que d'autres (1,1 milliard);
- 25 % de rabais supplémentaire sur le prix des médicaments, obtenu à l'issue de négociations avec les compagnies pharmaceutiques (4,3 milliards de dollars);
- substitution générique appliquée dans le secteur privé (532,8 millions de dollars)²⁴¹.

Enfin, le DPB estime que le régime d'assurance-médicaments subira un taux de croissance annuel de 3,1 %, ce qui signifie que les coûts du programme atteindrait 23,7 milliards de dollars en 2020-2021²⁴².

239 DPB, « [Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale](#) », 28 septembre 2017.

240 *Ibid.*, p. 1-4.

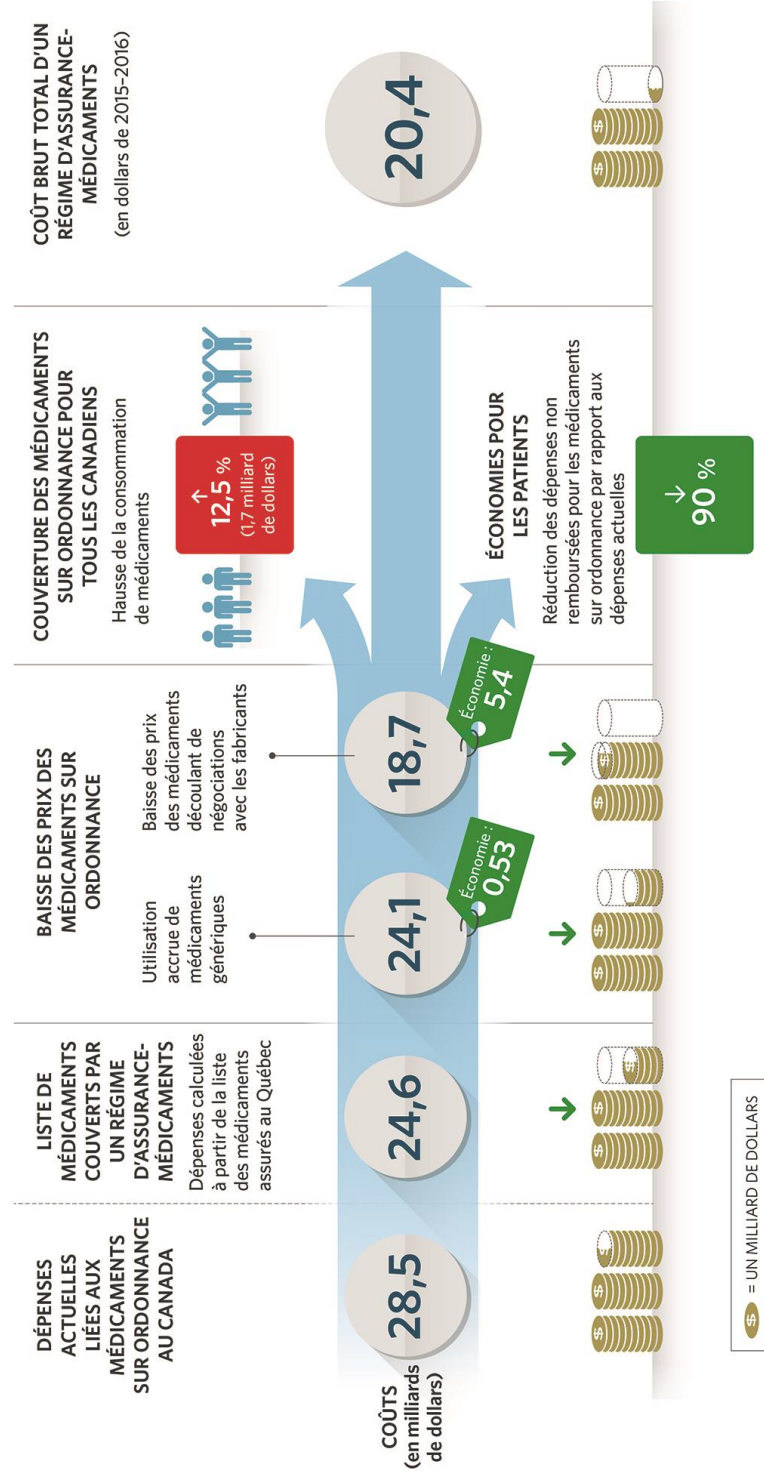
241 *Ibid.*, p. 43-45 (voir le tableau 3-6).

242 *Ibid.*, p. 50.



Figure 11. Coûts et économies associés à un régime national d'assurance-médicaments

Coûts et économies associés à un régime national d'assurance-médicaments



Infographie préparée par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de Bureau du directeur parlementaire du budget, *Établir le coût d'un programme national d'assurance-médicaments* – Exposé technique, 17 octobre 2017.

Dans le scénario envisagé par le DPB, les régimes d'assurance publics absorberaient les coûts directs pour les particuliers (4,7 milliards de dollars), à l'exception des revenus provenant des contributions (397 millions de dollars), entraînant des économies nettes pour les personnes de 4,3 milliards de dollars²⁴³. Par conséquent, les coûts directs que doivent payer les particuliers seraient réduits en moyenne de 90 %. Les personnes en âge de travailler feraient des économies de 69 %, et celles n'ayant pas à payer de cotisations, y compris les personnes âgées, les enfants, les étudiants, les personnes handicapées et les assistés sociaux, n'auraient rien à déboursier. De même, les dépenses actuelles des régimes d'assurance privés seraient réduites de 10,7 milliards de dollars et prises en charge par les régimes d'assurance publics. Si l'on tient compte des contributions et des coûts transférés du secteur privé, le coût total du régime public se serait élevé à 20,0 milliards de dollars en 2015-2016, ce qui représente une hausse nette (6,9 milliards de dollars) en dépenses des régimes d'assurance publics (voir tableau 2 pour plus de détails).

Tableau 2. Coût d'un programme national d'assurance-médicaments par payeur principal, 2015-2016 (en milliards de dollars)

Payeur principal	Dépenses actuelles pour les médicaments sur ordonnance	Coûts totaux du régime pour le payeur principal	Variation nette des dépenses sous un programme d'assurance-médicaments, par payeur principal
Régimes d'assurance publics	13,1	20,0	6,9
Dépenses directes	4,7	0,4	(4,3)
Régimes d'assurance privés	10,7	0	(10,7)
Coût brut total du régime national	28,5	20,4	(8,1)

Source : Données adaptées du tableau 3-6 de Directeur parlementaire du budget, [Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale](#), 28 septembre 2017, p. 45.

243 *Ibid.*, p. 46



Lorsqu'il a comparu devant le Comité, le directeur parlementaire du budget a expliqué que son analyse constitue une estimation prudente et équilibrée des coûts du régime²⁴⁴. Dans son rapport, il indique que la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments pourrait donner lieu à des économies supplémentaires, grâce à la réduction des dépenses d'administration découlant de l'élimination de régimes privés.

« Ce n'est pas encore en vigueur au Québec, mais le gouvernement a conclu une entente pour réduire de pratiquement 38 % le prix des médicaments génériques. Comme vous pouvez le voir, si nous le faisons à l'échelle nationale, ce pouvoir d'achat nous permettra certainement d'obtenir un rabais bien au-delà de 25 %. »

M. Jean-Denis Fréchette,
Directeur parlementaire du budget

Il a estimé que ces dépenses représentaient 5,7 % ou 3,6 milliards de dollars du coût total des régimes privés d'assurance-médicaments en 2014²⁴⁵. Le DPB a aussi fait remarquer que le fait de négocier le prix des médicaments permettrait de générer des économies supplémentaires pouvant atteindre 30 %²⁴⁶. Carleigh Malanik, analyste financière au Bureau du directeur parlementaire du budget, a indiqué également que dans le calcul des coûts, on n'a pas formulé d'hypothèses quant aux changements éventuels dans les politiques concernant les marges bénéficiaires et les frais d'exécution des ordonnances; on s'est fondé sur les chiffres estimés pour 2017, qui représentaient 7,4 milliards de dollars du coût total du régime²⁴⁷.

Bien qu'il soit difficile de faire des estimations exactes, le Centre canadien des politiques alternatives a indiqué dans un mémoire qu'il a soumis au Comité qu'on pourrait aussi faire des économies supplémentaires indirectes, puisque moins de personnes auraient des complications médicales pour ne pas avoir pris les médicaments dont elles ont

244 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2017, 1530 (Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget).

245 BDP, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 34.

246 *Ibid.*, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, p. 4.

247 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2017, 1534 (Carleigh Malanik, analyste financière, Bureau du directeur parlementaire du budget).

besoin, à cause de leur coût²⁴⁸. Il a aussi fait remarquer qu'une part importante des coûts des régimes privés est déjà assumée indirectement par les différents ordres de gouvernement qui offrent une assurance-médicaments aux employés du secteur public. Le Centre estime que cela a coûté 3,34 milliards de dollars en 2016, autant d'argent que l'on pourrait injecter dans un nouveau régime d'assurance-médicaments²⁴⁹. Enfin, Marc-André Gagnon a indiqué que le DPB n'a pas examiné, dans son rapport, les diminutions potentielles des dépenses publiques que représenterait l'élimination des subventions fiscales fédérales pour les régimes d'assurance privés ni les répercussions potentielles du régime national sur les crédits d'impôt fédéraux pour frais médicaux²⁵⁰.

2. Questions de compétence

Le Comité a appris que les questions de compétence font partie des principales questions à étudier dans la sélection de la meilleure approche à adopter pour établir un programme national d'assurance-médicaments au Canada. Des juristes ont expliqué au Comité que l'approche la plus réaliste à adopter pour étendre la couverture relative aux médicaments délivrés sur ordonnance à tous les Canadiens serait d'utiliser le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral²⁵¹. Selon cette approche, on pourrait élargir la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure dans les services assurés en vertu de celle-ci les médicaments sur ordonnance délivrés en dehors des hôpitaux.

Bruce Ryder a expliqué qu'il y a toutefois des limites, car le gouvernement fédéral ne peut imposer n'importe quelle condition au financement qu'il accorde aux provinces²⁵². En effet, si le

« [À] un certain point, les dépenses fédérales peuvent constituer une trop grande intrusion dans les compétences législatives provinciales, au point de constituer une tentative de réglementer une affaire provinciale. »

Bruce Ryder,
professeur agrégé,
Osgoode Hall Law School, Université York

248 Centre canadien des politiques alternatives et Médecins canadiens pour le régime public, « Combien un régime national d'assurance-médicaments nous ferait-il économiser? », septembre 2017, p. 4.

249 *Ibid.*, p. 5.

250 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2017, 1535 (Gagnon).

251 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 23 février 2017, 1105 (Ryder).

252 *Ibid.*



gouvernement décidait d'exiger des provinces et des territoires qu'ils couvrent les dépenses relatives aux médicaments figurant sur une quelconque liste ou un formulaire national établi en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, il poserait là une condition tellement concrète qu'il pourrait être vu comme outrepassant sa compétence parce que réglementant la prestation des services de santé, qui est une compétence provinciale²⁵³. À l'heure actuelle, la *Loi canadienne sur la santé* ne précise pas si tel ou tel spécialiste ou service hospitalier est considéré comme étant médicalement nécessaire pour l'application d'un régime d'assurance santé provincial au sens de la Loi²⁵⁴. C'est plutôt à chaque province et territoire qu'il incombe, en consultation avec le corps médical, de dresser la liste des spécialistes et des services hospitaliers médicalement nécessaires et assurés au titre de son régime d'assurance santé²⁵⁵. Colleen Flood, professeure et directrice du Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé de l'Université d'Ottawa, a expliqué que le gouvernement pourrait plutôt ajouter dans la *Loi* une disposition obligeant les provinces et les territoires à utiliser un processus équitable et transparent dans le choix des médicaments à couvrir; les provinces et les territoires demeureraient toutefois responsables de la gestion du formulaire pharmaceutique²⁵⁶. Plutôt que de prévoir des conditions obligatoires dans la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral pourrait élaborer avec ses homologues provinciaux et territoriaux un formulaire pharmaceutique national dont l'adoption serait facultative²⁵⁷.

Le Comité a appris également que l'imposition d'un organisme fédéral unique chargé de l'établissement des prix et de l'achat des médicaments pourrait aller au-delà de la compétence du Parlement en matière de brevets, et pourrait être contestée devant les tribunaux. Des témoins ont mentionné qu'une approche semblable avait été choisie pour créer un organisme national de réglementation des valeurs mobilières en vertu de la *Loi sur les valeurs mobilières*²⁵⁸. Malgré les dispositions donnant aux provinces le choix de participer ou non, la Cour suprême du Canada a jugé qu'en vertu de la compétence législative qu'a le Parlement sur le commerce au sens du paragraphe 91(2) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement fédéral n'avait pas le pouvoir de créer un organisme national de réglementation des valeurs mobilières²⁵⁹.

253 Gouvernement du Canada, [Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2015-2016](#).

254 *Ibid.*

255 *Ibid.*

256 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0845 (Colleen Flood, professeure et titulaire de la chaire de recherche universitaire, directrice du Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé, Université d'Ottawa, à titre personnel).

257 *Ibid.*

258 *Ibid.*, 0900 (Forcier).

259 *Ibid.*

Amir Attaran a expliqué toutefois qu'à la lumière de la décision de la Cour, les provinces et les territoires pourraient conclure des contrats pour acheter ensemble des médicaments, en désignant éventuellement un acheteur commun²⁶⁰. Par ailleurs, comme mentionné dans le présent rapport d'après les interventions de M. Marchildon, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourraient négocier l'établissement d'un organisme intergouvernemental responsable de formuler des recommandations stratégiques sur l'inscription de médicaments au formulaire²⁶¹. Toutefois, selon cette approche, les provinces et les territoires auraient encore le loisir d'adopter volontairement ou non les recommandations au moyen de lois ou de règlements.

Même si l'instauration d'un régime national d'assurance-médicaments pourrait poser des problèmes liés aux domaines de compétence, le Comité a appris que le gouvernement doit montrer l'exemple afin de surmonter ces obstacles et de promouvoir la collaboration entre les provinces et les territoires, de manière à répondre aux besoins en santé de tous les Canadiens, comme il l'avait fait avec la création du régime d'assurance-maladie dans les années 1960²⁶². Katherine Boothe a insisté sur le fait que le gouvernement fédéral ne doit pas nécessairement avoir l'entière responsabilité du formulaire pharmaceutique national ou du processus de négociation des prix – puisque les provinces et les territoires travaillent bien ensemble par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et de l'ACMTS –, mais qu'il doit en revanche être un partenaire incontournable et offrir des incitatifs financiers aux provinces et aux territoires pour qu'ils respectent les normes communes concernant la couverture des médicaments d'ordonnance au Canada, comme on le fait pour la

« Il a fallu qu'un gouvernement fédéral en situation minoritaire exerce son leadership pour que l'assurance-maladie soit mise en place. Je ne crois pas qu'il y ait quelqu'un ici présent qui affirmerait que ce fut une mauvaise décision. »

Roy Romanow,
commissaire et ancien premier ministre
de la Saskatchewan,
Commission sur l'avenir des soins
de santé au Canada

260 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 23 février 2017, 1140 (Attaran).

261 Gregory Marchildon, « [Deux options pour le programme national d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2017.

262 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1635 (Roy Romanow, commissaire et ancien premier ministre de la Saskatchewan, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada).



prestation des autres services médicalement nécessaires au sens de la *Loi canadienne sur la santé*²⁶³.

3. Mécanismes de financement

Comme l'indique le directeur parlementaire du budget dans son rapport, l'établissement d'un régime d'assurance-médicaments pour chaque payeur principal se traduirait pour les régimes publics d'assurance-médicaments par des dépenses additionnelles de 7,2 milliards de dollars, soit la part actuelle des assureurs privés²⁶⁴. Certains des témoins ayant comparu devant le Comité ont évoqué la nécessité d'envisager des moyens pour permettre au gouvernement fédéral et aux provinces et territoires d'amasser des fonds additionnels pour financer la prestation à tous les Canadiens d'une assurance publique pour les médicaments d'ordonnance. Lors de son témoignage, le professeur Steven Morgan a expliqué qu'il faudrait trouver un mécanisme pour financer le programme²⁶⁵. Ce mécanisme servirait à rediriger vers le programme public les sommes que le secteur privé dépense actuellement pour couvrir les médicaments d'ordonnance. Il a dit :

Ce qu'il nous reste à trouver, c'est un mécanisme financier qui nous permettra de verser dans ce système une partie de l'argent qui se trouve dans le secteur privé, c'est-à-dire une partie de l'argent utilisé par des gens comme moi, des fonctionnaires, pour financer à l'aide des deniers publics un régime d'assurance-médicaments privé. Le Canada n'a pas besoin de trouver une nouvelle source de revenus pour mettre sur pied un système d'assurance-médicaments; il a tout simplement besoin d'un nouveau mécanisme qui lui permet de transférer l'argent qu'il consacre déjà à ce système de façon [à ce] que ce système fonctionne de manière plus équitable et plus efficiente²⁶⁶.

D'autres témoins ont suggéré des outils pour rediriger les fonds dépensés par le secteur privé vers le programme public. Marc-André Gagnon a expliqué qu'un revenu pourrait être généré par une augmentation de l'impôt que paient les sociétés sur leurs bénéfices et leur capital²⁶⁷. Cette hausse de l'impôt des sociétés serait compensée par la diminution du coût de la main d'œuvre engendrée par le nouveau programme public²⁶⁸. Il a suggéré comme autre option le prélèvement d'un impôt sur la masse salariale, une

263 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 20 avril 2016, 1540 (Boothe).

264 BDP, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 45.

265 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2017, 1655, (Morgan).

266 *Ibid.*

267 *Ibid.*, 1700 (Gagnon).

268 *Ibid.*

approche souvent utilisée pour financer des programmes de sécurité sociale²⁶⁹. Un tel impôt serait prélevé sur le salaire des employés au moyen de retenues sur la paie effectuées par l'employeur. Dans le contexte du financement d'un programme d'assurance sociale, l'impôt sur la masse salariale est habituellement payé en tout ou partie par l'employeur selon un pourcentage de sa masse salariale totale²⁷⁰. Lorsque l'impôt sur la masse salariale n'est pas entièrement supporté par l'employeur, l'employé se voit imposer une déduction sur sa paie. Enfin, M. Gagnon a évoqué la possibilité d'amasser des fonds par le prélèvement d'un impôt général²⁷¹.

Colleen Flood a expliqué qu'on pourrait financer le régime au moyen de primes, qui sont autorisées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. D'ailleurs, certaines provinces les facturent déjà au titre des services de santé prévus dans la *Loi*. Cependant, ces primes sont généralement payées indirectement par l'impôt sur le revenu ou l'impôt sur la masse salariale pour garantir que l'accès aux soins ne soit pas compromis par des obstacles financiers²⁷². En outre, les témoins ont convenu que le financement du programme ne doit pas provenir principalement de débours effectués par les patients pour l'achat de médicaments d'ordonnance sous forme de quotes-parts, de primes ou de franchises. Comme l'a fait remarquer la D^{re} Monika Dutt, une infime quote-part ne serait-ce que de 10 \$ suffirait à empêcher certaines personnes de prendre leurs médicaments²⁷³. Shachi Kurl a indiqué que lorsque l'institut a sondé les Canadiens en 2015 au sujet des diverses options pour financer un éventuel programme d'assurance-médicaments, la majorité des répondants étaient pour la hausse des taux d'imposition fédéraux des sociétés²⁷⁴. En revanche, peu de répondants étaient en faveur d'une augmentation de la TPS ou de l'impôt de base sur le revenu ou de la perception d'une prime annuelle de 180 \$²⁷⁵.

269 Voir par exemple : Marc-André Gagnon, « Chapter 14: Financing the Public Provision of Prescription Drug Coverage in Canada: Comparison and Assessment of the Options », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 20 novembre 2017 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

270 Tax Foundation, « [Sources of Government Revenue in the OECD, 2016](#) », juillet 2016 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

271 *Ibid.*

272 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0845 (Flood).

273 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016, 1600 (Dutt)

274 Angus Reid Institute, « [Opinion publique canadienne sur un programme d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016.

275 *Ibid.*



En ce qui concerne les mécanismes de partage des coûts entre les divers ordres de gouvernement, le Comité a appris que les coûts d'élargissement de l'assurance-médicaments devraient être partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, comme on le fait actuellement pour la prestation des soins de santé²⁷⁶.

4. Conséquences sur le secteur privé

Selon Marc-André Gagnon, une enquête de Benefits Canada a révélé que 53 % des employeurs seraient favorables à un régime public d'assurance-médicaments²⁷⁷. De la même manière, l'enquête menée par l'institut Angus Reid en 2015 a révélé que la vaste majorité des Canadiens (91 % des répondants) étaient pour l'établissement d'un programme d'assurance-médicaments²⁷⁸. Anita Huberman, directrice générale de la Chambre de commerce de Surrey, a déclaré que les entreprises seraient aussi pour l'instauration d'un régime public national d'assurance-médicaments, à condition d'être à la table des négociations des mécanismes de financement²⁷⁹. Dianne Balon, vice-présidente, Gouvernement, Croix-Bleue de l'Alberta, a indiqué que tout changement aux régimes privés d'assurance-médicaments doit tenir compte de l'incidence sur la couverture des autres soins de santé qu'offrent les employeurs, comme les soins dentaires et de la vue, ainsi que les soins de santé mentale²⁸⁰. M^{me} Huberman a expliqué que les employeurs pourraient utiliser les économies réalisées grâce à la création d'un programme national d'assurance-médicaments pour améliorer la couverture offerte à l'égard d'autres services tels les soins psychologiques, les soins de la vue, les soins dentaires, les soins auditifs et la physiothérapie²⁸¹. Elle a indiqué, cependant, que le programme public devra offrir une couverture complète, rappelant que les programmes qui ne couvrent que certains médicaments d'ordonnance comme celui destiné aux médicaments onéreux en Colombie-Britannique affligent les employeurs d'un fardeau permanent parce qu'ils ne répondent pas aux besoins des employés en matière de santé²⁸². Selon le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), l'assurance-médicaments est une question litigieuse dont la négociation est délicate pour les syndicats. C'est pourquoi les syndicats préféreraient laisser à d'autres le soin de

276 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 18 avril 2016, 1545 (Martin)

277 *Ibid.*, 1605 (Gagnon).

278 Angus Reid Institute, « [Opinion publique canadienne sur un programme d'assurance-médicaments](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 6 juin 2016.

279 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1535 (Huberman).

280 HESA, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 février 2016, 1120 (Balon).

281 *Ibid.*

282 *Ibid.*

déterminer le niveau et le type de couverture dont devraient bénéficier leurs membres²⁸³. L'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes a fait remarquer qu'il faudra s'attendre à des coûts transactionnels et à des problèmes dus au fait que des patients devront passer des médicaments qu'ils prennent actuellement à ceux couverts par le régime public²⁸⁴.

5. Le point de vue des patients

Le Comité a appris que les groupes de défense des patients²⁸⁵ sont favorables à un élargissement de la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance à tous les Canadiens et à l'établissement de normes nationales en la matière. Ils ne privilégient toutefois pas un modèle d'assurance-médicaments en particulier. Ils ont dit craindre néanmoins qu'un formulaire pharmaceutique national ne limite les choix des patients, et ont insisté sur la nécessité d'inviter les patients à participer à l'élaboration des nouvelles approches pour assurer la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance. Le vérificateur général du Canada a rappelé qu'il est important de tenir compte des besoins des citoyens dans la conception des régimes publics, afin que les gens puissent y avoir accès et s'y retrouver facilement²⁸⁶.

« Il est important que le gouvernement comprenne que ses services doivent être axés sur les besoins des citoyens et non sur les exigences liées aux procédures. J'invite donc le gouvernement à réfléchir, dès l'étape de la conception, à la façon dont un système d'assurance-médicaments pourra offrir des services utiles aux Canadiens. »

Michael Ferguson,
vérificateur général du Canada,
Bureau du vérificateur général du Canada

283 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 27 septembre 2016, 0905 (Elkins).

284 HESA, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 9 mai 2016, 1540 (Swedlove).

285 Le Comité a recueilli les *témoignages* ou reçu des mémoires des groupes représentant les patients suivants : Organisation canadienne pour les maladies rares, La Société de l'arthrite, Réseau canadien des survivants du cancer, La société pour les troubles de l'humeur du Canada, Association canadienne du diabète, Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé, et Fondation des maladies du cœur du Canada.

286 HESA, *Témoignages*, 1^{er} décembre 2016, 0900 (Michael Ferguson, vérificateur général du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada).



6. Besoins des groupes de clients fédéraux

Les fonctionnaires fédéraux responsables de l'administration des régimes d'assurance-médicaments pour les Premières Nations et les Inuits ainsi que les anciens combattants ont expliqué au Comité que si on décidait de créer un régime national d'assurance-médicaments, il faudrait s'assurer qu'il réponde aux besoins des différents groupes de population. Par exemple, les Premières Nations et les Inuits devraient avoir accès à des thérapies pouvant être suivies dans les régions rurales ou éloignées²⁸⁷. Actuellement, les recommandations de l'ACMTS sur les médicaments à inscrire sur le formulaire tiennent compte des besoins des populations vivant dans les zones urbaines et suburbaines. Par ailleurs, Sony Perron a expliqué qu'il serait important de prendre en considération les ententes de gouvernance conclues avec les Premières Nations et les Inuits, étant donné que le Ministère travaille actuellement avec l'Assemblée des Premières Nations pour aider les Premières Nations et les Inuits à exercer un plus grand contrôle sur leurs programmes dans le cadre de l'examen conjoint du Programme des services de santé non assurés (PSSNA)²⁸⁸.

7. Différences hommes-femmes

Dans un mémoire qu'elle a soumis au Comité, Cara Tannenbaum, directrice scientifique à l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada, explique qu'il faut appliquer l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre dans l'élaboration et l'évaluation des décisions relatives au prix et à l'accessibilité des médicaments, ainsi qu'à l'établissement d'une liste nationale de médicaments remboursés²⁸⁹. Toujours selon ce mémoire, les décisions concernant le prix des médicaments et les médicaments couverts ont des conséquences différentes sur les hommes et sur les femmes, car les dépenses par habitant pour les médicaments varient en fonction du sexe. De plus, les femmes ont souvent besoin de doses réduites, ce qui pourrait avoir des répercussions sur le prix des médicaments. Les femmes sont plus souvent sujettes à des réactions indésirables, ce qui pourrait avoir des incidences sur le processus d'approbation des médicaments. La D^{re} Tannenbaum souligne également dans son mémoire que les décisions relatives à l'inscription des médicaments au formulaire

287 *Ibid.*, 1000 (Perron).

288 *Ibid.*

289 Cara Tannenbaum, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), « [Mémoire : Appliquer l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre à la politique du médicament au Canada](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 20 mai 2016.

devront favoriser l'accès à divers contraceptifs hormonaux dans une optique d'équité hommes-femmes²⁹⁰.

Enfin, il est probable que l'instauration d'un programme public et universel d'assurance-médicaments facilite l'accès à des médicaments d'ordonnance pour les femmes, moins nombreuses que les hommes à bénéficier d'une couverture offerte par leur employeur du fait qu'elles sont plus nombreuses à occuper des emplois à temps partiel qui ne donnent pas droit à une telle couverture²⁹¹. De plus, à cause de la disparité du revenu entre les hommes et les femmes, les sommes déboursées pour l'achat de médicaments d'ordonnance représentent un fardeau plus important pour les femmes, en particulier les femmes âgées ayant un revenu faible²⁹².

290 *Ibid.*

291 Wellesley Institute, « [Low Earnings, Unfilled Prescriptions: Employer-Provided Health Benefit Coverage in Canada, July 2015](#) », p. 8

292 Cara Tannenbaum, « [Mémoire : Appliquer l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre à la politique du médicament au Canada](#) », mémoire présenté à HESA, 1^{re} session, 42^e législature, 20 mai 2016.

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité est conscient de l'importance que revêtent les médicaments délivrés sur ordonnance dans l'amélioration de l'état de santé des Canadiens. Or, l'étude qu'a réalisée le Comité a révélé que le Canada ne réussit pas à donner à tous les Canadiens accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin. Au fil des ans, on a amélioré progressivement les divers régimes publics et privés d'assurance-médicaments en mettant en place des régimes de couverture des médicaments onéreux et des régimes plus généraux. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent plus étroitement que jamais pour négocier le prix des produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance. Cependant, les Canadiens n'ont pas tous bénéficié de ces réformes progressives. Les régimes publics actuels d'assurance-médicaments ne couvrent toujours pas de nombreux Canadiens, et les économies découlant des négociations sur les prix ne profitent pas à ceux qui n'ont aucune assurance ni aux 70 % de Canadiens qui souscrivent à des régimes privés. Quels sont les résultats de ces réformes progressives? Trop de Canadiens doivent encore choisir entre pourvoir à l'essentiel et acheter leurs médicaments. Beaucoup trop d'employeurs doivent maintenant choisir entre licencier leurs employés et limiter la couverture qu'ils offrent pour les médicaments. L'amélioration progressive a atteint ses limites.

La majorité des membres du Comité estime que le temps est venu d'instaurer pour tous les Canadiens un programme universel d'assurance-médicaments à payeur public unique. Puisque le Canada est une fédération, le Comité croit qu'un tel programme doit être offert collectivement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires. Le Comité est d'avis que la meilleure façon de procéder consisterait à élargir la *Loi canadienne sur la santé* pour inclure dans les services assurés les médicaments sur ordonnance délivrés en dehors des hôpitaux. Le Comité croit également que les coûts du régime devraient être partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le programme comprendrait l'élaboration d'un formulaire national facultatif pour les médicaments d'ordonnance par l'action concertée du gouvernement fédéral, des gouvernements des provinces et des territoires, des fournisseurs de soins de santé, des patients et des communautés autochtones. Ce formulaire pourrait servir de guide pour les décisions relatives aux remboursements et favoriserait l'uniformité des listes à la grandeur du pays. Puisque le principal objectif d'un programme universel d'assurance-médicaments à payeur public unique est de garantir qu'aucun Canadien ne soit empêché par un obstacle financier de se procurer des médicaments d'ordonnance médicalement nécessaires, le Comité



recommande fortement de ne pas financer le programme à l'aide de quotes-parts. Le Comité est d'avis que si l'on a malgré tout recours à des quotes-parts, celles-ci doivent être structurées de manière à promouvoir une utilisation appropriée et optimale des médicaments, par exemple en favorisant la substitution des produits de marque par des produits génériques dans la mesure du possible. Les quotes-parts ne doivent en aucun cas empêcher l'obtention de soins.

Le Comité est conscient qu'en allant vers l'instauration d'un régime universel public d'assurance-médicaments, les gouvernements devront prendre en charge une part importante des coûts assumés actuellement par le secteur privé – soit environ 10,7 milliards de dollars – avant de pouvoir réaliser des économies. Pour que ce régime universel permette d'économiser 4,2 milliards de dollars, il faudra étendre et renforcer les capacités de l'ACMTS et de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique afin d'appuyer la création d'un formulaire national et de négocier de meilleurs prix pour les médicaments. Bien qu'il soit nécessaire, d'un point de vue constitutionnel, que les provinces et les territoires aient le choix d'adopter ces approches ou non, le Comité espère que les investissements importants que fera le gouvernement fédéral permettront aux provinces et aux territoires de respecter des normes communes pour la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance. L'établissement d'un formulaire pharmaceutique national – dont l'adoption serait facultative – permettrait aux patients de demander des comptes à leurs gouvernements pour s'assurer qu'ils ont accès à ces médicaments. Enfin, le Comité reconnaît que son étude n'a fait qu'examiner en surface les différentes approches permettant de trouver le financement fédéral requis en vue de l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé*. Selon ce qu'a appris le Comité, le gouvernement fédéral devrait consulter les employeurs, les syndicats, les administrateurs de régimes privés et les Canadiens dans leur ensemble pour déterminer comment financer un programme national d'assurance-médicaments, et revoir aussi les mesures fiscales s'appliquant aux régimes privés d'assurance-maladie.

Le 2 décembre 2017, après que le Comité a terminé son étude, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a annoncé de nouveaux règlements destinés à renforcer sa capacité à exercer un contrôle sur le prix des médicaments brevetés, en adoptant une approche d'établissement des prix en fonction de leur valeur; à changer la liste des pays qu'il utilise pour faire des comparaisons de prix; et à imposer de nouvelles obligations en matière de rapports au sujet des rabais consentis par les fabricants à des tiers²⁹³. Le Conseil estime que ces changements réglementaires entraîneront des économies de 12,6 milliards

293 Gazette du Canada, « [Règlement modifiant le Règlement sur les médicaments brevetés](#) », vol. 151, n° 48, 2 décembre 2017.

de dollars sur 10 ans²⁹⁴. Le Comité accueille favorablement ces initiatives et croit que ces économies donneront aux gouvernements une marge de manœuvre financière supplémentaire pour étendre à tous les Canadiens la couverture offerte pour les médicaments délivrés sur ordonnance au moyen d'un régime national d'assurance-médicaments prévu en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Un tel régime permettrait aussi de s'assurer que tous les Canadiens profitent des économies annoncées.

Les gouvernements doivent faire preuve de leadership pour s'assurer que les Canadiens ont accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin, mais l'étude du Comité souligne que les fournisseurs de soins de santé ont aussi un rôle central à jouer, en veillant à ce que les médicaments qu'ils prescrivent soient appropriés et n'aient pas d'effets nocifs sur la santé. Le Comité a appris que les fournisseurs de soins de santé doivent améliorer leurs pratiques de prescription, que ce soit à cause de la crise des opioïdes qui fait rage actuellement ou de la résistance aux antimicrobiens qui progresse lentement, mais a des conséquences dévastatrices. Les gouvernements et les citoyens ont confié à ceux qui exercent des professions autoréglementées la responsabilité d'agir comme des gardiens du système de soins de santé; les gouvernements doivent néanmoins leur donner les outils et le soutien nécessaires pour qu'ils fassent leur travail efficacement, notamment au moyen du formulaire national proposé.

Conformément au mandat du ministre fédéral de la Santé d'« améliorer l'accès aux médicaments sur ordonnance essentiels »²⁹⁵, le Comité fait les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

A. Modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour y ajouter les médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux

Afin d'offrir à tous les Canadiens un programme universel d'assurance-médicaments à payeur unique, le Comité recommande :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires, les fournisseurs de soins de santé, les patients et les représentants des collectivités autochtones en vue de l'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire.

294 *Ibid.*

295 Gouvernement du Canada, « [Lettre de mandat de la ministre de la Santé](#) », 4 octobre 2017.



Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada modifie la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure dans la définition de « services de santé assurés » les médicaments prescrits par un professionnel de la santé agréé et délivrés ailleurs qu'en milieu hospitalier en conformité avec un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada accorde des ressources financières supplémentaires aux provinces et aux territoires, par le biais du Transfert canadien en matière de santé, pour qu'ils ajoutent les médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux à leurs régimes publics d'assurance-maladie, à titre de service de santé assuré aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada mène des consultations auprès des employeurs, des syndicats, des administrateurs de régimes privés et de la population canadienne dans son ensemble afin de voir quelles approches adopter pour financer l'inclusion des médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux dans les services de santé assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada mène des consultations auprès des Premières Nations et des Inuits afin de savoir s'ils préfèrent obtenir une couverture des médicaments sur ordonnance en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou dans le cadre du Programme des soins de santé non assurés, sans perdre de vue l'objectif ultime de reconnaître la compétence des Premières Nations et des Inuits dans la prestation des services de santé à leurs populations.

B. Élaboration d'un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire

Le Comité recommande :

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada utilise l'analyse comparative entre les sexes plus dans l'élaboration du formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire.

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, partage avec les provinces et les territoires les coûts des médicaments délivrés sur ordonnance inscrits sur le formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire et des honoraires professionnels applicables.

C. Amélioration des processus d'établissement des prix et de remboursement

Le Comité recommande :

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, élargisse le mandat de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé afin d'exiger qu'elle tienne à jour le formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire et qu'elle conseille les professionnels de la santé sur la façon de l'utiliser.

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada octroie des fonds supplémentaires à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé afin d'augmenter sa capacité à réaliser des examens thérapeutiques de médicaments spécialisés très coûteux, de médicaments anticancéreux et de médicaments servant au traitement des maladies rares, et de permettre à l'Agence d'acquérir l'expertise nécessaire pour appuyer la négociation d'ententes de gestion de lancement pour ces médicaments.

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, établisse, en se fondant sur les pratiques exemplaires, un cadre décisionnel transparent permettant à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique de négocier le prix des produits pharmaceutiques.

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, désigne l'Alliance pancanadienne pharmaceutique à titre d'agent commun responsable de l'achat massif de produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance.



Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada aligne le mandat du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés sur les politiques et les priorités de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada modifie la *Loi sur les brevets* ou établisse des règlements obligeant les fabricants de médicaments brevetés à réduire le prix des médicaments brevetés pour lesquels il n'existe aucune version générique, 15 ans après leur mise en marché, conformément à ce qui se fait dans d'autres pays.

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada enquête sur les pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique, notamment des fabricants de médicaments brevetés et génériques, des grossistes et des pharmacies de détail, pour trouver des moyens de diminuer le prix des médicaments délivrés sur ordonnance en favorisant la concurrence.

Recommandation 15

Que le ministre de la Santé entame des discussions avec ses homologues provinciaux et territoriaux en vue de réduire les délais liés à l'accès aux nouveaux médicaments sans ordonnance en intégrant le processus de classification des médicaments au processus fédéral d'approbation des médicaments sans ordonnance.

D. Amélioration des systèmes d'information et de données

Le Comité recommande :

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada, les provinces, les territoires et le secteur privé collaborent plus étroitement afin d'accélérer le développement d'un système national de données complet sur l'utilisation des produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance, afin d'appuyer la gestion des régimes d'assurance-médicaments au Canada.

Recommandation 17

Que Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé du Canada inc. travaillent ensemble à l'élaboration d'un système électronique de signalement en temps réel des effets indésirables des médicaments.

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada demande au Bureau du directeur parlementaire du budget de mettre à la disposition du public et d'autres organismes gouvernementaux les données obtenues pour son étude sur le coût, pour le gouvernement fédéral, d'un nouveau régime national d'assurance-médicaments.

ANNEXE A : RÉGIMES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE

La présente annexe donne une vue d'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments qu'offrent les provinces et les territoires au Canada, notamment ceux destinés à la population générale, aux personnes âgées, aux enfants, aux personnes à faible revenu, aux personnes souffrant de maladies chroniques ou à celles qui doivent prendre des médicaments onéreux, dont il est question dans la première partie du rapport. Les tableaux ci-dessous ont été compilés à partir de données tirées de l'annexe H : Survol des régimes provinciaux d'assurance-médicaments du rapport du Bureau du directeur parlementaire du budget intitulé *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*; de l'annexe A : Concept des régimes publics d'assurance-médicaments du rapport du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés intitulé *Compas Rx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments 2012-2013, 1^{re} édition*; et de différents sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tableau 1 – Caractéristiques des régimes publics d’assurance-médicaments pour la population générale des moins de 65 ans

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	<u>Non-Group Coverage</u>	Résidents de la province	Prime mensuelle Personne seule : 63,50 \$ Famille : 118 \$ Facturée chaque trimestre	X	30 % du coût des ordonnances	X	25 \$ par ordonnance
Colombie-Britannique	<u>PharmaCare</u>	Résidents de la province	X	X	Après franchise, 30 % du coût des ordonnances	De 0 à 3 % par année du revenu familial net	De 2 à 4 % par année du revenu familial net Une fois le max. familial atteint, PharmaCare couvre 100 % des dépenses admissibles pour le reste de l’année
Saskatchewan	<u>Special Support Program</u>	Résidents de la province	X	X	Avant franchise, selon le revenu et les dépenses mensuelles en médicaments Après franchise, 35 % du coût des ordonnances	3,4 % du revenu familial net, versée deux fois l’an	X

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Manitoba	<u>Régime d'assurance-médicaments</u>	Résidents de la province dont les ordonnances ne sont pas couvertes par un autre régime provincial ou fédéral	X	X	X	De 2,97 à 6,73 % du revenu net, min. de 100 \$	S.O.
Ontario	<u>Programme de médicaments Trillium</u>	Résidents de la province sans assurance privée ou avec une assurance limitée et non admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario	X	Après franchise, 2 \$ par ordonnance	X	De 3 à 4 % du revenu annuel net, versée chaque trimestre	X
Québec	<u>Régime public d'assurance-médicaments</u>	Personnes non admissibles à une assurance privée	Prime annuelle de 0 à 667 \$, selon le revenu	X	Après franchise, 34,8 % du coût des ordonnances	19,45 \$ par mois	88,83 \$ par mois 1 029 \$ par année
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Assurance Plan</u>	Résidents de la province	X	X	Taux = (revenu familial*taux plafond)/total des dépenses familiales en médicaments	X	De 5 à 10 % par année du revenu net, selon le revenu

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Nouvelle-Écosse	Family Pharmacare	Résidents de la province non couverts par un autre régime provincial d'assurance-médicaments	X	X	20 % du coût des ordonnances	De 1 à 20 % par année du revenu net	De 6 à 35 % du revenu net
Nouveau-Brunswick	Régime médicaments du Nouveau-Brunswick	Résidents de la province sans assurance privée ou avec une assurance limitée	Prime mensuelle de 16,67 à 166,67 \$, selon le revenu ou prime annuelle de 200 à 2 000 \$, selon le revenu	X	30 % du coût des ordonnances, jusqu'à concurrence de 5 à 30 \$ par ordonnance, selon le revenu	X	X
Île-du-Prince-Édouard	Programme de médicaments génériques	Résidents de la province de moins de 65 ans sans assurance privée	X	X	X	X	Max. de 19,95 \$ par médicament générique

Tableau 2 – Caractéristiques des régimes publics de couverture des médicaments onéreux

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Colombie-Britannique	<u>Fair PharmaCare-Enhanced Assistance</u>	Résidents de la province	X	X	X	X	De 1,3 à 3,2 % du revenu familial net
Saskatchewan	<u>Extended Benefits and Drug Plan</u>	Déterminée par le ministère de la Santé	X	Calculée en fonction du revenu familial total et du coût effectif des médicaments	X	X	3,4 % du revenu familial total ajusté
Manitoba	<u>Régime d'assurance-médicaments</u>	Résidents de la province	X	X	X	X	De 3,05 à 6,90 % du revenu familial total ajusté
Ontario	<u>Programme de médicaments Trillium</u>	Résidents de la province	X	Après franchise, 2 \$ par ordonnance	X	X	De 3 à 4 % du revenu du ménage après impôt
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Assurance Plan</u>	Résidents de la province	X	X	X	X	De 5 à 10 % du revenu annuel net, selon le revenu
Nouvelle-Écosse	<u>Family Pharmacare</u>	Résidents de la province non couverts par un autre régime provincial d'assurance-médicaments	X	X	X	X	Pourcentage variable du revenu familial total ajusté
Île-du-Prince-Édouard	<u>Programme de couverture des coûts exorbitants en médicaments</u>	Résidents de la province	X	X	X	X	De 3 à 12 % du revenu net

Tableau 3 – Caractéristiques des régimes publics d’assurance-médicaments pour les personnes âgées

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	<u>Coverage for Seniors</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	X	30 % du coût des ordonnances	X	25 \$ max. par ordonnance
Colombie-Britannique	<u>Fair Pharmacare</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	X	Après franchise, 25 % du coût des ordonnances	De 0 à 2 % du revenu net	De 1,25 à 3 % par année du revenu net
Saskatchewan	<u>Seniors’ Drug Plan</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	Max. 20 \$ par ordonnance	X	X (Des franchises existent pour les bénéficiaires du SRG)	S.O.
Ontario	<u>Programme de médicaments de l’Ontario</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	2 \$ par ordonnance si le revenu est <19 300 \$ (personne seule), <32 300 \$ (couple) Autrement, max. de 6,11 \$ par ordonnance	X	0 \$ si le revenu est <19 300 \$ (personne seule), <32 300 \$ (couple) Autrement, 100 \$	S.O.
Québec	<u>Régime public d’assurance-médicaments</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans non admissibles à une assurance privée	De 0 à 667 \$ par année, selon le revenu	X	Après franchise, 34 % du coût des ordonnances	18 \$ par mois	Sans SRG : 88,83 \$ par mois 1 066 \$ par année <hr/> De 1 à 93 % du SRG 52,56 \$ par mois 632 \$ par année <hr/> De 94 à 100 % du SRG 0 \$

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>65 Plus Plan</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans recevant la SV et le SRG	X	Max. de 6 \$ de frais d'exécution par ordonnance	X	X	X
Nouvelle-Écosse	<u>Seniors' Pharmacare</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans non couverts par une assurance-médicaments	De 0 à 424 \$ par année selon le revenu	X	30 % du coût des ordonnances	X	Plafond annuel incluant la prime et les contributions de 382 à 806 \$, selon le revenu
Nouveau-Brunswick	<u>Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour les aînés</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans recevant le SRG ou y étant admissibles	X	Bénéficiaires du SRG : Max. de 9,05 \$ par ordonnance Autrement, selon le revenu	X	X	Bénéficiaires du SRG : 500 \$ Autrement, aucun max.
	<u>Programme de soins de santé pour les aînées de Croix Bleue Medavie</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans non admissibles au Régime de médicaments du N.-B. pour les aînés et n'ayant pas d'assurance privée	115 \$ par mois	Jusqu'à 15 \$ par ordonnance	X	X	X
Île-du-Prince-Édouard	<u>Programme de médicaments à l'intention des aînés</u>	Résidents de la province de plus de 65 ans	X	Max. de 8,25 \$ par ordonnance + frais d'exécution d'ordonnance jusqu'à 7,69 \$	X	X	X

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Yukon	<u>Programme d'assurance-médicaments</u>	Résidents du Yukon de plus de 65 ans ou de plus de 60 ans et mariés à une personne de plus de 65 ans	X	X	X	X	S.O.
Territoires du Nord-Ouest	<u>Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées</u>	Personnes non autochtones ou Métis non originaires des territoires âgés de plus de 60 ans	X	X	X	X	X
Nunavut	<u>Régime de couverture complète</u>	Résidents du territoire non autochtones de plus de 65 ans	Non établie clairement	X	X	Non établie clairement	Non établi clairement

Tableau 4 – Caractéristiques des régimes publics d’assurance-médicaments pour les enfants

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	<u>Alberta Child Health Benefit</u>	Enfants de moins de 18 ans ou jusqu’à 20 ans vivant chez leurs parents et allant à l’école jusqu’en 12 ^e année	X	Non établie clairement	X	X	X
Colombie-Britannique	<u>Children At Home Program (Plan F)</u>	Enfants de la province lourdement handicapés	X	X	0 %	X	X
Saskatchewan	<u>Children’s Drug Plan</u>	Enfants de moins de 14 ans	X	25 \$ par ordonnance	X	X	X
Ontario	<u>Assurance-santé Plus : Médicaments pour les enfants et les jeunes</u> (à compter du 1 ^{er} janvier 2018)	Enfants et jeunes de 24 ans ou moins bénéficiaires de l’Assurance-santé	X	X	0 %	X	X
Québec	<u>Assurance médicaments</u>	Enfants de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans célibataires, vivant chez leurs parents et étudiant à temps plein	X	X	X	X	0 \$
Nouvelle-Écosse	<u>Low Income Pharmacare for Children</u>	Familles recevant la prestation pour enfant de la province	X	5 \$ par ordonnance	X	X	X

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Nouveau-Brunswick	<u>Plan G (Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant des besoins spéciaux)</u>	Enfants pris en charge par le ministère du Développement social	X	X	0 %	X	S.O.
	<u>Plan F (Clients du ministère du Développement social)</u>	Familles à faible revenu	Non établie clairement	2 \$ par ordonnance pour les enfants de moins de 18 ans	X	Non établie clairement	250 \$ par famille et par année
Île-du-Prince-Édouard	<u>Programme de prestations de santé familiales</u>	Familles à faible revenu ayant au moins un enfant de moins de 19 ans ou de moins de 25 ans étudiant à temps plein	X	Frais d'exécution d'ordonnance	Selon le revenu et le nombre d'enfants	X	X
Yukon	<u>Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants</u>	Familles ayant un revenu limité et au moins un enfant de moins de 18 ans	X	X	X	Selon le revenu	Max. annuel : 250 \$ par enfant et 500 \$ par famille

Tableau 5 – Caractéristiques des régimes publics d’assurance-médicaments pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou dont les médicaments coûtent cher

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	<u>Specialized High Cost Drug Program</u>	Résidents de la province	X	X	X	X	X
	<u>Outpatient Cancer Drug Benefit Program</u>	Résidents de la province	X	X	0 %	X	X
	<u>Palliative Care Coverage Program</u>	Résidents de la province	X	30 % jusqu’ à un maximum de 25 \$	X	X	1 000 \$ maximum à vie
	<u>Diabetic Supply Coverage</u>	Résidents de la province	X	X	0 % jusqu’à un maximum de 600 \$ par année	X	X
Colombie-Britannique	<u>Cystic Fibrosis (Plan P)</u>	Résidents de la province inscrits dans une clinique provinciale de traitement de la fibrose kystique	X	X	0 %	X	X
	<u>BC Palliative Care Drug Plan</u>	Résidents de la province	X	X	0 %	X	X
Saskatchewan	<u>Insulin Pump Program</u>	Résidents de la province de moins de 25 ans souffrant de diabète de type 1	X	X	X	X	X
	<u>Palliative Care Drug Coverage</u>	Patients de la province bénéficiant de soins palliatifs	X	X	0 %	X	X

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Select Needs Plan</u>	Résidents de la province souffrant de la fibrose kystique ou d'insuffisance somatotrope (hormone de croissance)	X	X	0 %	X	X
Nouvelle-Écosse	<u>Drug Assistance for Cancer Patients</u>	Patients de la province atteints d'un cancer, ayant des revenus limités et n'ayant aucune autre couverture que celle du régime familial d'assurance-médicaments	X	X	0 %	X	X
	<u>Palliative Care Drug Program</u>	Patients de la province bénéficiant de soins palliatifs	X	X	0 %	X	X
Nouveau-Brunswick	<u>Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick pour les maladies rares</u>	Résidents de la province	X	X	X	X	X

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Île-du-Prince-Édouard	<u>Programme de médicaments pour le VIH/sida</u>	Résidents de la province atteints du VIH ou du sida	X	X	0 %	X	X
	<u>Programme de médicaments pour la fibrose kystique</u>	Résidents de la province atteints de la fibrose kystique	X	X	0 %	X	X
	<u>Programme de médicaments pour le diabète</u>	Résidents de la province souffrant de diabète	X	10 \$ pour chaque ampoule d'insuline de 10 ml ou 20 \$ pour cinq cartouches d'insuline de 3 ml; 11 \$ par médicament prescrit administré par voie orale; 11 \$ par ordonnance mensuelle de 100 bandelettes	X	X	X
	<u>Programme d'érythropoïétine</u>	Résidents de la province ayant reçu un diagnostic d'insuffisance rénale chronique ou recevant un traitement de dialyse rénale	X	X	0 %	X	X

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Île-du-Prince-Édouard	<u>Programme de couverture des médicaments onéreux</u>	Résidents de la province atteints d'une maladie donnant droit à une couverture pour des médicaments approuvés	X	Selon le revenu du ménage, + frais d'exécution d'ordonnance	X	X	X
Yukon	<u>Programme d'aide aux malades chroniques</u>	Résidents du territoire ayant une maladie chronique non couverte par un régime public ou privé	Non établie clairement	Non établie clairement	Non établie clairement	Première tranche de 250 \$ par année	500 \$ par famille et par année
Territoires du Nord-Ouest	<u>Régime d'assurance-maladie pour certaines maladies spécifiques</u>	Résidents des territoires atteints de certaines maladies	X	X	X	X	S.O.
Nunavut	<u>Programme de prestations d'assurance-maladie complémentaire</u>	Résidents non autochtones du territoire ayant une maladie chronique	X	X	X	X	S.O.

Tableau 6 – Caractéristiques des régimes publics d’assurance-médicaments pour les personnes à faible revenu ou les assistés sociaux

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Alberta	<u>Alberta Adult Health Benefit</u>	Résidents de la province recevant le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
Colombie-Britannique	<u>Pharmacare Recipients of B.C. Income Assistance (Plan C)</u>	Résidents de la province recevant le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
Saskatchewan	<u>Supplementary Health Program</u>	Déterminée par le ministère des Services sociaux	X	Jusqu’à 2 \$ par ordonnance pour les adultes, selon leur statut	X	X	X
Manitoba	<u>Aide à l’emploi et au revenu</u>	Résidents de la province recevant le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.
Québec	<u>Régime public d’assurance médicaments</u>	Résidents de la province recevant de 94 à 100 % du SRG	X	X	X	X	X
Terre-Neuve-et-Labrador	<u>Foundation Plan</u>	Résidents de la province recevant le soutien du revenu	X	X	X	X	S.O.

Province ou territoire	Nom du régime	Admissibilité	Prime	Contribution fixe	Coassurance	Franchise	Max. pour le particulier
Terre-Neuve-et-Labrador	Access Plan	Personnes et familles à faible revenu	X	X	De 20 à 70 % du total du coût des ordonnances, selon le revenu	X	X
Nouvelle-Écosse	Pharmacare Benefits	Personnes et familles à faible revenu	X	5 \$ par ordonnance	X	X	X
Nouveau-Brunswick	Plan E (Résidents adultes d'établissements résidentiels autorisés pour adultes)	Résidents de la province pensionnaires d'un établissement résidentiel autorisé pour adultes	Non établie clairement	4 \$ par ordonnance	X	Non établie clairement	250 \$ par année
	Plan F (Clients du ministère du Développement social)	Résidents de la province détenant une carte valide d'assistance médicale délivrée par le ministère du Développement social	Non établie clairement	4 \$ par ordonnance pour les adultes de plus 18 ans	X	Non établie clairement	250 \$ par famille et par année
Île-du-Prince-Édouard	Programme d'aide financière pour médicaments	Résidents de la province approuvés conformément à la <i>Social Assistance Act</i>	X	X	X	X	S.O.

Sources : Tableaux produits par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de l'annexe H : Survol des régimes provinciaux d'assurance-médicaments du rapport du Bureau du directeur parlementaire du budget intitulé [*Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*](#), Ottawa, 28 septembre 2017, p. 80 à 85; de l'annexe A : « Concept des régimes publics d'assurance-médicaments » – Saskatchewan, du rapport du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés intitulé [*Compas Rx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments 2012-2013, 1^{re} édition*](#); et de différents sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux.

ANNEXE B LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé Brian O'Rourke, président-directeur général</p> <p>Institut canadien d'information sur la santé Brent Diverty, vice-président Programmes Michael Gaucher, directeur Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'oeuvre de la santé</p> <p>Ministère de la Santé Scott Doidge, directeur général Services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits Frances Hall, directrice Bureau des stratégies de gestion des produits pharmaceutiques, Direction générale de la politique stratégique Abby Hoffman, sous-ministre adjointe Direction générale de la politique stratégique</p> <p>Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés Guillaume Couillard, directeur Secrétariat du Conseil, communications et planification stratégique Tanya Potashnik, directrice Direction des politiques et de l'analyse économique</p>	2016/04/13	6
<p>À titre personnel Marc-André Gagnon, professeur agrégé École d'administration et de politique publique, Carleton University Steven G. Morgan, professeur École de santé publique et de santé des populations, Université de la Colombie-Britannique Marie-Claude Prémont, professeure École nationale d'administration publique</p>	2016/04/18	7

Organismes et individus	Date	Réunion
Women's College Hospital Danielle Martin, vice-présidente Affaires médicales et solutions destinées au système de santé	2016/04/18	7
À titre personnel Katherine Boothe, professeure adjointe Département de science politique, Université McMaster	2016/04/20	8
À titre personnel David Henry, professeur Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto Anne Holbrook, médecin/pharmacologue clinique, professeure et directrice Division de pharmacologie et de toxicologie clinique, Université McMaster		
Qualité des services de santé Ontario Irfan Dhalla, vice-président Équipe d'analyses des données et des normes		
3Sixty Public Affairs William Dempster, directeur général	2016/05/02	9
Société canadienne du sang Graham Sher, chef de la direction Bureau principal		
PDCI Market Access N. Dylan Lamb-Palmer, gestionnaire Économie et analytique de la santé W. Neil Palmer, président et consultant principal		
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Stephen Frank, vice-président Élaboration des politiques et santé Frank Swedlove, président et chef de la direction	2016/05/09	10
Chambre de commerce de Surrey Anita Huberman, directrice générale		

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Coalition canadienne de la santé Julie White, membre du conseil d'administration</p> <p>Association des infirmières et infirmiers du Canada Lisa Ashley, infirmière-conseillère principale Politiques, représentation et planification stratégique</p> <p>Association des pharmaciens du Canada Perry Eisenschmid, chef de la direction Philip Emberley, directeur Affaires professionnelles</p> <p>Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé Connie Côté, directrice générale Debra Lynkowski, membre du conseil d'administration</p>	2016/05/16	11
<p>À titre personnel Matthew Herder, professeur agrégé Faculté de médecine et de droit, Health Law Institute, Dalhousie University Christopher McCabe, chaire de recherche la capitale en santé Faculté de médecine et de dentisterie, University of Alberta Robyn Tamblyn, professeure Département de médecine et département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill</p> <p>Organisation canadienne des maladies rares Maureen Smith, secrétaire, conseil d'administration Durhane Wong-Rieger, présidente-directrice générale</p>	2016/05/30	12
<p>Canadian Association for Retired Persons Natasha Mistry, directrice Relations avec les intervenants et développement communautaire</p> <p>Association médicale canadienne Owen Adams, conseiller politique principal Cindy Forbes, présidente</p>	2016/06/01	13

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Produits de santé consommateurs du Canada</p> <p>Gerry Harrington, vice-président Politique et affaires réglementaires</p> <p>Kristin Willemsen, directrice Affaires scientifiques et réglementaires</p>	2016/06/01	13
<p>À titre personnel</p> <p>Gregory Marchildon, professeur et titulaire de la chaire de recherche de l'Ontario sur la politique de la santé et la conception de systèmes Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto</p> <p>Roy Romanow, commissaire et ancien premier ministre de la Saskatchewan Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada</p> <p>Angus Reid Institute Shachi Kurl, directrice générale</p> <p>Médecins canadiens pour le régime public Monika Dutt, présidente</p> <p>Médicaments novateurs Canada Glenn Monteith, vice-président Innovation et viabilité des soins de santé</p> <p>Brett Skinner, directeur exécutif Santé et politique économique</p>	2016/06/06	14
<p>BIOTECanada</p> <p>Andrew Casey, président et chef de la direction</p> <p>Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada Jessica Harris, vice-présidente Affaires gouvernementales</p> <p>Association canadienne du médicament générique Jim Keon, président</p> <p>Diabète Canada Jan Hux, conseillère scientifique principale</p>	2016/09/22	19

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Mélanie Bourassa Forcier, professeure et directrice des programmes de droit et politique de la santé Université de Sherbrooke-CIRANO</p> <p>Colleen Flood, professeure et titulaire de la chaire de recherche universitaire directrice du Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé, Université d'Ottawa</p> <p>Institut C.D. Howe</p> <p>Ake Blomqvist, chercheur sur les politiques de santé</p> <p>Syndicat canadien de la fonction publique</p> <p>Victor Elkins, vice-président régional pour la Colombie-Britannique</p> <p>Chandra Pasma, agente de recherche principale</p>	2016/09/27	20
<p>Bibliothèque du Parlement</p> <p>Mostafa Askari, directeur parlementaire adjoint du budget Bureau du directeur parlementaire du budget</p> <p>Bibliothèque du Parlement</p> <p>Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget</p> <p>Carleigh Malanik, analyste financière Bureau du directeur parlementaire du budget</p> <p>Peter Weltman, directeur principal, analyse des coûts et des programmes Bureau du directeur parlementaire du budget</p>	2016/09/29	21
<p>À titre personnel</p> <p>Doug Coyle, professeur et directeur par intérim École d'épidémiologie, de santé publique et de médecine préventive de l'Université d'Ottawa</p> <p>Société de l'arthrite</p> <p>Janet Yale, présidente et chef de la direction</p> <p>Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers</p> <p>Anil Naidoo, agent des relations gouvernementales</p> <p>Linda Silas, présidente</p>	2016/11/29	33

Organismes et individus	Date	Réunion
University of British Columbia Therapeutics Initiative Thomas L. Perry, président, groupe de travail sur l'éducation	2016/11/29	33
Ministère de la Santé Scott Doidge, directeur général Services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits Sony Perron, sous-ministre adjoint principal Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	2016/12/01	34
Ministère des Anciens Combattants Michel Doiron, sous-ministre adjoint Prestation des services Elizabeth Douglas, directrice générale Gestion des programmes et de la prestation des services Fiona Jones, gestionnaire Priorités stratégiques		
Bureau du vérificateur général Dawn Campbell, directrice Michael Ferguson, vérificateur général du Canada		
À titre personnel Larry Lynd, professeur Sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique	2016/12/06	35
Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance- médicaments publique au Canada Peter MacLeod, président Jean-Pierre St-Onge, membre		
Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada Lesley James, gestionnaire principale Politique de la santé		
Bibliothèque du Parlement Mostafa Askari, directeur parlementaire adjoint du budget Bureau du directeur parlementaire du budget Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget	2016/12/13	37

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Bibliothèque du Parlement</p> <p>Jason Jacques, directeur</p> <p>Analyse économique et financière, Bureau du directeur parlementaire du budget</p> <p>Mark Mahabir, directeur des politiques (coût) et avocat général Bureau du directeur parlementaire du budget</p> <p>Carleigh Malanik, analyste financière Bureau du directeur parlementaire du budget</p>	2016/12/13	37
<p>Alberta Blue Cross</p> <p>Dianne Balon, vice-présidente Gouvernement</p> <p>Margaret Wurzer, gestionnaire principale Avantages et mise au point de produits</p> <p>Ministère de la Défense nationale</p> <p>Sylvain Grenier, officier supérieur d'état-major Services de Pharmacie</p>	2017/02/02	39
<p>À titre personnel</p> <p>Matthew Brougham</p> <p>Medicines New Zealand</p> <p>Graeme Jarvis, directrice générale Quartier général</p> <p>Heather Roy, présidente du conseil d'administration Quartier général</p>	2017/02/14	42
<p>À titre personnel</p> <p>Amir Attaran, professeur Faculté de droit, Université d'Ottawa</p> <p>À titre personnel</p> <p>Bruce Ryder, professeur agrégé Osgoode Hall Law School, York University</p>	2017/02/23	43
<p>Dental and Pharmaceutical Benefits Agency</p> <p>Sofia Wallström, directrice générale</p>	2017/05/02	51

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Ministère Néerlandais de la Santé, Bien-être et Sports Aldo Golja, conseiller principal en politiques liées à l'établissement des prix et au remboursement des médicaments Service des affaires pharmaceutiques et de la technologie médicale</p>	2017/05/02	51
<p>Bureau du directeur parlementaire du budget Mostafa Askari, sous-directeur parlementaire du budget Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget Jason Jacques, directeur principal Analyse budgétaire et des coûts Mark Mahabir, directeur des politiques et avocat général Carleigh Malanik, analyste financière</p>	2017/10/17	73
<p>À titre personnel Marc-André Gagnon, professeur agrégé École d'administration et de politique publique, Carleton University Steven Morgan, professeur École de santé publique et de santé des populations, University of British Columbia</p>	2017/10/19	74
<p>Médecins canadiens pour le régime public Danyaal Raza, président</p>		
<p>Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Stephen Frank, président et directeur général Karen Voin, vice-présidente Assurance collective et lutte contre la fraude</p>		

ANNEXE C

LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et individus

Angus Reid Institute

Association Cannabis Canada

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association médicale canadienne

Bonnett, Chris

Boothe, Katherine

Coalition canadienne de la santé

Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé

Coalition pour de meilleurs médicaments

Congrès du travail du Canada

Dental and Pharmaceutical Benefits Agency

Diabète Canada

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Gagnon, Marc-André

Herder, Matthew

Independent Patient Voices Network of Canada

Institut canadien des actuaires

Instituts de recherche en santé du Canada

Organismes et individus

Marchildon, Gregory

Médecins canadiens pour le régime public

Moore, John

Organisation canadienne des maladies rares

Qualité des services de santé Ontario

Réseau canadien des survivants du cancer

Robertson, Mary Lou

Société canadienne du sang

Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Syndicat canadien de la fonction publique

Union des consommateurs

Walters, Gary

West, David

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents (réunions n^{os} 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 33, 34, 35, 37, 39, 42, 43, 51, 73, 74, 75, 87, 88, 92 et 96) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,
Bill Casey

Sommaire

Beaucoup de questions restent encore sans réponse dans la foulée de l'étude du Comité permanent de la santé (HESA) sur l'instauration d'un régime national d'assurance-médicaments. Fruit de plus de deux années de travail, le rapport *Un régime d'assurance médicament universel pour tous les Canadiens : Une nécessité*, qui repose sur plus de 99 témoignages, présente les constatations et les recommandations de la majorité des membres du Comité. Or, les provinces et les territoires, qui ont compétence en la matière, n'ont toujours pas été consultés, de sorte que des questions continuent de se poser en ce qui concerne la mise en œuvre d'un tel régime, sans compter les disparités dans le calcul des coûts.

D'abord, il y avait beaucoup d'éléments inconnus et d'estimations des coûts dans le rapport du directeur parlementaire du budget (DPB). Qu'il s'agisse des données qui n'étaient pas à jour ou des incertitudes sur le plan des compétences dans le domaine, de nombreux aspects abordés dans le rapport du DPB méritent d'être étudiés plus en profondeur, à l'aide de ressources adéquates. Par exemple, se fondant sur des données parues en 2002, le rapport suppose que 2 % des Canadiens ne bénéficient d'aucune couverture, alors que des données plus récentes suggèrent que ce taux s'approche plutôt de 10 %. Un tel écart représente des coûts additionnels par rapport aux estimations du DPB. Dans son rapport, le DPB prévoit un coût total des médicaments d'ordonnance au Canada différent de celui avancé selon des données plus récentes. Bref, le coût réel de mise en œuvre du régime proposé pourrait être considérablement plus élevé que le montant présenté au Comité.

Deuxièmement, des pays de l'OCDE, le Canada occupe le premier rang, ayant le coût le plus élevé de médicament d'ordonnance par habitant dans le monde¹. Avant d'adopter un régime national d'assurance-médicaments, il faut s'attaquer à ce problème pour réduire les coûts et rendre tout plan abordable pour les contribuables. Il faut aussi mettre au point un plan pour financer un tel régime avant toute mise en œuvre, par exemple en misant sur les achats massifs, en passant à des marques génériques, en corrigeant le problème des prescriptions excessives ou en rendant disponibles en vente libre des médicaments d'ordonnance.

Troisièmement, de nombreuses questions se posent quant à l'impact d'un régime national d'assurance-médicaments sur les compagnies d'assurance privées : pertes d'emplois; volonté des Canadiens qui bénéficient actuellement d'une couverture privée supérieure de passer à un régime public; et compétence des provinces et des territoires en la matière. À l'heure actuelle,

¹ ICIS, *Fiche d'information : Coup d'œil sur les dépenses en médicaments*, 2017, p.1.

88 % des Canadiens bénéficient d'une couverture des médicaments d'ordonnance par l'entremise de régimes d'assurance privés ou publics².

Incertitude quant aux coûts

Le rapport du DPB estime que 2 % des Canadiens n'ont aucune forme de couverture et calcule le coût d'un régime en conséquence, mais ces données remontent à 2002³. Selon des rapports plus récents produits par Steve Morgan, près de 10 % des Canadiens n'ont aucune forme de couverture et 10 % ont une couverture comportant des lacunes⁴. De plus, selon le rapport du DPB, les dépenses totales annuelles en médicaments d'ordonnance s'élevaient à 24 milliards de dollars⁵. Or, selon l'ICIS, ce montant s'élève à 39,8 milliards de dollars⁶. L'écart entre ces deux sommes est la preuve qu'il faut mener une étude plus approfondie sur la question⁷.

Selon le rapport du DPB, les régimes d'assurance publics ont assumé 13,1 milliards de dollars des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, et les régimes d'assurance privés, 10,7 milliards de dollars⁸. On affirme qu'un régime national d'assurance-médicaments pourrait être mis en place pour un coût additionnel net de 5 milliards de dollars. On n'a toujours pas déterminé où l'on irait chercher cet argent. On mentionne seulement une hausse possible des impôts, ce à quoi les conservateurs s'opposent.

Le rapport du DPB estime également que l'on pourrait réaliser des économies de 4 milliards de dollars en misant sur l'achat massif de médicaments à l'échelle des provinces. L'Association canadienne du médicament générique (ACMG) a toutefois réfuté cet argument, affirmant que les prix sont déjà établis dans le cadre d'une entente convenue en 2014 avec l'Alliance pancanadienne pharmaceutique⁹. Il n'est pas nécessaire de mettre en place un régime national d'assurance-médicaments pour permettre aux provinces et aux territoires d'effectuer des achats massifs.

Il vaudrait également la peine d'examiner d'avantage pourquoi le Canada dépense beaucoup plus en médicaments d'ordonnance que les autres pays de l'OCDE, soit 713 \$US par habitant

² Bureau du directeur parlementaire du budget (DPB), *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p.29

³ DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 29.

⁴ Steven G. Morgan et. Coll., « Coût estimé d'une couverture publique universelle des médicaments d'ordonnance au Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 16 mars 2015.

⁵ DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 35.

⁶ ICIS, *Fiche d'information : Coup d'œil sur les dépenses en médicaments*, 2017, p. 1.

⁷ DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 35.

⁸ *Ibid.*, p. 54.

⁹ Emily Haws. "Pharmacare Not Really the Answer to Lowering Drug Prices, Say Industry Associations." *The Hill Times*, 17 Nov. 2017. <https://www.hilltimes.com/2017/11/15/pharmacare-not-really-answer-say-industry-associations-despite-academic-saying-otherwise/125520>

comparativement à une moyenne de 515 \$US pour les autres pays¹⁰. De plus petits pays, comme le Danemark, dépensent aussi peu que 240 \$US par habitant¹¹. En élaborant des plans pour corriger ces écarts de prix, on pourrait rendre le régime national d'assurance médicament non seulement plus abordable, mais aussi plus réaliste.

Dans la même veine, la recommandation 16 du rapport du Comité propose la création d'un système de données nationales sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance au Canada afin de faciliter la gestion de ces médicaments au pays. Nous nous opposons fermement à cette recommandation puisque le présent gouvernement n'a pas démontré qu'il était en mesure de gérer des programmes nationaux de gestion de données, comme Phénix, et parce qu'aucun coût n'a été établi pour cette mesure.

Incidence sur les compagnies d'assurance privées

Les régimes d'assurance privés assument 10,7 milliards de dollars des 28,5 milliards dépensés en médicaments d'ordonnance chaque année¹². Si un régime national est adopté, il est fort probable que le secteur privé n'assume plus cette part. Il est important de comprendre les pertes d'emploi de l'industrie qui risquent de se produire et de savoir si ces emplois seront tout simplement transférés à la nouvelle entité chargée de l'administration du régime.

Il est également important de se demander si les Canadiens qui sont actuellement couverts par des régimes d'assurance privés sont prêts à passer à un régime public obligatoire qui risque fort de leur offrir une moins bonne couverture que celle dont ils bénéficient déjà. Il faut s'attendre à ce qu'un grand nombre de syndicats, qui se sont battus pour obtenir ce que l'on considère d'excellents régimes d'assurance, soient réticents à passer un régime public et à ce qu'ils contestent ce changement devant les tribunaux. Il est nécessaire de mieux comprendre ce qu'implique le passage de régimes privés à un régime public et de mieux informer le public au sujet des changements proposés.

Le champ de compétence des provinces

L'une des questions qui n'échapperont pas aux discussions, quel que soit le régime national d'assurance-médicaments, est celle du rôle des provinces et des territoires et des limites qui circonscrivent leur champ de compétence. Dans l'état actuel des choses, les provinces et territoires ont compétence relativement à la couverture des médicaments d'ordonnance dans leurs *régions* respectives. Dès lors, chacun établit son formulaire, ses critères d'admissibilité et ses programmes et procédures pour les médicaments d'exception. L'établissement par le

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² DPB, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, p. 35.

gouvernement fédéral d'un formulaire national suppose des négociations considérables et la possibilité pour les provinces de refuser leur adhésion.

Il faudra également déterminer qui paiera pour assurer sous les régimes provinciaux et territoriaux les personnes qui détiennent actuellement une assurance privée. En comité, le gouvernement a recommandé un partage du coût dans une proportion de 50/50 ou de 75/25 entre l'État fédéral et les provinces et territoires. Cependant, il est probable que plusieurs provinces et territoires demandent à l'État fédéral d'assumer la totalité du coût du programme, d'où l'importance d'en connaître le coût véritable.

Les solutions de rechange à un régime d'assurance-médicaments

Bien que l'établissement d'un régime d'assurance-médicaments ait été le sujet principal de l'étude et du rapport du comité, il existe déjà beaucoup d'autres moyens d'améliorer l'accès aux médicaments d'ordonnance au Canada.

La majorité des témoins qui ont comparu devant le comité ont convenu qu'il y avait au Canada des écarts dans la couverture des médicaments d'ordonnance et des disparités entre les divers régimes fédéraux, provinciaux, territoriaux et privés. Cependant, tous ne convenaient pas que l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments serait la meilleure solution. Beaucoup ont admis ne pas connaître avec exactitude l'ampleur et la nature des écarts étant donné l'insuffisance, la désuétude et le caractère souvent contradictoire des données citées. Selon Neil Palmer, président et consultant principal de PDCI Market Access, il faudrait recueillir des données additionnelles sur l'ampleur des écarts de couverture pour pouvoir instaurer un programme national de manière responsable¹³. En guise d'options pour remédier à ces écarts, des témoins ont proposé d'améliorer les programmes provinciaux et territoriaux, de créer un programme ciblant les Canadiens non assurés, ou encore d'instaurer un programme universel d'assurance-médicaments.

Une option intéressante et génératrice d'économies consisterait à permettre la vente libre au Canada de médicaments qui sont offerts sans ordonnance aux États-Unis et au Royaume-Uni depuis plus d'une décennie. L'Association des produits de consommation a dit au comité qu'on économiserait ainsi des milliards de dollars par rapport à ce qu'il en coûte pour délivrer ces médicaments sous ordonnance. En appliquant cette mesure aux trois principaux médicaments concernés, on économiserait 1 milliard de dollars¹⁴.

¹³ HESA, *Témoignages*, 2 mai 2016 (W. Neil Palmer, président et consultant principal, PDCI Market Access).

¹⁴ Produits de santé consommateurs du Canada – Le Conference Board du Canada. 3 Novembre 2017, *Valeurs des produits de santé destinés aux consommateurs*, p. iii.

Ces économies, conjuguées aux économies d'échelle et à celles qui pourraient être réalisées grâce à l'utilisation accrue des substituts génériques ou au choix plus judicieux des médicaments (p. ex. dans le cas des médicaments prescrits contre l'hépatite C ou le diabète, qui sont de 5 à 20 fois plus chers que leurs substituts), pourraient servir à combler une partie des fonds requis pour garantir une couverture à tous les Canadiens.

Le tout respectueusement soumis.

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA

Étude sur la création d'un régime national d'assurance-médicaments

Depuis le début du gouvernement de la Fédération du commonwealth coopératif en Saskatchewan dans les années 1940 et la création du Nouveau Parti démocratique du Canada en 1961, les néo-démocrates s'efforcent de veiller à ce que tous les Canadiens puissent obtenir des soins de santé essentiels, peu importe leur capacité de payer.

Bien que les Canadiens soient fiers, à juste titre, du système de soins de santé que nous avons mis en place à ce jour, tristement, les services ne sont ni exhaustifs ni accessibles à tous. Par exemple, lorsqu'il s'agit de soins pharmaceutiques ou dentaires ou encore de traitements en réadaptation, les Canadiens sont aux prises avec un éventail de programmes publics et privés, et des millions de personnes sont sans couverture.

Peu après le début de la 42^e législature, le Nouveau Parti démocratique est intervenu pour corriger une de ces lacunes.

Le 22 février 2016, le Nouveau parti démocratique a présenté la motion suivante au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes :

D'entreprendre une étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments comme étant des services assurés pour les Canadiens en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et d'en faire rapport à la Chambre.

Nous sommes heureux que la motion ait été adoptée à l'unanimité par tous les partis représentés au sein du Comité.

Au cours des deux dernières années, le Comité a entendu une centaine de témoins et reçu plus d'une trentaine de mémoires. Nous avons consulté de grands spécialistes de la question et étudié divers modèles internationaux. Nous sommes allés jusqu'à demander au directeur parlementaire du budget (DPB) de procéder à une analyse détaillée des coûts et des conséquences financières.

Les conclusions sont solides et claires. Il n'y a pas de doute : il est grand temps de réformer la politique.

Les Canadiens et les intervenants sont très nombreux à appuyer sans réserve l'idée d'élargir le système public de soins de santé afin d'inclure la couverture universelle des médicaments.

Mieux encore, il ne fait aucun doute que nous pouvons veiller à ce que tous les Canadiens bénéficient d'une couverture pour leurs produits pharmaceutiques médicalement nécessaires – et épargner collectivement des milliards de dollars chaque année.

A. Le problème actuel

L'étude a fait ressortir la triste réalité de la couverture actuellement offerte au Canada par la multitude de régimes publics et privés d'assurance-médicaments.

Ce sont les travailleurs de la santé de première ligne qui ont donné les exemples les plus probants des torts causés par le système actuel, car ils en sont témoins tous les jours. Comme l'a dit D^r Danyaal Raza au Comité : « *Il est certain que des gens meurent des complications de leurs problèmes de santé, car il arrive souvent que ce problème ne soit pas traité parce qu'ils n'ont pas accès aux produits pharmaceutiques.* »

En fait, le Canada est le seul grand pays du monde qui est doté d'un système universel de soins de santé sans toutefois garantir un accès universel aux médicaments sur ordonnance. Cette lacune soulève de graves préoccupations :

- **Accès inégal** : On estime qu'entre 10 et 20 % des Canadiens – c'est-à-dire entre 3,5 et 7 millions – n'ont absolument aucune couverture, et n'obtiennent donc pas les médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin. Près d'un Canadien sur quatre a déclaré qu'il ne s'était pas procuré un médicament sur ordonnance au cours de l'année en raison des coûts. Les femmes et les personnes à faible revenu en particulier sont moins susceptibles d'avoir toujours accès aux médicaments sur ordonnance.
- **Problèmes de santé** : À l'heure actuelle, le Canada se classe au deuxième rang parmi les pays de comparaison pour ce qui est du pourcentage de personnes qui omettent de prendre des médicaments. On estime que de 5,4 à 6,5 % des hospitalisations sont liées à ce problème, ce qui entraîne des coûts annuels pouvant atteindre 1,6 milliard de dollars.
- **Coût élevé des médicaments** : Les Canadiens font partie de ceux qui payent les prix les plus élevés pour les médicaments sur ordonnance dans le monde, et ces coûts augmentent chaque année à un rythme alarmant. En 2017, les coûts des médicaments sur ordonnance par habitant au Canada ont augmenté à un rythme plus élevé que ceux liés aux hôpitaux et aux médecins. En fait, le Canada dépense plus d'argent en médicaments sur ordonnance qu'en médecins.

- **Lourdeurs administratives** : Il en coûte beaucoup plus pour administrer une multitude de régimes d'assurance publics et privés qu'il en coûterait pour gérer un seul programme ou régime. Le dédoublement inutile des évaluations liées au Formulaire, du traitement des réclamations, des formalités pour déterminer l'admissibilité et autres tâches administratives font multiplier les coûts supplémentaires, lesquels seraient éliminés par une gestion publique.

B. La solution : un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique

Tout au long de l'étude, le Comité a recueilli des témoignages aussi irréfutables qu'innombrables selon lesquels les programmes universels d'assurance-médicaments à payeur unique donnent les meilleurs résultats sur les plans de l'équité, de l'économie et de la santé. En fait, il est rare d'obtenir une réponse aussi claire à une question de politique publique.

Au lieu de chercher une solution consistant à « combler les lacunes », il nous faut créer un programme pancanadien d'assurance-médicaments qui comporte les éléments clés suivants :

- **Régime universel et public** : Tous les Canadiens doivent être couverts par un régime public. Comme nous l'avons fait pour les médecins et les hôpitaux, il est plus efficace et efficient d'offrir des médicaments sur ordonnance à l'ensemble de la population par l'entremise d'un programme à payeur unique.
- **Coordination des achats** : Tous les ordres de gouvernement doivent faire front commun pour acheter en bloc les médicaments sur ordonnance pour les Canadiens. Selon l'analyse des coûts d'un programme national d'assurance-médicaments menée par le DPB, il serait possible d'économiser 3,7 milliard de dollars par année en augmentant le pouvoir d'achat par l'entremise d'un programme universel pancanadien. S'ils sont utilisés judicieusement, les contrats donnant un accès exclusif sont également un excellent outil en vue d'obtenir le meilleur prix possible pour les Canadiens.
- **Couverture fondée sur des données probantes** : La couverture doit reposer sur un formulaire pharmaceutique fondé sur des données probantes, qui est établi dans le cadre d'un processus indépendant, transparent, rentable et axé sur des données empiriques. On estime par exemple qu'environ 5 milliards de dollars dépensés par les employeurs pour les régimes d'assurance-médicaments privés sont perdus, car ces régimes ne sont pas bien pensés pour administrer les décisions sur l'ordonnance et la décision.

- **Administration simplifiée** : Il ne fait aucun doute que l'on peut réaliser des économies substantielles en remplaçant les centaines de régimes d'assurance-médicaments privés actuellement en place à l'échelle du Canada par des programmes consolidés. M. Marc-Andre Gagnon, de l'École de politique publique et d'administration de l'Université Carleton, estime que le remplacement des régimes privés par un régime universel d'assurance-médicaments permettrait aux Canadiens d'économiser 1,3 milliard de dollars par année en coûts administratifs.
- **Élimination des contributions** : Il est bel et bien prouvé que même de très petites contributions empêchent les personnes à faible revenu de se procurer leurs médicaments sur ordonnance. Dans son analyse, le DPB a pris en compte une contribution de 5 \$ pour les médicaments sur ordonnance de marque (mais aucune contribution pour les médicaments génériques). Or, un tel paiement est contraire au principe d'un régime à payeur unique.
- **Amélioration des pratiques en matière de prescription** : Il importe de faire une utilisation plus efficace des médicaments génériques et des médicaments moins coûteux de même efficacité et d'améliorer les pratiques en matière de prescription pour limiter les coûts et ainsi créer un système plus efficient.

C. Formulaire national fondé sur des données probantes

Le but premier d'un régime universel d'assurance-médicaments est de faire en sorte que les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin. Les néo-démocrates estiment qu'il est possible, voire impératif, d'établir un formulaire pharmaceutique exhaustif qui permet de satisfaire à cet objectif.

Les décisions en matière de prescription sont depuis trop longtemps influencées par le marketing et le lobbying. Les décisions concernant la couverture des médicaments devraient plutôt être fondées sur des données empiriques et permettre d'obtenir les meilleurs résultats pour la santé par dollar dépensé. Pour cela, le formulaire doit être géré par un organisme indépendant du gouvernement qui ne subit pas l'influence de l'industrie.

Les néo-démocrates sont très conscients qu'il faut veiller à ce que les Canadiens souffrant de maladies rares pour lesquelles ils existent des traitements pharmaceutiques prometteurs aient également accès à des soins appropriés. Nous croyons qu'il faut prendre soin que les décisions relatives à l'inscription des médicaments sur le formulaire tiennent compte des besoins de ces personnes et des innovations dans le domaine pharmaceutique.

Selon nous, le gouvernement fédéral devrait lancer sans tarder un processus en vue d'établir un formulaire national reposant sur ces principes et obtenir le consensus des provinces et des territoires. Essentiellement, l'objectif est de mettre au point un formulaire national exhaustif sur lequel s'entendent l'ensemble des provinces et des territoires, qui couvriront les coûts des médicaments de leurs résidents en échange d'un partage des coûts avec le gouvernement fédéral. Et bien sûr, les provinces et les territoires doivent être libres d'ajouter à cette couverture s'ils le désirent.

D. La couverture universelle : des milliards de dollars en économies

Il est bien connu que le système public universel de soins de santé du Canada, qui couvre les services offerts par les médecins et dans les hôpitaux, est un moyen très rentable de fournir des soins aux Canadiens. De nombreuses études réalisées au fil des années démontrent que le système de santé canadien offre des services comparables à des systèmes privés (comme ceux des États-Unis), et ce à un coût moindre par habitant. Qui plus est, tous les Canadiens sont couverts.

L'analyse des coûts d'un régime d'assurance-médicaments effectuée par le DPB montre qu'il est possible d'obtenir le même résultat en matière de couverture de médicaments.

Sur la base d'hypothèses très conservatrices, le DPB a déterminé que l'on aurait pu répondre aux besoins pharmaceutiques de tous les Canadiens et économiser 4,2 milliards de dollars en 2015-2016 s'il y avait eu en place un régime d'assurance-médicaments à payeur unique. Il ne s'agit pas d'un calcul isolé. L'étude a également déterminé que le Canada continuerait à économiser plus de 4 milliards de dollars par année dans le futur.

Il ne s'agit pas d'économies ponctuelles, et les chiffres indiqués sont probablement plus bas qu'en réalité. Des études fondées sur des données empiriques et évaluées par des pairs, ainsi que d'autres sources indépendantes, indiquent que la mise en place d'un régime universel d'assurances-médicaments à payeur unique entraînerait à l'échelle nationale des économies annuelles variant de 7 à 13 milliards de dollars.

Il est essentiel de faire comprendre aux Canadiens qu'il est possible de mettre en place un régime public et universel d'assurance-médicaments et d'économiser des milliards de dollars tout simplement en réorganisant le système.

Si l'on prend la méthodologie du DPB, par exemple, les calculs sont assez simples.

Des 24,6 milliards de dollars dépensés en médicaments en 2015-2016, 12 milliards de dollars ont été assumés par les gouvernements, 9 milliards de dollars, par les régimes d'assurance privés et 3,6 milliards de dollars par les patients directement. Si un régime universel avait été en place cette année-là, les dépenses se seraient élevées à seulement 20,4 milliards de dollars (ce qui représente des économies de 4,2 milliards de dollars).

D'où tirerait-on ces 20,4 milliards de dollars?

Étant donné que les gouvernements fédéral et provinciaux dépensent déjà à leur deux 12 milliards de dollars en produits pharmaceutiques, le secteur public aurait à trouver un montant additionnel de 8,4 milliards de dollars. Puisque la mise en œuvre d'un régime universel éliminerait les dépenses du secteur privé (9 milliards de dollars), le gouvernement fédéral pourrait recueillir tous les fonds publics supplémentaires requis pour un régime d'assurance-médicaments grâce à des outils fiscaux qui redirigeraient les fonds vers ses coffres.

Cette façon de faire permettrait au secteur privé d'économiser 600 millions de dollars par année. Les économies restantes résultant de la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments, soit 3,6 milliards de dollars, bénéficieraient directement aux patients, puisque l'on éliminerait les coûts directs.

Bref, les patients et le secteur privé économiseraient respectivement 3,6 milliards de dollars et 600 millions de dollars, les gouvernements provinciaux et territoriaux n'auraient pas à payer un cent de plus; et le gouvernement fédéral peut facilement rassembler les 8,4 milliards de dollars dont il a besoin en redirigeant vers ses coffres les dépenses du secteur privé associées aux régimes privés.

Il ne faut pas oublier non plus les autres économies à long terme qui seront réalisées grâce à la réduction des coûts liés au non-respect du traitement pharmaceutique, à la rationalisation de l'administration du régime, au contrôle discipliné du formulaire pharmaceutique, aux pratiques améliorées en matière de prescription et à l'utilisation judicieuse des contrats de licence exclusive.

E. Collaboration fédérale-provinciale-territoriale

Les néo-démocrates du Canada estiment que l'assurance-médicaments devrait faire partie des services assurés inscrits dans la *Loi canadienne sur la santé*.

À l'heure actuelle, la *Loi canadienne sur la santé* précise les conditions que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent respecter pour recevoir des transferts fédéraux pour les services offerts dans les hôpitaux et par les médecins : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

Le gouvernement fédéral devrait mettre en œuvre un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique en étendant ce levier financier à un ensemble négocié de médicaments d'ordonnance. Ainsi, on s'assurerait que tous les Canadiens ont le même accès aux produits pharmaceutiques, d'un océan à l'autre.

Le Nouveau Parti démocratique rappelle qu'au moment de la mise en place du système de soins de santé en 1968, le gouvernement avait convenu d'assumer la moitié des coûts des programmes. Tristement, la part du gouvernement fédéral a grandement diminué au cours des décennies suivantes, pour atteindre son point le plus bas, 14,6 %, en 1998-1999. C'est actuellement à environ 25%.

Si le gouvernement assumait une part des coûts selon le ratio en place en 2015-2016, il aurait à payer un peu plus de 40 % des coûts du régime universel (soit 8,4 des 20,4 milliards de dollars).

L'ancien DPB, Kevin Page, a précisé que la part des dépenses fédérales dans le secteur public des soins de santé, qui est actuellement de 25 %, devrait diminuer progressivement dans les années à venir. Il a indiqué qu'il est déjà difficile d'imaginer comment l'on réussira à préserver les principes établis dans la *Loi canadienne sur la santé* « si le gouvernement fédéral ne s'engage pas plus avant ».

Par conséquent, la part fédérale actuelle de 25 % des dépenses en soins de santé ne doit pas être vue comme un seuil maximal en ce qui concerne la participation du gouvernement fédéral à un régime pancanadien d'assurance-médicaments. Pour mettre en œuvre un régime universel d'assurance-médicaments efficace et viable, le gouvernement fédéral doit être prêt à assumer 50 % de l'ensemble des coûts. Les montants présentés dans les paragraphes précédents montrent que c'est possible.

F. Le temps d'agir

Par suite de la publication de l'analyse des coûts du DPB en octobre 2017, le caucus du Nouveau Parti démocratique a présenté une motion au Parlement en vue de lancer des discussions avec les provinces et les territoires, d'ici le 1^{er} octobre 2018, sur la mise en œuvre d'un programme national d'assurance-médicaments.

Malheureusement, les libéraux se sont unis aux conservateurs pour rejeter cette motion, 246 contre 43.

Le gouvernement libéral a affirmé qu'il était prématuré d'adopter une telle motion avant la publication du rapport final du Comité. Le NPD constate donc que les recommandations formulées par le Comité justifient maintenant qu'on entreprenne immédiatement des négociations avec les provinces et les territoires afin de mettre en œuvre un régime universel d'assurance-médicaments.

Nous demandons donc au gouvernement libéral de joindre le geste à la parole et d'amorcer des négociations avec les provinces et les territoires dès la publication du présent rapport.

Cependant, le 27 février 2018, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il créerait un « groupe consultatif » chargé de mener une autre analyse sur la création d'un programme universel d'assurance-médicaments et de tenir des consultations à ce sujet. Ce qui est plus inquiétant par contre, c'est que le lendemain, alors qu'il s'adressait au Economic Club of Canada, le ministre libéral des Finances, Bill Morneau, a souligné que le gouvernement ne cherche pas à adopter des approches universelles, mais plutôt à établir une stratégie qui ne donnera pas lieu à l'abandon du régime actuel.

C'est inacceptable.

Depuis les années 1940, des commissions nationales et des comités fédéraux recommandent la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments pour des raisons cliniques, éthiques et économiques. Pas moins de sept commissions royales, des tribunes nationales, des comités parlementaires et des groupes de référence citoyenne se sont penchés sur la question et ont recommandé le régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique. Depuis la tenue du congrès de fondation du parti en 1961, le Nouveau Parti démocratique préconise la couverture des médicaments sur ordonnance pour tous les Canadiens, peu importe la capacité de payer. Déjà en 1997, le Parti libéral avait promis, dans sa plateforme électorale, de mettre en œuvre un plan national et de fixer « un calendrier en vue de la prise en charge universelle des médicaments sur ordonnance ».

Les Canadiens n'ont pas besoin d'une autre étude sur un régime universel d'assurance-médicaments. La mise en œuvre d'un régime universel d'assurance-médicaments est remise à plus tard depuis des décennies, ce qui mine la santé des Canadiens et entraîne des pertes de milliards de dollars. Tout autre retard est injustifié et inacceptable.

Les Canadiens ne peuvent plus se permettre d'attendre qu'on instaure enfin un régime universel d'assurance-médicaments. Ce dont ils ont besoin, c'est que le gouvernement fédéral agisse. Un leadership national s'impose.

Il est temps d'agir.

G. Liste des recommandations

Le Nouveau Parti démocratique recommande :

RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral travaille en partenariat avec les provinces et les territoires pour remplacer le système fragmenté d'assurance-médicaments privé et public par un programme universel d'assurance-médicaments à payeur unique dans la *Loi canadienne sur la santé*.

RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral amorce dès maintenant des négociations avec les provinces et territoires afin de mettre en œuvre un programme universel pancanadien d'assurance-médicaments à payeur unique.

RECOMMANDATION 3

Que, dans ses négociations avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral soit prêt à assumer 50 % des coûts globaux d'un programme universel pancanadien d'assurance-médicaments à payeur unique.

RECOMMANDATION 4

Que le gouvernement fédéral, en partenariat avec les provinces et les territoires, établisse un formulaire pharmaceutique national exhaustif fondé sur des données probantes, qui sera géré par un organisme qui est indépendant du gouvernement et qui ne subit pas l'influence de l'industrie ou du gouvernement.

RECOMMANDATION 5

Que les contributions soient éliminées complètement pour les produits pharmaceutiques couverts par le formulaire pharmaceutique, car il est prouvé que même les plus petites contributions peuvent empêcher les patients de se procurer leurs médicaments sur ordonnance.

