

Une meilleure assurance-médicaments pour les patients : évaluation des solutions possibles

Rapport du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments



Le Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments réunit des représentants de l'Association des pharmaciens du Canada ainsi que de groupes de patients de la Best Medicines Coalition et de la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé.

Table des matières

Résumé	3
À propos du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments	5
Présentation du projet.	6
Énoncé du problème	6
Objectif	6
Énoncé de position	6
Méthode	6
Introduction	7
Les médicaments sur ordonnance au Canada : obstacles à l'accès	8
Lacunes de la couverture des personnes non assurées ou insuffisamment assurées	8
Délais d'approbation et processus de couverture	9
Disponibilité des médicaments	10
Des principes centrés sur les patients	11
Équité	11
Accès en temps opportun	12
Pertinence du traitement	12
Abordabilité	12
Viabilité	13
L'évaluation des solutions possibles : éclairer la façon de procéder	15
Formulaire national unique	16
Liste de médicaments essentiels	17
Couverture des médicaments onéreux	17
Contrôle des prix	18
Modèles mixtes ou entièrement publics permettant d'assurer une couverture universelle	18
Conclusion	20
Prochaines étapes : Aller de l'avant	21
Annexe A : Membres du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments	22
Références	23

Résumé

Il est généralement admis qu'une meilleure couverture des médicaments est nécessaire et possible au Canada. Cependant, si les Canadiens soutiennent la réforme, il n'y a pas vraiment consensus quant au modèle général ou aux solutions possibles qui pourraient le mieux répondre aux besoins de nos concitoyens. Les intervenants, les gouvernements et le public n'ont pas la même définition de l'assurance-médicaments. Dans ce rapport, nous utilisons « assurance-médicaments » pour décrire les options en matière de politique et de programme destinées à améliorer la façon dont les soins pharmaceutiques sont régis, gérés et dispensés au Canada.

Les soins aux patients ont beaucoup progressé depuis quelques décennies avec une meilleure prise en charge de nombreuses maladies, grâce en partie à l'utilisation de médicaments délivrés sur ordonnance. Nous estimons que, la science continuant de progresser et des traitements personnalisés devenant possibles pour répondre à des besoins non satisfaits, ces avantages nets se multiplieront. La réforme de la politique pharmaceutique vise souvent à réduire le coût des médicaments pour les payeurs publics, mais il est important de se rappeler que la prévention des maladies, la réduction de la morbidité et de la mortalité, et l'amélioration de l'expérience des patients devraient être au centre de tout plan. Ces résultats entraîneraient aussi une baisse des coûts dans d'autres secteurs du système de santé.

Du point de vue des patients, l'objectif de tout régime d'assurance-médicaments devrait être d'éliminer les obstacles pour que chacun bénéficie d'une couverture des médicaments nécessaires, quels que soient son âge, sa maladie, sa situation financière et son lieu de résidence. Cela comprend la couverture d'un éventail d'options thérapeutiques pour permettre des soins individualisés lorsque le patient ne tolère pas un médicament ou trouve certains médicaments inefficaces.

En tant que principaux utilisateurs du système, les patients et leurs fournisseurs de soins de santé doivent participer à l'évaluation de l'incidence que pourrait avoir chaque solution possible sur l'accès à des médicaments nécessaires délivrés sur ordonnance, y compris les conséquences pour différentes populations de patients, pour les payeurs et pour le système de santé dans son ensemble. Les membres du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments (le Groupe de travail), qui réunit des représentants de l'Association des pharmaciens du Canada ainsi que de groupes de patients de la Best Medicines Coalition et de la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé, conviennent à ce sujet que tout modèle ou politique d'assurance-médicaments pancanadien doit satisfaire aux cinq principes suivants :

1. Équité
2. Accès en temps opportun
3. Pertinence du traitement
4. Abordabilité
5. Viabilité

Pour faire avancer le débat sur l'assurance-médicaments au Canada, le Groupe de travail a appliqué ces principes à l'évaluation de cinq solutions possibles très débattues en la matière. Cette évaluation repose sur la conviction que toutes les réformes doivent, au final, contribuer à l'amélioration des soins aux patients et à de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Afin de cerner des résultats potentiels axés sur les patients, nous avons examiné les options suivantes :

1. Formulaire national unique
2. Liste de médicaments essentiels
3. Couverture des médicaments onéreux
4. Contrôle des prix
- 5/ Modèles permettant d'assurer une couverture universelle

Nous espérons que ces observations éclaireront les décideurs et les acteurs du secteur de la santé dans leur évaluation de la réforme de l'assurance-médicaments. Nous sommes d'avis que les cadres stratégiques en matière d'assurance-médicaments doivent tenir compte des meilleures données disponibles, y compris de données découlant de l'expérience des patients, et que le processus et les conclusions doivent être transparents, cohérents et justes.

À propos du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments

Association des pharmaciens du Canada (APhC)

La profession de pharmacien et les soins de santé en général sont en pleine évolution, ce qui donne aux pharmaciens de nouvelles occasions de se concentrer sur l'amélioration des soins fournis aux patients. Depuis 1907, notre organisation nationale sans but lucratif trace la voie en faisant évoluer la pratique de la pharmacie à de nombreux égards, et est le porte-parole national des pharmaciens du Canada.



Best Medicines Coalition (BMC)

La Best Medicines Coalition est une alliance nationale de groupes de patients qui visent tous à ce que tous les Canadiens bénéficient d'un accès équitable et uniforme à des médicaments sûrs et efficaces qui améliorent leur état de santé. La Best Medicines Coalition s'intéresse, entre autres, à l'homologation des médicaments, à leur évaluation et à leur remboursement, ainsi qu'à la sécurité des patients et aux problèmes d'approvisionnement. La BMC cherche notamment à s'assurer que les patients canadiens soient entendus et qu'ils participent véritablement à l'élaboration des politiques en matière de santé, tout particulièrement en ce qui concerne les soins pharmaceutiques.



Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé (CCOBS)

La Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé est un organisme fondé sur l'adhésion composé d'organismes nationaux en santé qui représentent la voix des patients dans tout le continuum de soins de santé. Les organismes de bienfaisance que représente la Coalition travaillent à renforcer la voix des Canadiens, des patients et des proches aidants, et collaborent dans le but d'améliorer les politiques en matière de santé et d'augmenter les investissements dans la recherche en santé. L'accès aux médicaments est une question importante pour nos membres ainsi que pour tous les Canadiens que nous desservons ensemble.



Présentation du projet

ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Les soins pharmaceutiques sont fragmentés au Canada. Autrement dit, tous les Canadiens ne bénéficient pas de soins équitables et uniformes, et il arrive que leur état en santé soit compromis et que les coûts soient considérables pour les patients et pour la société dans son ensemble. Les provinces, les territoires, le gouvernement fédéral, de même que les employeurs et les personnes (par paiement direct ou par l'intermédiaire d'assureurs privés) financent les traitements médicamenteux de segments de population distincts, mais qui se chevauchent souvent. Beaucoup de Canadiens bénéficient d'une assurance-médicaments, mais certains ont du mal à avoir accès en temps opportun au bon traitement médicamenteux. Les groupes de patients et les fournisseurs de soins de santé ont conscience qu'il faut éliminer les obstacles importants à l'accès aux médicaments dans le cadre d'un système de santé durable.

OBJECTIF

Nous éclairerons les propositions relatives à la réforme et à la stratégie nationale en matière de médicaments sur ordonnance en évaluant des solutions possibles pour améliorer l'accès auxdits médicaments sur la base de principes centrés sur les patients.

ÉNONCÉ DE POSITION

Tous les Canadiens, quels que soient leur âge, leur maladie, leur situation financière et leur lieu de résidence, devraient bénéficier d'un accès rapide et équitable à des médicaments sur ordonnance sûrs et d'une efficacité avérée, ainsi qu'aux appareils et aux soutiens nécessaires pour les prendre sans éprouver de difficultés financières.

MÉTHODE

Après avoir examiné les documents de l'organisation de chaque membre du Groupe de travail exposant sa position sur l'assurance-médicaments et après avoir longuement discuté des lacunes et des obstacles existants, nous avons défini cinq grands principes essentiels pour améliorer les soins pharmaceutiques. Nous avons étudié, sur la base de ces principes, les solutions possibles actuellement proposées par rapport à leurs effets sur l'état de santé des patients, sur l'accès à des médicaments et sur le système de santé dans son ensemble.

Introduction

La structure des soins pharmaceutique est fragmentée au Canada, la géographie, l'âge, l'emploi, la situation socio-économique et le type de maladie étant autant de facteurs qui entrent en compte lorsqu'on détermine quand les Canadiens peuvent avoir accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin et à quel prix.

La majorité des Canadiens bénéficient d'une forme ou d'une autre de couverture des médicaments dans le cadre de la combinaison actuelle d'assurance publique et privée, mais environ 22 % du coût des médicaments sur ordonnance est à leur charge¹ et, d'après les estimations, un Canadien sur dix n'a pas les moyens d'acheter les médicaments qui lui sont prescrits^{2,3}. Ce non-respect des traitements lié au coût concerne les personnes qui ne sont pas assurées autant que celles qui le sont insuffisamment⁴. En outre, il ressort d'un récent rapport que 4,1 millions de Canadiens (11 %) qui ont droit au régime public ne sont, en fait, pas couverts parce qu'ils ne sont pas inscrits aux programmes publics d'assurance-médicaments auxquels ils ont droit⁵.

L'expérience individuelle face à la maladie – de l'apparition des symptômes au déroulement du traitement, en passant par le diagnostic et la détermination d'un plan de traitement – est toujours particulière. Les professionnels de la santé se trouvent souvent tiraillés entre fournir le meilleur traitement médicamenteux personnalisé et s'en tenir aux paramètres du régime d'assurance-médicaments mis en place par les gouvernements et les payeurs privés, ou limités par les problèmes financiers de leurs patients. En tant que spécialistes des médicaments qui aident régulièrement des patients à s'y retrouver dans leur régime d'assurance-médicaments, les pharmaciens voient eux-mêmes les obstacles qu'ont souvent à surmonter leurs patients pour accéder aux médicaments qui leur sont prescrits.

Les relations étroites et la vision commune pour un avenir meilleur ont créé l'occasion pour le pharmacien et les groupes de patients de collaborer à la préparation de ce document de travail. Nous avons défini cinq grands principes centrés sur les patients :



Équité : *Tous les Canadiens devraient bénéficier d'un accès équitable et uniforme aux médicaments sur ordonnance nécessaires.*



Accès en temps opportun : *Les Canadiens devraient pouvoir se procurer en temps opportun les médicaments dont ils ont besoin.*



Pertinence du traitement : *Tous les Canadiens devraient avoir accès à des médicaments de qualité qui répondent à leurs besoins individuels.*



Abordabilité : *Tous les Canadiens devraient avoir les moyens d'acheter leurs médicaments au point de service.*



Viabilité : *Tous les Canadiens devraient bénéficier d'un régime d'assurance-médicaments qui garantit la viabilité continue du système de santé.*

Plusieurs solutions possibles pour contenir le coût des médicaments et améliorer l'accès aux médicaments sont actuellement à l'étude. Ce document de travail en mentionne certaines et les évalue par rapport aux cinq principes centrés sur les patients.

Les médicaments sur ordonnance au Canada : obstacles à l'accès

En 1964, lorsque le Canada a proposé un système de santé public national⁶, les décideurs ont choisi de différer la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance, à l'exception de ceux administrés dans les hôpitaux. Cette couverture demeure exclue des services médicalement nécessaires fournis en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

Depuis, on a beaucoup progressé dans la diversité et l'efficacité des produits pharmaceutiques. L'hôpital n'est plus autant le lieu où se dispensent les soins de santé et la plupart des patients font maintenant exécuter leurs ordonnances dans des pharmacies communautaires. Le coût total des médicaments a également beaucoup augmenté, en partie à cause du vieillissement de notre population et de l'apparition de nouveaux traitements à base de médicaments biologiques de précision brevetés et spécialisés. Ces changements font que certains patients et certaines familles peinent à payer leurs médicaments. Par exemple, les médicaments employés pour des maladies rares, dont le coût peut dépasser les 500 000 \$ par an, ne sont probablement pas à la portée de quiconque n'a pas d'assurance-médicaments substantielle.

Il existe principalement trois obstacles à l'accès aux médicaments :

- les lacunes de la couverture des personnes non assurées ou insuffisamment assurées;
- les délais d'approbation et les processus de couverture;
- l'approvisionnement en médicaments.

LACUNES DE LA COUVERTURE DES PERSONNES NON ASSURÉES OU INSUFFISAMMENT ASSURÉES

À l'heure actuelle, les régimes publics d'assurance-médicaments se répartissent en trois grandes catégories : les modèles de type assurance sociale, les modèles fondés sur le revenu et les modèles ciblant certaines populations. Ces structures comportent elles-mêmes d'autres distinctions dans l'administration de ces régimes et de leur application pour certains types de maladie. Par exemple, toutes les provinces et territoires couvrent les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale, mais la couverture de ces populations particulières varie même entre les provinces et peut inclure des modalités de partage des frais obligeant les patients à payer des primes, une coassurance et des franchises qui ne sont pas proportionnels aux moyens. Les régimes privés comprennent aussi parfois des modalités de partage des frais, comme un plafonnement de la couverture. Dans certains cas, ces modalités imposent aux patients un fardeau financier considérable.

En plus des régimes provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral gère des programmes pour les Inuits et les Premières Nations, les militaires, les personnes incarcérées dans les pénitenciers fédéraux, les anciens combattants et la GRC, et il cotise aux régimes d'avantages sociaux des employés de la fonction publique fédérale. Il existe également divers éléments dans la couverture fournie par les commissions des accidents du travail et dans la protection des patients contre le coût des médicaments onéreux⁷.

Bien que chaque province et territoire fournisse une forme ou une autre d'assurance-médicaments, les formulaires des régimes publics varient d'un bout à l'autre du pays, tout comme les critères d'admissibilité régissant l'accès à ces médicaments. Les critères d'admissibilité des régimes publics comprennent l'âge et

des facteurs socio-économiques, mais les médicaments prescrits aux patients doivent également figurer dans le formulaire du régime.

Les patients qui ne sont pas admissibles aux régimes publics doivent payer eux-mêmes les médicaments ou bénéficier d'un régime privé, le plus souvent offerts par les employeurs. Les régimes privés offrent une assurance-médicaments à quelque 25 millions de Canadiens, c'est-à-dire près de 70 % de la population⁸. Cependant, même en ayant accès à un régime d'assurance-médicaments public ou privé, les patients se trouvent parfois confrontés à des frais prohibitifs restant à leur charge.

DÉLAIS D'APPROBATION ET PROCESSUS DE COUVERTURE

La longue période qui sépare l'homologation d'un médicament de sa couverture, en raison des longs processus d'examen et de décision de différents organismes de réglementation, de négociation et de remboursement des médicaments nouveaux et novateurs, reste difficile pour les patients et constitue un obstacle important à l'accès aux médicaments et à des soins optimaux. On trouve au Canada les organismes de réglementation, de négociation et de remboursement suivants :

- Santé Canada, par l'intermédiaire de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA);
- l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), qui comprend le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et le Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (PPEA);
- l'*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS) du Québec;
- le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB);
- l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP);
- les régimes publics d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux (formulaires généraux et programmes d'accès exceptionnel);
- le Programme des services de santé non assurés (pour les populations Autochtones, par l'intermédiaire du ministère des Services aux Autochtones Canada);
- les commissions provinciales des accidents du travail;
- les procédures d'examen et d'approbation des régimes privés.

En fait, les délais d'attente canadiens en ce qui concerne la couverture de nouveaux médicaments sont parmi les plus longs du monde. Il s'écoule en moyenne 449 jours entre l'autorisation initiale de mise en marché nationale de nouveaux médicaments, leur lancement public et leur remboursement, ce qui place le Canada au 15e rang parmi les 20 pays de comparaison de l'OCDE⁹.

De plus, les processus d'approbation varient considérablement pour ce qui est des programmes d'accès exceptionnel. S'il n'existe pas de solution de rechange répertoriée, ces programmes permettent d'avoir accès à des médicaments qui ne sont pas financés sur les formulaires publics. En général, pour avoir droit à un accès exceptionnel à un médicament particulier, il faut que le médecin traitant présente, au nom du patient, au programme d'accès exceptionnel, une demande accompagnée de renseignements médicaux et d'une justification clinique de la requête. Ce processus, et la quantité de dossiers en souffrance, peut beaucoup retarder l'accès aux médicaments. Par exemple, en Ontario, il faut au total de sept à huit semaines pour obtenir l'approbation des demandes de deux des médicaments biologiques les plus demandés¹⁰.

OBSTACLES À L'ACCÈS POUR LES PATIENTS AUTOCHTONES

Les lacunes de la couverture et les délais d'accès aux médicaments sont pires pour les Autochtones dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA) qui assure les membres des Premières Nations inscrits et les Inuits qui ne sont pas couverts par des régimes d'assurance provinciaux, territoriaux ou privés. Cependant, le SSNA, tout comme certaines provinces et territoires, se présente comme payeur de dernier recours. Beaucoup de patients autochtones doivent donc attendre, tandis que les régimes provinciaux ou territoriaux et le SSNA tergiversent et tardent à assumer leur responsabilité dans la couverture des médicaments¹¹.

De plus, les patients du SSNA sont confrontés à des inégalités d'accès dues à des disparités dans les listes de formulaire et à un traitement incohérent des demandes. Ainsi, ils n'ont en général pas accès à certains médicaments courants et vitaux couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments et doivent obtenir la préapprobation de Services aux Autochtones Canada (SAC). En outre, le processus d'approbation de médicaments qui ne figurent pas sur la liste d'approbation automatique du SSNA est bien plus fastidieux que les processus des régimes provinciaux et territoriaux. Dans le cas du SSNA, il faut remplir de longs formulaires soumis à un comité qui met des semaines à rendre sa décision, alors que le processus d'approbation provincial/territorial est automatisé et ne prend que quelques minutes¹².

DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS

Les régimes d'assurance-médicaments continuent de faire baisser les prix des médicaments d'origine et des génériques dans le cadre de négociations et d'inscriptions sur les listes de médicaments remboursés, avec parfois pour conséquence imprévue une baisse d'approvisionnement et de disponibilité de médicaments au Canada. Plusieurs autres facteurs contribuent également aux problèmes d'approvisionnement temporaires et continus. Les pharmaciens communautaires se trouvent régulièrement en rupture d'approvisionnement lorsque les fabricants et les distributeurs sont incapables de satisfaire la demande¹³. Même bien assurés, les patients peuvent se trouver confrontés à des pénuries de médicaments périodiques ou durables qui ont, évidemment, des conséquences importantes pour eux.

Des principes centrés sur les patients

Cinq grands principes découlant des trois principaux obstacles à l'accès devraient guider toutes les décisions stratégiques relatives à l'assurance-médicaments.

ÉQUITÉ

Tous les Canadiens devraient bénéficier d'un accès équitable et uniforme aux médicaments sur ordonnance nécessaires.

- La disparité de la couverture des médicaments au Canada signifie que les Canadiens ne bénéficient pas d'un accès équitable aux médicaments sur ordonnance.
- Les Canadiens ne devraient pas avoir à prendre de décisions cruciales à propos de leur santé en fonction de l'existence d'une assurance-médicaments dans leur province ou territoire.

Si la plupart des Canadiens ont accès à une forme ou une autre d'assurance-médicaments publique ou privée, bien trop ne sont pas assurés. Pour les premiers, l'ampleur de la couverture varie considérablement en fonction de l'âge, de la maladie, de la situation financière et du lieu de résidence, ce qui crée des inégalités entre patients. Vient s'y ajouter une autre inégalité qui tient au fait que la plupart des régimes privés couvrent plus de médicaments que les régimes publics. Le tableau ci-dessous présente les différences de couverture entre les régimes d'assurance-médicaments à l'intérieur des provinces et entre les provinces.

Nombre de médicaments remboursés sur présentation de demandes en 2015 par identificateurs uniques de Santé Canada : numéros d'identification de médicament (DIN)¹⁴

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	QC	ON	MB	SK	AB	C.-B.
DIN uniques couverts par tous les régimes publics et privés	4 229	4 359	4 567	7 452	5 095	4 771	4 067	4 123	5 243
DIN uniques couverts seulement par les régimes publics	410	294	270	340	240	679	233	46	554
Total des DIN couverts par les régimes publics	4 639	4 653	4 837	7 792	5 335	5 450	4 300	4 169	5 797
DIN uniques couverts seulement par les régimes privés	1 446	1 533	1 739	1 975	3 970	1 094	1 464	2 695	1 528
Total des DIN couverts par les régimes privés	5 675	5 892	6 306	9 427	9 065	5 865	5 531	6 828	6 771
Différence de couverture des DIN par les régimes publics et privés	1 036	1 239	1 469	1 635	3 730	415	1 231	2 659	974

* Pas de données disponibles pour l'Î.-P.-É.

ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN

Les Canadiens devraient pouvoir se procurer en temps opportun les médicaments dont ils ont besoin.

- Le processus d'examen, d'homologation et de couverture des médicaments sur ordonnance est long et complexe au Canada, ce qui peut retarder l'accès à des soins urgents nécessaires.
- Les pénuries de médicaments peuvent empêcher d'accéder en temps opportun à des médicaments.

Les patients doivent souvent attendre pour accéder aux soins dont ils ont besoin, et il arrive que ces retards se produisent à plusieurs points dans le parcours de traitement du patient. Il peut en résulter de moins bons résultats sur le plan de la santé, des effets secondaires nécessitant un autre traitement et des hospitalisations inutiles. Les patients peuvent également éprouver stress et angoisse lorsqu'ils se trouvent soudain confrontés à l'incertitude soulevée par un accès retardé à un traitement.

PERTINENCE DU TRAITEMENT

Tous les Canadiens devraient avoir accès à des médicaments de qualité qui répondent à leurs besoins individuels.

- Les patients devraient accéder, en consultation avec leur fournisseur de soins de santé, à un éventail complet de médicaments pour arriver à des soins et à des résultats optimaux.
- L'utilisation continue de médicaments doit être surveillée et examinée afin de s'assurer que les patients continuent d'obtenir les meilleurs résultats possibles et que les ressources en santé sont employées de manière efficace et appropriée.

Tous les professionnels de la santé, c.-à-d. les médecins, les pharmaciens et les infirmières, ainsi que les patients, jouent un rôle pour ce qui est de veiller à l'utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance, et ce par des pratiques en matière de prescription, de délivrance, de surveillance et d'observance du traitement. Les coûts liés aux prescriptions inappropriées sont particulièrement évidents chez les personnes âgées de plus de 65 ans. On estime à 419 millions de dollars par an le coût total pour les régimes publics d'assurance-médicaments de la délivrance de prescriptions inappropriées à ces Canadiens, qui contribue aussi à un gaspillage de médicaments important. La question des prescriptions inappropriées est complexe et plusieurs facteurs déterminants interviennent, mais il arrive, par exemple, qu'on prescrive à un patient un médicament moins efficace contre sa maladie parce que celui dont il a besoin ne figure pas dans le formulaire de son régime d'assurance-médicaments.

ABORDABILITÉ

Tous les Canadiens devraient avoir les moyens d'acheter leurs médicaments au point de service.

- Beaucoup de Canadiens, même ceux couverts par des régimes d'assurance-médicaments, n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments dont ils ont besoin.

- L'abordabilité doit aussi prendre en compte le coût pour les programmes d'assurance-médicaments et pour les systèmes.

Au Canada, les gouvernements ne financent que 43 % des médicaments délivrés sur ordonnance, le secteur privé couvrant les 57 % restants, dont 35 % couverts par les assureurs privés et 22 % à la charge des patients¹⁶. Des coûts élevés à la charge des patients surviennent lorsque ceux-ci ne sont pas assurés du tout ou le sont insuffisamment en raison d'exclusions, de partage des frais et de limites des régimes d'assurance.

Malheureusement, les frais plus élevés à la charge du patient touchent souvent des ménages à plus faible revenu et bénéficiant d'une assurance-médicaments minimale, dans le meilleur des cas. En fait, Statistique Canada a constaté qu'en moyenne, les ménages dans le quintile inférieur du revenu avant impôts (les 20 % les plus bas) consacrent plus de 1 % de leurs dépenses annuelles aux médicaments à la charge du patient. Ce niveau de dépenses est quatre fois supérieur à celui des ménages dans le quintile supérieur du revenu avant impôts (0,24 %)¹⁷. Le fardeau économique lié aux frais à la charge du patient ne cesse d'augmenter depuis quelques années, surtout dans les familles à faible revenu.

Même les Canadiens qui ont une assurance-médicaments privée rencontrent parfois des problèmes. Ainsi, une personne couverte à 80 % et dont les médicaments coûtent 100 000 \$ par an, comme c'est le cas pour certaines maladies rares ou pour les traitements oncologiques, aura peut-être à payer de sa poche des sommes auxquelles elle ne peut faire face.

Il est possible que, devant la perspective de coûts croissants des prestations pharmaceutiques, les employeurs cherchent à atténuer leur risque en n'offrant plus de prestations illimitées, ce qui peut se faire au détriment de la couverture de traitements nécessaires.

VIABILITÉ

Tous les Canadiens devraient bénéficier d'un régime d'assurance-médicaments qui garantisse la viabilité continue du système de santé.

- Les réformes doivent viser à utiliser les ressources pour réduire les pressions financières et soutenir la viabilité à long terme pour les Canadiens maintenant et à l'avenir.
- Différentes mesures peuvent contribuer à la viabilité, y compris l'augmentation sélective des budgets des médicaments afin d'économiser ailleurs, la promotion des prescriptions appropriées et du respect des traitements, et l'autorisation d'une combinaison de régimes publics et privés d'assurance-médicaments.

Alors que les régimes d'assurance-médicaments cherchent à optimiser les ressources face à différentes pressions financières, il est essentiel, entre autres, de penser à la viabilité non seulement des régimes d'assurance-médicaments, mais aussi du système de santé en général. On prévoyait qu'en 2017, la part des médicaments sur ordonnance dans les dépenses de santé serait de 14 % au Canada, soit environ 34 milliards de dollars. La mise au point de médicaments spécialisés est un des principaux facteurs de croissance des dépenses de médicaments. D'après Express Scripts Canada (ESC) :

- les médicaments spécialisés ne représentaient que 2 % des demandes de remboursement en 2016, mais 30 % du coût total des médicaments sur ordonnance;
- 72 % des dépenses totales des régimes étaient dues à seulement 14 % de leurs participants.

En 2011, les participants dont les demandes de remboursement étaient supérieures à 10 000 \$ par an représentaient 18,1 % des dépenses totales; en 2016, ce chiffre était de 28,8 %. En 2015, ESC estimait que les médicaments spécialisés représenteraient 42 % du coût des médicaments sur ordonnance d'ici 2020¹⁹.

Étant donné les ressources limitées dans le domaine de la santé, on envisage, entre autres, un rôle continu pour les assurances privées et, donc, une affectation ciblée des ressources publiques. Un système comprenant la bonne combinaison de régimes publics et privés d'assurance-médicaments complets permettrait sans doute de contenir les coûts publics et contribuerait à la viabilité.

Des prescriptions appropriées et le respect des traitements sont des stratégies clés pour réduire les coûts du système de santé plus généralement. Par exemple, des patients qui ne parviennent pas à se conformer aux prescriptions du médecin risquent de moins bien fonctionner au travail, de dépendre d'aidants familiaux, de consulter davantage de médecins, de prendre plus de médicaments, de recourir aux services d'urgence et d'être hospitalisés, sans compter le risque accru de mortalité²⁰. Ces conséquences finissent par peser sur un système de santé déjà saturé et faire augmenter les coûts totaux. La réforme pharmaceutique doit donc viser à réaliser des économies dans l'ensemble du système, en utilisant efficacement les ressources et les professionnels de la santé de manière à améliorer les résultats sur le plan de la santé et à réduire la perte de productivité des effectifs.

L'évaluation des solutions possibles : éclairer la façon de procéder

Nombre d'examens officiels se sont penchés sur les défis des soins pharmaceutiques au Canada et ont demandé une réforme générale, y compris les suivants :

- Forum national sur la santé, 1997
- Commission royale sur l'avenir des soins de santé, 2002
- La santé des Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport sénatorial de 2002
- Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, 2004

Plus récemment, en 2015, le Parti libéral fédéral promettait dans son programme électoral un nouvel accord sur la santé et s'engageait à réévaluer les paiements de transfert aux provinces et à réformer le volet pharmaceutique²². En janvier 2016, le Comité permanent de la santé a entamé une étude détaillée sur l'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments, dont il a rendu compte en avril 2018. En 2017, les ministres de la Santé des provinces et des territoires ont commencé à formuler des solutions pour améliorer l'accès aux médicaments sur ordonnance et leur abordabilité pour tous les Canadiens²³. En février 2018, le gouvernement fédéral a annoncé la création d'un Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national chargé d'étudier plus à fond la question et de recommander des options pour progresser dans ce dossier important²⁴. Au niveau provincial et territorial, on continue d'assister dans tout le pays à la mise en œuvre d'initiatives disparates pour combler les lacunes de l'accès aux médicaments. Ainsi, le 1^{er} janvier 2018, l'Ontario a mis en place son programme Assurance-santé Plus : Médicaments pour les enfants et les jeunes qui élargit la couverture universelle à un segment de sa population.

Nous voyons d'avantage d'initiatives conjointes telles que l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), organisée au départ par neuf provinces et qui comprend maintenant le Québec et le gouvernement fédéral, prises pour réduire le coût des médicaments au Canada. L'APP, qui négocie des prix plus bas avec les fabricants de médicaments au nom de régimes publics, a mis en vigueur de fortes réductions de prix sur les génériques le 1^{er} avril 2018²⁵. Le gouvernement fédéral a également annoncé que la Commission d'examen du prix des médicaments brevetés allait réviser la réglementation du prix des médicaments. De plus, la possibilité d'un leadership fédéral au sujet d'un formulaire national unique ou d'une liste de médicaments essentiels est à l'étude.

Compte tenu de ces développements et d'autres possibles, le Groupe de travail a évalué cinq solutions clés possibles en ce qui concerne les médicaments :

- 1. Formulaire national unique** : Formulaire unique que devraient utiliser tous les régimes publics (et peut-être privés) et qui remplacerait tous les formulaires existants.
- 2. Liste de médicaments essentiels** : Programme universel financé par l'État qui couvrirait une liste limitée de médicaments souvent prescrits, en fonction de la prévalence des maladies, des preuves d'efficacité clinique, de l'innocuité et du rapport coût-efficacité.
- 3. Couverture des médicaments onéreux** : Programme public universel visant à fournir une couverture aux patients pour qui les frais de médicaments restant à la charge du patient sont élevés par rapport à leur revenu.

4. **Contrôles des prix** : Mesures visant à contrôler le prix des médicaments par voie de règlement ou par des négociations, p. ex. en modifiant les politiques, les directives et les procédures ou par une coopération entre les payeurs pour utiliser le pouvoir d'achat et éliminer les doublons moyennant la négociation conjointe du prix des médicaments d'origine et des génériques.
5. **Modèles mixtes ou entièrement publics permettant d'assurer une couverture universelle** : Couverture universelle globale des médicaments pour tous les Canadiens dans le cadre d'un système entièrement public ou d'une combinaison de régimes publics et privés.

Les analyses suivantes considèrent les cinq solutions possibles sous l'angle du patient en utilisant nos cinq principes : équité, délais, pertinence, abordabilité et viabilité.

FORMULAIRE NATIONAL UNIQUE

Un formulaire national unique est une liste de médicaments couverts par tous les régimes publics (et si possible privés) qui remplace les formulaires existants ou sert de norme minimale.

Les formulaires publics²⁶ et privés se recoupent souvent, mais ils présentent de nombreuses différences qui peuvent entraîner des inégalités considérables suivant l'âge, la maladie, la situation financière et le lieu de résidence du patient. Un formulaire national fournirait aux régimes publics d'assurance-médicaments une liste de médicaments unique et cohérente que pourraient aussi utiliser les régimes privés, ce qui créerait une base universelle uniforme que les patients pourraient compléter par une couverture additionnelle.

Cette solution permet plus d'uniformité dans le pays et renforce d'équité, mais tout formulaire risque de limiter ou de retarder la disponibilité d'options de traitement nouvelles ou novatrices, ainsi que le choix des patients et des prescripteurs. Autre limite d'un formulaire national, il n'aide pas les personnes qui ne sont pas admissibles. Les observations suivantes devraient donc être prises en compte :

- Un formulaire public national ne doit pas revenir au plus petit dénominateur commun. Il ne devrait pas réduire la couverture dont bénéficient actuellement les Canadiens. Il devrait, par conséquent, être supérieur ou égal à la couverture existant dans le régime provincial le plus complet (celui du Québec).
- Un formulaire national devrait améliorer l'accès des patients aux médicaments génériques et aux nouveaux médicaments novateurs.
- Un véritable formulaire national unique doit reposer sur le principe de soins optimaux et, donc, être complet et fournir des options thérapeutiques qui tiennent compte de la diversité génétique des Canadiens et de l'importance du choix des patients pour parvenir à des résultats optimaux sur le plan de la santé. Dans le cadre des mesures prises pour gérer les dépenses de médicaments, et en partant de l'hypothèse que tous les patients réagiront de la même façon à un médicament, le choix peut être limité dans une classe thérapeutique d'un formulaire. Une étude canadienne montre qu'en imposant à des patients un même médicament d'une certaine classe thérapeutique (inhibiteurs de pompe à protons), on a fait augmenter les coûts pour le système de santé²⁷. Les formulaires doivent donc éviter les critères d'admissibilité trop restrictifs, y compris les thérapies par palier ou de première ou deuxième ligne, et répondre à la nécessité de soins individualisés. Les patients dont la santé est stable lorsqu'ils prennent un certain médicament ne devraient pas être privés de ce traitement efficace.
- Les négociations pour l'inscription sur la liste de tout nouveau médicament devraient reposer sur les meilleures données possibles et sur les besoins des patients, et pas principalement sur la capacité de négocier un prix particulier.

Les nouveaux médicaments seraient encore soumis à des calendriers d'examen et de négociation, mais un formulaire unique pourrait aussi avoir un effet positif sur l'accès en temps utile en réduisant les doublons dans les processus d'homologation des médicaments et les coûts associés à ces examens.

LISTE DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS

Une liste de médicaments essentiels renvoie généralement à un programme public universel couvrant une liste limitée de médicaments de soins primaires fréquemment prescrits en fonction de la prévalence des maladies, des preuves d'efficacité clinique, de l'innocuité et du rapport coût-efficacité²⁸. Il est important de ne pas confondre ce concept limité avec celui d'un formulaire national. Un formulaire national fournirait un point de référence pour tous les régimes publics et privés et s'appliquerait aux personnes admissibles à ces régimes, tandis qu'une liste de médicaments essentiels renvoie généralement à un ensemble de médicaments bénéficiant d'une couverture universelle, c.-à-d. couverts pour tous les Canadiens, et ce uniquement moyennant un financement public.

Cette liste de médicaments améliorerait de manière générale l'équité, mais elle soulève des questions et des problèmes considérables pour les patients qui ont besoin de médicaments ne figurant pas sur la liste de médicaments essentiels. Ce qui constitue un médicament essentiel pour certains peut ne pas être considéré comme tel par d'autres dans notre population diverse.

En plus des considérations soulevées dans l'évaluation d'un formulaire national, qui s'appliqueraient aussi à une liste de médicaments essentiels, nous avons cerné les sujets de préoccupation suivants :

- Certains patients verront diminuer les frais à leur charge pour certains médicaments sur ordonnance, mais pas d'autres qui ont besoin de médicaments qui n'y figurent pas.
- Il est toujours difficile de définir une telle liste et de savoir quels médicaments sont jugés essentiels et quels autres pas.
- S'agissant d'une liste de médicaments essentiels, il est important de prévoir une couverture supplémentaire dans le cadre d'autres régimes publics et privés.

COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX

On entend par couverture des médicaments onéreux un programme public universel visant à fournir une couverture aux patients pour qui les frais de médicaments restant à la charge du patient sont élevés par rapport à leur revenu. À l'heure actuelle, toutes les provinces et les territoires offrent un régime qui couvre les médicaments onéreux en fonction de définitions différentes du coût élevé des médicaments par rapport au revenu. Un programme national donnerait accès à des modalités uniformes dans tout le Canada, ce qui renforcerait l'équité. Cependant, les médicaments ne seront probablement toujours pas abordables pour certains patients, selon les critères retenus. Les observations suivantes devraient donc être prises en compte :

- En se fondant sur le revenu et l'abordabilité, les critères du programme devraient exempter certains patients du paiement immédiat du coût total des médicaments et attendre le remboursement. Dans le cas contraire, certains patients renonceraient à leur traitement à cause de frais initiaux élevés.
- Les demandes présentées aux programmes de couverture des médicaments onéreux devraient être traitées par voie électronique afin de garantir les vérifications immédiates de l'admissibilité et de réduire au minimum le fardeau administratif pour les patients et les prescripteurs.

- Il peut se révéler difficile pour toutes les provinces et les territoires de s'entendre sur un seuil au-delà duquel des difficultés financières sont jugées excessives.

CONTRÔLE DES PRIX

Depuis 2010, les gouvernements ont beaucoup progressé dans la réduction du coût des médicaments, principalement grâce à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP). Au 1er avril 2018, l'APP avait mené à bien des négociations pour plus de 200 nouveaux médicaments brevetés et obtenu la réduction du prix de près de 70 médicaments génériques. On prévoit des économies de plus de 3 milliards de dollars dans les cinq prochaines années³⁰. Le gouvernement fédéral envisage aussi d'actualiser la réglementation du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) afin d'abaisser le prix maximal autorisé pour les nouveaux médicaments brevetés.

Il semblerait, de prime abord, que la réduction du prix des médicaments les rendrait plus abordables et contribuerait à la viabilité générale des dépenses de santé et de médicaments au Canada. Cependant, les mesures de réduction des prix pourraient aussi réduire l'accès aux médicaments. Les observations suivantes devraient donc être prises en compte :

- Un marché moins favorable pourrait réduire ou retarder la commercialisation de thérapies nouvelles et novatrices.
- Si on ne parvient pas à négocier un certain prix, il se peut que des régimes d'assurance-médicaments cessent de couvrir certains médicaments.
- Les contrats prévoyant un fournisseur unique risquent de réduire la concurrence. Il en découle des risques, notamment plus marqués de pénuries de médicaments.
- Étant donné la complexité de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, les réductions de coût des médicaments pourraient avoir un contrecoup sur les fabricants, les distributeurs, les pharmacies et d'autres établissements de santé, ce qui peut se répercuter sur l'accès des patients aux médicaments.
- Toute mesure doit également tenir compte des besoins des patients qui paient des médicaments de leur poche. Ces patients devraient eux aussi bénéficier des prix plus bas négociés.

MODÈLES MIXTES OU ENTIÈREMENT PUBLICS PERMETTANT D'ASSURER UNE COUVERTURE UNIVERSELLE

Le Canada est le seul pays membre de l'OCDE doté d'une assurance maladie universelle qui ne couvre pas les médicaments. On pourrait arriver à une couverture universelle de deux façons :

1. Par un modèle à payeur unique entièrement public, soit à l'échelle nationale, soit en collaboration avec les provinces et territoires.
2. Par un modèle de type assurance sociale comprenant une couverture publique et privée et s'appuyant sur les régimes d'assurance-médicaments existant déjà au Canada.

Dans les deux cas, il faut se demander comment cette couverture sera financée et par quelles parties, et quelles seront les conséquences de chaque modèle pour les patients.

Régime public à payeur unique

Une assurance-médicaments universelle publique remplacerait le système canadien actuel qui allie assurances publiques et privées et est financé et/ou administré par le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Si le modèle adopté comprend un formulaire complet, comme ceux des régimes privés, les patients qui ne sont pas assurés actuellement verraient leur accès aux médicaments nettement amélioré, quels que soient leur âge, leur maladie, leur situation financière et leur lieu de résidence. Cependant, les observations suivantes devraient donc être prises en compte :

- Pour mettre en œuvre un système public universel et contenir les dépenses publiques, les gouvernements devront peut-être limiter la disponibilité de certains médicaments, ce qui réduirait la couverture de patients bénéficiant actuellement d'une couverture complète dans le cadre de régimes privés.
- Si seule une liste de médicaments essentiels est universelle, beaucoup de Canadiens risquent d'être moins couverts, y compris ceux qui sont actuellement couverts par des régimes publics et privés.
- Les patients à qui on prescrit des médicaments ne figurant pas dans le formulaire national (p. ex. oncologie, maladies chroniques ou maladies rares) devraient attendre l'issue de processus d'approbation spéciaux.
- L'important transfert de coût qu'entraînerait le passage d'une couverture financée par le secteur privé à un système universel public pourrait se traduire par une baisse des investissements dans d'autres aspects du système de santé à améliorer, comme les soins à domicile, les délais d'attente en chirurgie, l'accès aux services diagnostiques et les programmes de santé mentale.

Combinaison de régimes publics et privés

On pourrait arriver à une couverture universelle en renforçant les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux et en utilisant les régimes privés existants, qui assurent actuellement 25 millions de Canadiens dans le cadre d'une assurance maladie complémentaire³¹.

Avec un système de couverture mixte, on éviterait une refonte totale du système, ce qui bouleverserait moins l'accès existant des patients aux médicaments. Ce système réduirait aussi le coût public du remplacement de la couverture déjà offerte par des régimes privés, dont l'immense majorité des Canadiens sont actuellement satisfaits³². En outre, une combinaison de payeurs pourrait favoriser des innovations continues en matière de régime d'assurance-médicaments par une concurrence réglementée. Cependant, les observations suivantes devraient donc être prises en compte :

- Un système mixte créerait probablement des inégalités entre les Canadiens, mais elles pourraient être atténuées par un formulaire national complet obligatoire, avec une couverture complémentaire moyennant des frais supplémentaires.
- Des subventions seraient nécessaires pour que les Canadiens à faible revenu puissent souscrire une assurance complémentaire privée. Toute mesure de partage des coûts devrait être liée au revenu.
- Tout système requiert une gouvernance et une gestion efficaces, mais un financement mixte pourrait coûter plus cher qu'un régime universel entièrement public.

Conclusion

Le Canada se trouve à un moment critique en ce qui concerne l'accès aux médicaments, car trop de Canadiens ne reçoivent pas de soins optimaux. Il arrive que des patients n'aient pas les moyens de faire exécuter leurs ordonnances, qu'ils doivent attendre pour obtenir des médicaments ou qu'ils n'aient pas accès au médicament qui correspond à leurs besoins. Les résultats sont compromis, avec des conséquences importantes pour les patients, les aidants, les payeurs publics et privés, le système de santé et la société dans son ensemble.

Il est temps que tous les Canadiens – quels que soient leur âge, leur maladie, leur situation financière et leur lieu de résidence – bénéficient, sans que ce soit au prix de difficultés financières, d'un accès équitable et opportun à un formulaire complet de médicaments sur ordonnance médicalement nécessaires, sûrs et dont l'efficacité est prouvée.

Une vaste réforme de la politique pharmaceutique est nécessaire et importante pour surmonter les principaux obstacles à l'accès. Plusieurs solutions possibles maintenant à l'étude ou en préparation peuvent améliorer le système et aussi les soins aux patients. Il découle de nos délibérations, où nous avons appliqué à l'évaluation des principales solutions possibles des principes centrés sur les patients, des observations importantes qui, nous l'espérons, éclaireront l'examen de politiques et programmes futurs.

Voici les principaux enseignements tirés de l'évaluation :

- 1. Formulaire national unique :** Cette option pourrait créer une couverture plus équitable pour les Canadiens et aider à simplifier le processus d'inscription sur la liste, mais les patients qui ont besoin de médicaments ne figurant pas dans le formulaire et ceux qui ne sont pas admissibles à une assurance-médicaments publique ou privée n'y gagneraient rien. Un formulaire national unique présente des avantages, mais ce n'est pas une solution en soi.
- 2. Liste de médicaments essentiels :** Cette option pourrait améliorer l'accès aux médicaments pour certains Canadiens qui ne sont pas assurés actuellement pour les médicaments de soins primaires, mais ceux qui dépendent des nombreux traitements ne figurant pas sur la liste seraient laissés de côté.
- 3. Couverture des médicaments onéreux :** Un accès amélioré et uniforme aiderait les patients confrontés à des coûts de médicaments sur ordonnance très élevés par rapport à leur revenu. Le seuil de coût minimal doit être fixé à un niveau raisonnable et il doit réduire au minimum les frais initiaux à la charge des patients qui peuvent constituer un obstacle à l'accès aux médicaments et au respect du traitement prescrit.
- 4. Contrôle des prix :** Les changements apportés à la réglementation pour contrôler le prix des médicaments visent à améliorer la viabilité globale du système et pourraient les rendre les médicaments plus abordables pour les patients. Cependant, cette approche risque de limiter les choix thérapeutiques si des prix bas découragent les fabricants de mettre rapidement sur le marché canadien de nouveaux médicaments.

- 5. Modèles pour parvenir à une couverture universelle :** Une couverture universelle peut être mise en œuvre de différentes façons et permettrait un accès plus équitable aux médicaments sur ordonnance.
- a) Régime public à payeur unique :** Si un système entièrement public se traduit par la couverture d'une liste plus limitée de médicaments, beaucoup de patients en pâtiront. Tous les gouvernements doivent éviter d'appliquer le plus petit dénominateur commun et doivent rechercher des résultats centrés sur les patients.
- b) Combinaison de régimes publics et privés :** Un système d'assurance sociale à financement mixte profiterait des atouts du système existant et de ses niveaux de couverture. Il pourrait, cependant, continuer de créer des inégalités et faire augmenter les coûts. Il serait important d'atténuer ces risques.

PROCHAINES ÉTAPES : ALLER DE L'AVANT

Nos organisations continueront d'examiner ces solutions possibles et d'autres modèles avec tous les intervenants et les décideurs afin de s'assurer que toutes les réformes contribuent, en fait, à de meilleurs soins et à de meilleurs résultats pour les patients.

Nous demandons que les éléments suivants soient soigneusement pris en considération :

- Des principes importants – équité, accès en temps opportun, pertinence du traitement, abordabilité et viabilité – doivent guider la politique en matière d'assurance-médicaments, la conception des programmes correspondants et leur administration.
- Il doit y avoir un dialogue continu, détaillé et véritable avec les patients et les professionnels de la santé à mesure que les options sont étudiées et mises en œuvre. Tenir compte de leurs points de vue et de leurs expériences fait partie intégrante de la recherche de solutions efficaces et viables.
- Les réformes pharmaceutiques doivent faire en sorte qu'aucun Canadien ne soit laissé pour compte. Les besoins de tous les patients doivent être reconnus, y compris lorsque ces besoins sont uniques. Tout aussi important, tous les patients doivent avoir accès à un éventail complet de médicaments, y compris à ceux qui répondent le mieux à leurs besoins particuliers.
- Les solutions de rechange en matière de médicaments doivent tenir compte de tous les avantages et toutes les répercussions potentiels dans les programmes d'assurance-médicaments et les systèmes de santé de manière générale. L'abordabilité de toute solution possible doit être soigneusement examinée dans le contexte de la fourniture des meilleurs soins possibles aux patients à présent et à l'avenir.

Annexe A: Membres du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments

L'Association des pharmaciens du Canada, la Best Medicines Coalition et la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé remercient les membres du Groupe de travail pour l'établissement d'un consensus sur l'assurance-médicaments de leur temps et de leurs précieuses contributions à cet examen et à cette analyse. Ils ont contribué, par leurs compétences et leur enthousiasme, à la préparation de ce document.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Carlo Berardi	Ontario Pharmacists Association
Connie Côté	Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé
Deb Saltmarche	Ontario Pharmacists Association
Gail Attara	Société gastro-intestinale
Helena Sonea	Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé
Joelle Walker	Association des pharmaciens du Canada
John Adams	Canadian PKU and Allied Disorders Inc.
Lesley James	Fondation des maladies du cœur et de l'AVC
Niya Chari	Réseau canadien du cancer du sein
Paulette Eddy	Best Medicines Coalition
Seema Nagpal	Association canadienne du diabète

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*, 2017, voir : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex2017-trends-report-fr.pdf>
2. Sutherland G, T Dinh, 2017. *Understanding the gap: a pan-Canadian analysis of prescription drug insurance coverage*. The Conference Board of Canada. See: <http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2017/12/20170712-understanding-the-gap.pdf>
3. Bureau du directeur parlementaire du budget, 2017. *Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments*, 2017, voir : http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmacare/Pharmacare_FR__2017-11-07.pdf
4. Law MR, L Cheng, IA. Dhalla, D Heard, SG Morgan, 2012. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ*. 184(3); 297-302. See: <http://www.cmaj.ca/content/184/3/297>.
5. Op cit, Sutherland and Dinh 2017.
6. Canada. Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1964.
7. Campbell D., D. Hennessy, B. Hemmelgarn, R. Weaver, D. Campbell, et autres. *Dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques et non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les Canadiens ayant une maladie chronique*, Statistique Canada, 2016, voir : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016006/article/14634-fra.pdf>
8. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. *Faits sur les assurances de personnes au Canada, Édition 2017*, <http://clhia.uberflip.com/i/878768-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2017/0?>
9. Médicaments novateurs Canada. *L'accès aux nouveaux médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments : au Canada et dans des pays comparables, Rapport annuel 2016*, 2016 voir : http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2016/05/20160524_Access_to_Medicines_Report_FR_Web.pdf
10. Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. *Rapport annuel 2017, vol., chapitre 3 : Programmes publics de médicaments de l'Ontario, 2017*, voir : http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr17/v1_309fr17.pdf
11. Assemblée des Premières Nations. *The First Nations health transformation agenda, 2017*, voir : https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf
12. Kirlaw M., J. Mashru, *Prescription delays for Indigenous patients amount to triage by race*, *Healthy Debate*, 2016, voir : <http://healthydebate.ca/opinions/non-insured-health-benefit>
13. Lee J. *Calgary pharmacists worry drug shortages on the rise*. CBC/Radio-Canada. Calgary, 26 mars 2018, voir : <http://www.cbc.ca/news/canada/calgary/pharmacist-drug-shortages-1.4590438>
14. Op. cit., Sutherland et Dinh, 2017.
15. Hunt J., S.G. Morgan, J. Proulx, D. Weymann, C. Tannenbaum. Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: a cross-sectional study. *CMAJ Open*, vol. 4, n° 2, E346-E351, 2016, voir : <http://cmajopen.ca/content/4/2/E346.full>
16. Mackenzie H. complet : Directement dans l'égoût. *Sans régime d'assurance-médicaments, le Canada a gaspillé 62 milliards de dollars dans le secteur de la santé*, *Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers*, 2016, voir : https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Down_The_Drain_Pharmacare_Report_December_2017.pdf
17. Op cit., Bureau du directeur parlementaire du budget, 2017.
18. Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2017, voir : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pdex2017-report-fr.pdf>
19. Express Scripts Canada. *2016 Drug Trend Report*, 2017, voir : <http://www.express-scripts.ca/knowledge-centre/drug-trend-reports>.
20. Express Scripts Canada. *2015 Drug Trend Report*, 2016, voir : <http://www.express-scripts.ca/knowledge-centre/drug-trend-reports>.
21. Op. cit., Campbell et autres, 2016.
22. Parti libéral du Canada. *Changer ensemble : Le bon plan pour renforcer la classe moyenne*, 2015, voir : <https://www.liberal.ca/wp-content/uploads/2015/10/Le-bon-plan-pour-renforcer-la-classe-moyenne.pdf>
23. Santé Canada. *FPT Communiqué - Health Ministers' Meeting (HMM)*, 2017, voir : <https://www.newswire.ca/news-releases/fpt-communique---health-ministers-meeting-hmm-651971183.html>
24. Gouvernement du Canada. *Budget de 2018 : égalité et croissance pour une classe moyenne forte*, Allocution de l'honorable Bill Morneau, C.P., député, voir : <https://www.budget.gc.ca/2018/docs/speech-discours/2018-02-27-fr.html>
25. A Joint Statement from the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance and the Canadian Generic Pharmaceutical Association, 2018, voir : <https://www.newswire.ca/news-releases/a-joint-statement-from-the-pan-canadian-pharmaceutical-alliance-and-the-canadian-generic-pharmaceutical-association-671651014.html>
26. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. *Concordance des listes de médicaments des régimes publics au Canada, Partie 1 : Aperçu général*, 2017, consultable à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1327&lang=fr>
27. Skinner B., J. Gray et G. Attara. *Increased health costs from mandated Therapeutic Substitution of proton pump inhibitors in British Columbia*, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 29, n° 8, pp. 882-891, 2009, voir : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2036.2009.03940.x>.
28. Persaud N. et H. Ahmad. Canadian list of essential medications: Potential and uncertainties, *Le médecin de famille canadien*, vol. 63, n° 4; pp. 266-268, 2017, voir : <http://www.cfp.ca/content/63/4/266>.
29. Phillips K. *La couverture des médicaments onéreux au Canada*, Bibliothèque du Parlement, 2016, voir : <https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2016-10-f.pdf>
30. Op cit, A Joint Statement. 2018.
31. Op cit, Canadian Life and Health Insurance Association. 2017.
32. Association des pharmaciens du Canada. *Assurance-médicaments 2.0 – Ce qu'en disent les Canadiens*, 2015, voir : http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/pharmacy-in-canada/Pharmacare2.0_What%20Canadians%20Are%20Saying.pdf

