



BIBLIOTHÈQUE *du* PARLEMENT

LIBRARY *of* PARLIAMENT

ÉTUDE GÉNÉRALE



La couverture des médicaments onéreux au Canada

Publication n° 2016-10-F
Le 4 février 2016

Karin Phillips

Division des affaires juridiques et sociales
Service d'information et de recherche parlementaires

Les **études générales** de la Bibliothèque du Parlement sont des analyses approfondies de questions stratégiques. Elles présentent notamment le contexte historique, des informations à jour et des références, et abordent souvent les questions avant même qu'elles deviennent actuelles. Les études générales sont préparées par le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque, qui effectue des recherches et fournit des informations et des analyses aux parlementaires ainsi qu'aux comités du Sénat et de la Chambre des communes et aux associations parlementaires, et ce, de façon objective et impartiale.

© Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 2016

La couverture des médicaments onéreux au Canada
(Étude générale)

Publication n° 2016-10-F

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
2	UN SYSTÈME HÉTÉROCLITE D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS.....	2
3	LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX – PROGRÈS RÉALISÉS.....	3
3.1	Reconnaître le besoin de couvrir les médicaments délivrés sur ordonnance hors du milieu hospitalier	3
3.2	Recommandations concernant un régime national de couverture des médicaments onéreux.....	3
3.3	<i>L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé</i> et l'élargissement de la couverture des médicaments onéreux au Canada	4
3.4	<i>Le Plan décennal pour consolider les soins de santé</i> et la création d'options de couverture nationale des médicaments onéreux	5
4	LA PROTECTION CONTRE LE COÛT DES MÉDICAMENTS ONÉREUX ACTUELLEMENT OFFERTE PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE- MÉDICAMENTS PUBLICS ET PRIVÉS	7
4.1	Régimes privés	7
4.2	Régimes du gouvernement fédéral.....	7
4.3	Régimes publics provinciaux et territoriaux	8
4.3.1	Régimes de couverture des médicaments onéreux	8
4.3.2	Régimes universels d'assurance-médicaments.....	9
4.3.3	Régimes d'assurance-médicaments ciblés	10
5	PRINCIPAUX ENJEUX	10
5.1	Inégalités.....	10
5.2	Médicaments délivrés sur ordonnance hors du milieu hospitalier : une partie intégrante des soins de santé	11
5.3	Conséquences possibles de la hausse des coûts des médicaments sur ordonnance.....	12
5.4	Efficiences.....	14
6	CONCLUSION	14

LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX AU CANADA

1 INTRODUCTION

Contrairement à la plupart des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada n'a pas de régime national d'assurance-médicaments – c'est-à-dire de régime unique d'assurance publique couvrant les médicaments sur ordonnance. Il existe divers modèles de ce genre de régime, et la conception des programmes d'assurance-médicaments dépend de divers facteurs, dont les groupes de population visés, les types de médicaments couverts et le financement.

L'expression « couverture des médicaments onéreux » désigne les modèles d'assurance qui mettent les particuliers à l'abri de dépenses de médicaments qui menaceraient leur sécurité financière ou leur causeraient des « difficultés financières excessives¹ ». Selon l'Organisation mondiale de la santé, les dépenses de santé « onéreuses » sont celles que le ménage ne peut se permettre à moins de sacrifier des besoins fondamentaux tels que la nourriture, les vêtements et l'éducation des enfants². Afin de prévenir les difficultés financières personnelles, les programmes de couverture des médicaments onéreux prévoient que les montants déboursés par l'assuré pour acheter des médicaments sur ordonnance ne dépasseront pas un certain plafond. Ce dernier consiste en un montant fixe ou un pourcentage du revenu de la personne ou de la famille.

D'après une étude réalisée en 2002, environ 11 % des Canadiens risquaient de devoir faire des dépenses de médicaments sur ordonnance élevées parce qu'ils n'avaient pas d'assurance-médicaments (2 % des Canadiens) ou que cette assurance était insuffisante (9 % des Canadiens)³. Selon une enquête internationale menée en 2007, 6 % des adultes canadiens qui ont répondu ont déclaré que leur famille déboursait plus de 1 000 \$ (non remboursés) par an pour des médicaments sur ordonnance; ce pourcentage était supérieur à celui des sept autres pays étudiés, exception faite des États-Unis⁴. Une autre enquête internationale, réalisée en 2008, a révélé que ce pourcentage passait à 17 % chez les Canadiens atteints de maladies chroniques, comme le diabète ou l'arthrite⁵.

C'est avec ces préoccupations à l'esprit que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby (le « Comité sénatorial Kirby »), dans son rapport final d'octobre 2002 sur l'état du système des soins de santé au Canada⁶, et la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, dirigée par Roy Romanow (la « Commission Romanow »), dans son rapport final de novembre 2002⁷, ont recommandé la création d'un régime « national » ou fédéral-provincial-territorial d'assurance pour les médicaments onéreux.

Dans le cadre de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, les premiers ministres de tout le pays ont convenu de prendre des mesures pour que tous les Canadiens aient un accès raisonnable à une couverture des médicaments onéreux⁸. De plus, en 2004, dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, les premiers ministres ont accepté de créer un groupe de travail ministériel fédéral-provincial-territorial chargé de formuler des options de couverture nationale des médicaments onéreux, de les évaluer et d'en calculer le coût, dans le contexte d'une *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*⁹.

Le présent document donne un aperçu des progrès accomplis vers l'instauration d'une couverture des médicaments onéreux au Canada, des défis actuels de l'assurance-médicaments au pays et de la possibilité de créer un régime national de remboursement des médicaments onéreux.

2 UN SYSTÈME HÉTÉROCLITE D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Le Canada n'a pas de régime national d'assurance pour les médicaments sur ordonnance, mais plutôt un mélange hétéroclite de régimes d'assurance-médicaments publics et privés¹⁰. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux offrent tous divers régimes d'assurance-médicaments, qui complètent les plus de 1 000 régimes d'assurance-médicaments privés offerts au pays par les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles¹¹. Les régimes publics et privés varient beaucoup du point de vue de l'admissibilité, des structures de prestations et des listes de médicaments remboursés.

Ce mélange de régimes d'assurance-médicaments privés et publics s'explique par le partage des compétences relatives aux soins de santé et par les limites imposées par la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Selon la Constitution de 1867, l'administration et la prestation des services de santé aux Canadiens incombent avant tout aux provinces et aux territoires, tandis que le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des soins de santé à des groupes de population donnés¹². La prestation des soins de santé repose également sur la LCS, laquelle établit cinq principes que doivent respecter les provinces et les territoires pour recevoir des fonds fédéraux pour les soins de santé : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité¹³.

Bien que la LCS prévoie la couverture publique des services médicaux et hospitaliers, les seuls produits pharmaceutiques dont elle prévoit la couverture sont ceux prescrits en milieu hospitalier. Comme la LCS et les lois qu'elle remplaçait (la *Loi sur les soins médicaux* de 1966 et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957) couvraient les médicaments administrés en milieu hospitalier, elles étaient considérées comme suffisantes à l'époque pour ce qui est de protéger les Canadiens contre les dépenses associées aux médicaments onéreux. En effet, les médicaments les plus coûteux étaient justement ceux administrés durant les soins de courte durée dans les hôpitaux et le coût des médicaments prescrits hors du milieu hospitalier n'était pas vu comme un fardeau financier important pour la plupart des Canadiens¹⁴.

Le fait de ne pas avoir inclus dans la LCS les médicaments prescrits hors du milieu hospitalier signifie que toute couverture publique de ces médicaments relève uniquement des provinces et des territoires¹⁵. Cela signifie également que l'on ne considère pas qu'il est médicalement nécessaire de couvrir le coût des médicaments sur ordonnance, mais qu'il s'agit plutôt d'un avantage offert par les employeurs du secteur privé.

3 LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX – PROGRÈS RÉALISÉS

3.1 RECONNAÎTRE LE BESOIN DE COUVRIR LES MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE HORS DU MILIEU HOSPITALIER

C'est la Commission royale sur les services de santé qui, la première, a reconnu, en 1964, la nécessité de couvrir les médicaments délivrés sur ordonnance hors du milieu hospitalier. Elle a recommandé au gouvernement fédéral d'accorder des subventions aux provinces pour qu'elles instaurent des régimes de couverture des médicaments sur ordonnance¹⁶. De l'avis de la Commission, il fallait offrir cette couverture hors du milieu hospitalier puisque :

- les nouveaux médicaments d'importance vitale coûtaient de plus en plus cher;
- il était impossible de prévoir qui pourrait en avoir besoin;
- ces coûts pouvaient être un fardeau pour certains segments de la population, notamment les personnes à faible revenu ou souffrant de maladies chroniques.

Dans les années 1970, les gouvernements provinciaux ont eux aussi commencé à se rendre compte que la hausse du coût des médicaments sur ordonnance risquait de peser de plus en plus lourd sur les gens à faible revenu ou à revenu fixe. Ils ont donc commencé à offrir la couverture des médicaments à certains groupes de la population, notamment les personnes âgées et les bénéficiaires d'aide sociale. Dans les années 1990, les progrès de la pharmacologie ont accru le recours aux médicaments pour le traitement des maladies chroniques et entraîné une augmentation des coûts. Tous les groupes de la population risquaient alors d'éprouver des difficultés financières liées au coût des médicaments. Par conséquent, certains gouvernements provinciaux, notamment ceux de la Saskatchewan et du Manitoba, ont donc mis en place des régimes universels couvrant les médicaments onéreux¹⁷.

Dans les années 1970 et 1980, le gouvernement fédéral a lui aussi commencé à couvrir le coût des médicaments des Premières Nations et des Inuits, des anciens combattants, des détenus des pénitenciers fédéraux, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et de certains demandeurs d'asile¹⁸ dans le cadre de ses obligations envers ces groupes de la population¹⁹. Il a également instauré un programme d'assurance-médicaments pour les employés de la fonction publique fédérale²⁰.

3.2 RECOMMANDATIONS CONCERNANT UN RÉGIME NATIONAL DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX

Au cours de leurs examens respectifs du système de santé, dont les résultats ont été rendus publics en 2002, le Comité sénatorial Kirby et la Commission Romanow se sont penchés sur la nécessité de fournir aux Canadiens une plus grande couverture des médicaments onéreux par suite de l'augmentation rapide du prix des médicaments délivrés sur ordonnance hors du milieu hospitalier. Ils attribuaient cette augmentation à la hausse des coûts de développement des médicaments, à l'utilisation accrue des médicaments sur ordonnance pour le traitement des maladies chroniques à la maison

plutôt qu'à l'hôpital et à la production de nouveaux médicaments au prix élevé conçus pour le traitement de maladies génétiques chez des groupes de population restreints²¹. Le Comité sénatorial et la Commission ont jugé que cette augmentation des prix, combinée à la couverture non uniforme des médicaments sur ordonnance à l'échelle du pays, signifiait qu'un nombre accru de Canadiens seraient exposés au fardeau financier des médicaments onéreux dans un avenir rapproché.

En conséquence, le Comité sénatorial et la Commission ont proposé l'instauration d'un régime de couverture national des médicaments onéreux, dont le coût serait partagé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

La Commission Romanow a recommandé la création d'un nouveau transfert fédéral pour les médicaments onéreux qui rembourserait 50 % des coûts des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux au-delà d'un seuil de 1 500 \$ par personne par an²². La Commission estimait que, d'après les chiffres de 2001, le transfert proposé coûterait entre 749 millions et 1,01 milliard de dollars annuellement²³. Elle affirmait aussi que ce transfert pourrait précéder l'incorporation éventuelle dans la LCS des médicaments délivrés sur ordonnance hors du milieu hospitalier.

Le Comité sénatorial Kirby proposait plutôt que le gouvernement fédéral rembourse aux régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux 90 % du coût des médicaments des personnes dont les dépenses totales dépassent 5 000 \$ par an²⁴. Il recommandait également un remboursement équivalent aux régimes privés. Pour recevoir des fonds, les régimes provinciaux et les régimes privés auraient dû plafonner les coûts à la charge des clients à 3 % du revenu ou à 1 500 \$, selon le moindre des deux montants. Le Comité estimait à 500 millions de dollars par an (en dollars de 2002) le coût de cette proposition²⁵. Il voyait là une façon d'accroître l'ampleur des programmes provinciaux et territoriaux de couverture des médicaments onéreux et de réduire la pression exercée sur les régimes privés.

3.3 L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES SUR LE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ ET L'ÉLARGISSEMENT DE LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX AU CANADA

En 2003, dans le cadre de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, les premiers ministres ont reconnu « qu'aucun Canadien ou Canadienne ne doit assumer un fardeau financier excessif lorsqu'il doit recourir à la pharmacothérapie²⁶ ». Ils se sont donc engagés à prendre des mesures pour que toute la population bénéficie d'une couverture adéquate des médicaments onéreux avant 2005-2006. Dans la foulée de cet engagement, le gouvernement fédéral a investi 16 milliards de dollars dans un fonds quinquennal (2003-2004 à 2007-2008) pour la réforme de la santé, afin d'aider financièrement les provinces et les territoires à améliorer les soins de santé par plusieurs moyens, notamment en élargissant la couverture des médicaments onéreux²⁷.

Les provinces qui s'étaient déjà dotées d'un régime de couverture des médicaments onéreux, soit la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan, ont utilisé les fonds fédéraux pour allonger la liste des produits remboursés, en accroissant la couverture pour les produits sanguins, les médicaments contre le cancer et les fournitures pour les diabétiques²⁸. Pour leur part, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et

l'Île-du-Prince-Édouard ont commencé à mettre en œuvre un programme de couverture des médicaments onéreux. Aujourd'hui, donc, sept provinces offrent un tel programme.

Les autres provinces et les territoires ont décidé de conserver ou de créer d'autres types de programmes d'assurance-médicaments. Le Québec et l'Alberta ont maintenu leur régime public destiné à ceux qui n'ont pas accès à un régime privé. En 2014, le Nouveau-Brunswick a pris la décision d'instaurer un régime d'assurance-médicaments pour tous ses résidents qui n'ont aucune forme d'assurance pour les médicaments sur ordonnance, plutôt que d'offrir un programme destiné exclusivement à ceux qui ont des médicaments onéreux à payer²⁹. Les trois territoires n'ont pas de programme couvrant les médicaments onéreux, mais offrent d'autres types d'assurance-médicaments.

Pour de plus amples détails sur les régimes d'assurance-médicaments dans les provinces et les territoires, voir la section 4 ci-dessous.

3.4 LE PLAN DÉCENNAL POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION D'OPTIONS DE COUVERTURE NATIONALE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX

Dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004, les premiers ministres ont donné instruction aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail chargé de formuler des options de couverture nationale des médicaments onéreux, de les évaluer et d'en calculer le coût dans le contexte d'une *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*. En juin 2006, ce groupe de travail fédéral-provincial-territorial a déposé son rapport sur l'atteinte des objectifs de la Stratégie, y compris la formulation d'options pour une couverture nationale des médicaments onéreux.

Le groupe de travail a proposé deux grandes options et quatre variations. La première option consistait à fixer un plafond aux dépenses de médicaments à charge des personnes, plafond qui dépendrait du niveau de revenu de la famille (de 0 % du revenu pour les personnes dont le revenu familial est inférieur à 20 000 \$ jusqu'à un maximum de 9 % du revenu pour les familles touchant un revenu supérieur à 90 000 \$ – le plafond augmentait de 1 % pour chaque tranche de 10 000 \$ du revenu familial annuel³⁰). La seconde option était d'établir comme plafond un pourcentage fixe du revenu familial, indépendant du revenu lui-même. Les variations de ces deux options et le coût de chacune, selon que la couverture privée aurait été maintenue ou non, sont présentés au tableau 1.

Tableau 1 – Programmes de couverture des médicaments onéreux, propositions et coûts

Plafond des dépenses à la charge des personnes	Variations	Estimation des coûts en dollars de 2006
Pourcentage variable du revenu familial DE : 0 % pour un revenu familial annuel de moins de 20 000 \$ À : 9 % pour un revenu familial annuel de 90 000 \$ ou plus	Avec régime privé	7,8 milliards
	Sans régime privé	10,3 milliards
Pourcentage fixe du revenu familial annuel (4,3 %)	Avec régime privé	6,6 milliards
	Sans régime privé	9,4 milliards

Source : Tableau produit par l'auteure à partir de données tirées de Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*, [Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape](#), juin 2006, p. 36.

Dans son rapport, le Groupe de travail ministériel recommandait de calculer et d'analyser le coût de fixer à 5 % le seuil du revenu familial au-delà duquel entre en jeu la couverture des médicaments onéreux. Selon lui, ce seuil serait plus facile à communiquer et n'entraînerait pas de différence de coût importante par rapport aux estimations relatives au seuil de 4,3 % – le seuil maximal moyen des quatre régimes publics d'assurance-médicaments basés sur le revenu au Canada – utilisé dans ses premiers calculs³¹.

Le Groupe de travail a aussi recommandé que l'analyse subséquente des politiques, de la conception et des coûts soit axée sur un seuil de protection à pourcentage variable du revenu qui assure le maintien du rôle des payeurs privés, et que soit étudiée la faisabilité du maintien du rôle des payeurs privés. Enfin, le rapport précisait que d'autres études s'imposeraient pour savoir combien de Canadiens ne sont pas assurés par un régime public ou privé, et combien il en coûterait de les assurer.

En septembre 2008, lors d'une réunion sur la *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*, les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux ont réaffirmé leur volonté d'étendre la couverture des médicaments onéreux à tous les Canadiens. Ils ont convenu de tenter de mettre au point un modèle de financement pour la couverture nationale des médicaments onéreux fondé sur un seuil moyen de 5 % du revenu. Le coût, estimé à 5,03 milliards de dollars par an en 2006, serait partagé également entre les provinces ou territoires et le gouvernement fédéral³². Cependant, d'après les provinces et les territoires, l'incapacité de s'entendre sur ce partage des coûts a entravé tout progrès³³.

Depuis 2008, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux continuent de collaborer à d'autres aspects de la *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*, comme la sécurité des médicaments, l'établissement d'une liste commune de médicaments remboursables, la fixation des prix des médicaments et les stratégies d'achat³⁴. Toutefois, aucun progrès n'a été accompli pour ce qui est de la mise en place d'un programme national de couverture des médicaments onéreux.

Lorsqu'il a effectué l'examen prévu par la loi du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, en 2012, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a recommandé au gouvernement fédéral de continuer de collaborer avec les provinces et les territoires à la mise sur pied d'un programme national d'assurance-médicaments, qui comprendrait un programme national de couverture des médicaments onéreux³⁵.

En janvier 2016, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont de nouveau dit vouloir explorer des options pour améliorer la couverture des médicaments et l'accès aux médicaments sur ordonnance au Canada³⁶. Ils ont aussi décidé de charger un groupe de travail fédéral-provincial-territorial de se pencher sur la question.

4 LA PROTECTION CONTRE LE COÛT DES MÉDICAMENTS ONÉREUX ACTUELLEMENT OFFERTE PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

Bien qu'il n'existe pas de programme national de couverture des médicaments onéreux, la plupart des Canadiens bénéficient d'une certaine protection contre le coût de ces médicaments grâce à un régime privé, provincial/territorial ou fédéral, comme l'expliquent les sections qui suivent.

4.1 RÉGIMES PRIVÉS

Les régimes privés offerts par les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles sont une source importante d'assurance-médicaments au Canada, puisqu'ils protègent dans une certaine mesure environ 58 % des Canadiens contre le coût des médicaments onéreux³⁷. Parmi les cotisants à des programmes du secteur privé, 55 % sont protégés contre le coût des médicaments onéreux, soit par le plafonnement des dépenses personnelles globales de médicaments, soit par une couverture intégrale du coût des médicaments. Les 45 % restants cotisent à des régimes qui offrent une couverture importante, mais incomplète, et qui souvent remboursent 80 % du coût des médicaments, au-delà d'une certaine franchise³⁸.

En 2014, les dépenses de médicaments sur ordonnance payées par les régimes privés devaient atteindre 10,3 milliards de dollars, ou 35,8 % du total au Canada³⁹. Comme les économistes de la santé le font remarquer, les régimes d'assurance-médicaments privés sont aussi subventionnés par l'État, puisque les cotisations de l'employeur sont déductibles. De fait, cette subvention fiscale couvre environ 10 % du prix des régimes d'assurance-médicaments privés⁴⁰.

Quoique les régimes du secteur privé soient des initiatives volontaires de leurs promoteurs, ils peuvent être réglementés par les provinces et les territoires⁴¹. Au Québec, par exemple, la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance est obligatoire et les régimes privés doivent respecter des normes de couverture minimale équivalant à celles du régime public provincial. Cette règle permet à la province de s'assurer que les médicaments onéreux sont couverts pour tous ses résidents par les régimes public et privés⁴².

4.2 RÉGIMES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral administre des régimes d'assurance-médicaments pour des groupes de population particuliers qui n'ont pas accès à des régimes privés ou à ceux offerts par les gouvernements provinciaux ou territoriaux. En 2014, les dépenses de médicaments d'ordonnance payées par les régimes fédéraux totalisaient 0,6 milliard de dollars, ou 2,1 % du total au Canada⁴³.

Ces programmes sont gérés par les ministères suivants :

- Santé Canada, pour les Premières nations inscrites et les Inuits reconnus;
- Anciens combattants Canada, pour les anciens combattants;

- Service correctionnel Canada, pour les détenus des pénitenciers fédéraux;
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, pour différentes catégories de demandeurs d'asile, d'autres personnes protégées et les personnes détenues par le Ministère aux fins de l'immigration;
- le ministère de la Défense nationale, pour les membres des Forces canadiennes;
- la Gendarmerie royale du Canada (GRC) ainsi que Anciens Combattants Canada, pour les membres actifs et retraités de la GRC et leurs personnes à charge.

Tous ces régimes fédéraux couvrent environ 1 million de clients admissibles, ou 2 % de la population canadienne⁴⁴.

En qualité d'employeur, le gouvernement fédéral offre aussi une assurance-médicaments à ses fonctionnaires dans le cadre du Régime de soins de santé de la fonction publique, géré par le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada et administré par l'assureur privé Financière Sun Life. Les bénéficiaires des régimes fédéraux sont tous bien protégés contre le coût des médicaments onéreux, soit par une couverture intégrale, soit par une couverture partielle où les dépenses à leur charge sont plafonnées à 3 000 \$ par an. L'annexe fournit d'autres renseignements sur les régimes d'assurance-médicaments fédéraux.

4.3 RÉGIMES PUBLICS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Les régimes d'assurance-médicaments offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux couvrent les médicaments onéreux pour ceux qui ne sont assurés que partiellement par leur régime privé, qui ne sont pas assurés du tout ou qui appartiennent à des groupes de population pour lesquels le coût des médicaments risque d'être élevé par rapport à leur revenu, comme les personnes âgées. Ces programmes offrent une assurance-médicaments à environ 53 % de la population canadienne⁴⁵. En 2014, les dépenses de médicaments payées par l'entremise de ces régimes étaient estimées à 12,1 milliards de dollars, ou 42 % du total au Canada⁴⁶.

4.3.1 RÉGIMES DE COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ONÉREUX

Les programmes de couverture des médicaments onéreux offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux appartiennent à trois grandes catégories. La première comprend les régimes qui s'adressent aux personnes qui n'ont aucune autre protection et dont les dépenses de médicaments sont élevées par rapport à leur revenu. Sept provinces offrent des programmes de ce type; les structures de paiement des prestations (primes, franchises et coassurances⁴⁷) et les montants maximaux annuels que les personnes doivent payer de leur poche varient. Le tableau 2 indique ces plafonds pour chacun des régimes⁴⁸.

Tableau 2 – Plafond des dépenses de médicaments onéreux à la charge des personnes, par province

Province	Plafond
Colombie-Britannique	De 1,3 à 3,2 % du revenu familial net ^a
Saskatchewan	3,4 % du revenu familial total corrigé ^b
Manitoba	De 2,97 à 6,73 % du revenu familial total corrigé ^c
Ontario	4 % du revenu familial net, plus des frais de 2 \$ par ordonnance ^d
Nouvelle-Écosse	Pourcentages variables du revenu familial total corrigé ^e
Terre-Neuve-et-Labrador	5 %, 7,5 % ou 10 % du revenu familial net ^f
Île-du-Prince-Édouard	3 %, 5 %, 8 % ou 12 % du revenu familial net ^g

- Notes : a. Gouvernement de la Colombie-Britannique, Ministère des Services de santé, [Fair Pharma Care Assistance Levels – Regular](#), août 2009.
- b. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, « Annexe A : Concept des régimes publics d'assurance-médicaments » (Saskatchewan), dans [CompasRx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2012-2013](#), 1^{re} éd., 1^{er} septembre 2015; et Gouvernement de la Saskatchewan, Ministère de la Santé, « [Special Support Program](#) », *Drug Plan*.
- c. Manitoba, Santé, Vie saine et Aînés, [Outil d'estimation de la franchise du Régime d'assurance-médicaments pour l'année d'indemnisation 2015-2016](#), *Le régime d'assurance-médicaments*.
- d. Gouvernement de l'Ontario, [Guide explicatif sur le programme de médicaments Trillium](#), 2013.
- e. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, [Nova Scotia Pharmacare Programs – The Nova Scotia Family Pharmacare Program](#), décembre 2012.
- f. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, Ministère de la Santé et des Services communautaires, « [Plan Overview](#) », *Prescription Drug Program*.
- g. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, [Catastrophic Drug Coverage for all Islanders](#), communiqué, 10 mai 2013.

4.3.2 RÉGIMES UNIVERSELS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

La deuxième catégorie de programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux est composée des régimes publics universels d'assurance-médicaments qui s'adressent aux personnes sans autre couverture pour les médicaments, qu'elles aient ou non à payer des médicaments onéreux par rapport à leur niveau de revenu. Trois provinces ont opté pour ce type de régime : le Québec (Régime public d'assurance-médicaments), l'Alberta, par son programme de couverture individuelle, et le Nouveau-Brunswick (Régime médicaments).

Au Québec, un plafond (actuellement de 1 029 \$) protège les assurés contre le coût des médicaments onéreux⁴⁹. En Alberta, le plafond des dépenses à la charge des personnes est de 25 \$ par ordonnance⁵⁰. Les participants à ces régimes paient aussi une prime, qui peut être subventionnée selon le niveau de revenu du particulier ou de la famille.

Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick offre une couverture aux particuliers qui n'ont pas d'assurance ou dont le régime d'employeur ne couvre pas adéquatement leurs dépenses de médicaments⁵¹. Les participants doivent payer une prime, basée sur le niveau de leur revenu, ainsi qu'une coassurance pour chaque ordonnance, jusqu'à un plafond par ordonnance, lui aussi basé sur le niveau du revenu. Aucun plafond global n'est toutefois imposé aux dépenses à la charge des assurés.

4.3.3 RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS CIBLÉS

La troisième catégorie de programmes d'assurance-médicaments offerts par les provinces et les territoires est conçue pour les personnes atteintes de certaines maladies, les personnes âgées et les bénéficiaires d'aide sociale. Dans la plupart des provinces et territoires, ces programmes s'ajoutent aux autres types d'assurance-médicaments ou les complètent.

La couverture fournie dans le cadre de ces programmes est la suivante :

- pour les personnes atteintes de certaines maladies qui ont besoin de médicaments sur ordonnance très coûteux, la totalité du coût des médicaments est couverte (bien que les maladies couvertes varient d'une province et d'un territoire à l'autre);
- pour les assistés sociaux et les personnes âgées à faible revenu, la totalité du coût des médicaments est couverte, moins une participation minimale à ce coût dans le cas de certains programmes;
- pour les personnes âgées dont le revenu est plus élevé, des primes et des franchises ainsi qu'une participation plus élevée s'appliquent, mais les montants sont habituellement plafonnés.

Enfin, il faut savoir que de nombreux résidents des territoires sont des Inuits reconnus. À ce titre, ils sont admissibles non seulement au régime du gouvernement territorial, mais aussi à la pleine couverture octroyée par le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada. C'est pourquoi nombre de programmes des territoires s'adressent aux résidents qui ne sont pas admissibles au programme de Santé Canada, par exemple les Métis et les non-Autochtones âgés, souffrant de certaines maladies ou ayant un faible revenu.

5 PRINCIPAUX ENJEUX

5.1 INÉGALITÉS

Bien que, depuis quelques années, plus de provinces et de territoires rendent les médicaments délivrés sur ordonnance plus accessibles et plus abordables pour leurs résidents, des études montrent que l'assurance-médicaments ne protège pas également tous les groupes. Par exemple, une étude montre que les Canadiens qui risquent le plus d'être sous-assurés ou de ne pas être assurés du tout sont jeunes (de 18 à 34 ans), ont un revenu faible ou moyen ou travaillent à temps partiel⁵².

Il existe encore des disparités régionales importantes dans la couverture des médicaments onéreux. Plus particulièrement, les niveaux de couverture des programmes existants varient considérablement d'une province à l'autre en raison de différences dans les primes, la coassurance et le plafond des dépenses à la charge des participants. Par exemple, une personne dont le ménage a un revenu annuel de 14 000 \$ et dont les médicaments contre l'hypothyroïdie et l'hyperlipidémie coûtent en tout 807 \$ par an paierait 490 \$ annuellement dans le cadre du Special Support Program de la Saskatchewan, mais seulement 375 \$ dans celui du Programme de médicaments

Trillium de l'Ontario⁵³. Les experts en concluent que l'élargissement de la couverture des médicaments onéreux au Canada n'a pas diminué les inégalités régionales.

Enfin, certains observateurs déplorent que les différents régimes provinciaux et territoriaux ne couvrent pas tous le même nombre ni les mêmes types de médicaments; à leur avis, la liste des médicaments remboursables devrait être la même à l'échelle du pays. Toutefois, en 2009, des chercheurs ont comparé l'ampleur et la profondeur des listes utilisées par les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires pour la population en général, les assistés sociaux et les personnes âgées. Ils ont conclu que le Canada utilise en fait une « liste nationale implicite », en ce sens que les listes provinciales, même si elles sont indépendantes les unes des autres, contiennent toutes la plupart des médicaments les plus vendus⁵⁴. La même étude attribue les écarts entre les listes aux interprétations différentes, selon la province, des données cliniques existantes sur les médicaments, et aux priorités différentes des systèmes de santé provinciaux.

Ces conclusions concordent avec celles du mémoire que l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, en vue de l'examen législatif de 2012 du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*⁵⁵. L'ACMTS est le siège du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), un processus pancanadien qui permet l'examen objectif et rigoureux de l'efficacité clinique des médicaments et de leur rapport coût-efficacité par comparaison aux autres médicaments et traitements. À la lumière des résultats, les responsables du PCEM recommandent les médicaments à inscrire sur la liste de tous les régimes d'assurance-médicaments publics du Canada (à l'exception du Québec, qui a son propre processus). Les gouvernements ne sont pas tenus de suivre les recommandations du PCEM, mais l'ACMTS a indiqué qu'ils le font 90 % du temps.

Peu d'études ont comparé les listes de médicaments d'autres programmes provinciaux et territoriaux pour des maladies dont le traitement est coûteux telles que le cancer, le diabète et le VIH afin de déterminer s'il y a aussi une certaine harmonisation pour ces programmes d'un bout à l'autre du pays⁵⁶. Cependant, soucieux de favoriser l'uniformité des listes de médicaments anticancéreux remboursés dans tout le pays, les ministères de la Santé des provinces et des territoires (sauf celui du Québec) ont établi le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques (pCODR). Ce programme, maintenant intégré à l'ACMTS, a pour objet de formuler des recommandations concernant l'ajout de nouveaux médicaments anticancéreux sur les listes provinciales et territoriales de médicaments remboursés, en fonction de l'évaluation de leur efficacité clinique et de leur rapport coût-efficacité⁵⁷.

5.2 MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE HORS DU MILIEU HOSPITALIER : UNE PARTIE INTÉGRANTE DES SOINS DE SANTÉ

Certains font remarquer que la couverture publique et privée au Canada ne reflète pas le fait que, en raison des changements à la pratique médicale, les médicaments sur ordonnance dispensés hors du milieu hospitalier font désormais partie intégrante du système de santé⁵⁸. Des maladies aiguës qui étaient traitées à l'hôpital le sont désormais à la maison grâce aux progrès de la technologie et des traitements médicamenteux. Par exemple, de nouveaux médicaments pour les ulcères gastro-duodénaux ont éliminé

la nécessité d'une intervention chirurgicale⁵⁹. De même, des maladies chroniques comme l'asthme et l'hypertension sont aujourd'hui traitées par des médicaments sur ordonnance.

Par conséquent, les critiques soutiennent que l'assurance-médicaments ne peut plus être considérée comme un « avantage social » offert par les employeurs, et qu'elle constitue plutôt un élément important du système de soins de santé du Canada⁶⁰. Ils soutiennent que l'assurance-médicaments devrait donc être intégrée dans la *Loi canadienne sur la santé*. Selon eux, le pays est loin de l'idéal d'une couverture de tous les médicaments sur ordonnance dans un régime national. De fait, la Commission Romanow voyait la création d'un régime national de couverture des médicaments onéreux comme une première étape vers un programme universel de couverture des médicaments au premier dollar⁶¹.

5.3 CONSÉQUENCES POSSIBLES DE LA HAUSSE DES COÛTS DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

L'utilisation accrue des médicaments sur ordonnance pour traiter des maladies a fait augmenter les montants que les Canadiens consacrent directement à l'achat de ces médicaments. Les dépenses de médicaments d'ordonnance payées de leur poche par les Canadiens sont passées de 59,26 \$ par personne en 1988 à 179,97 \$ par personne en 2014, après rajustement à l'inflation⁶². Quant à savoir si cette hausse représente un fardeau important pour les Canadiens, la réponse ne fait pas consensus. Selon certains chercheurs, puisque la plupart des Canadiens n'ont pas à payer de frais de médicaments sur ordonnance qui représentent un lourd fardeau financier pour eux, compte tenu de leur revenu, le niveau de couverture actuellement offert par les régimes publics et privés suffit, pourvu que l'on s'assure que les personnes qui doivent payer des frais élevés par rapport à leur revenu reçoivent une protection adéquate⁶³.

Selon d'autres études, cependant, il arriverait que des personnes, incapables de payer les médicaments, négligent leur traitement et empirent ainsi leur état de santé. Une étude publiée en 2012 révèle qu'environ 10 % des Canadiens qui reçoivent une ordonnance ne suivent pas leur traitement en raison du coût⁶⁴. Le pourcentage varie de 7,2 % au Québec à 17 % en Colombie-Britannique (voir au tableau 3 le pourcentage dans toutes les provinces).

Tableau 3 – Pourcentage des personnes qui ne suivent pas le traitement pharmacologique prescrit en raison du coût des médicaments, par province, 2007

Province	Pourcentage pondéré des personnes qui ne suivent pas le traitement en raison du coût ^a
Provinces de l'Atlantique	11,9
Québec	7,2
Ontario	9,1
Saskatchewan et Manitoba	8,9
Alberta	7,6
Colombie-Britannique	17,0
Total	9,6

Note : a. Les auteurs de l'étude ont calculé ces pourcentages en utilisant le nombre de répondants qui ont déclaré avoir reçu une ordonnance, pondéré de façon à représenter l'ensemble de la population canadienne.

Source : Tableau établi par l'auteure à partir de données tirées de Michael Law *et al.*, « [The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n° 3, 21 février 2012.

Certaines études ont aussi montré que les personnes qui ne font pas remplir leurs ordonnances en raison du coût peuvent en subir les conséquences. Par exemple, un chercheur a constaté que les patients de 65 ans ou plus avaient tendance à moins faire remplir leurs ordonnances lorsqu'ils devaient payer les médicaments. Cette tendance a entraîné une hausse des hospitalisations, des soins d'urgence et des visites chez le médecin. Pour certains chercheurs du domaine des politiques de la santé, c'est la preuve que les médicaments d'ordonnance devraient être considérés comme médicalement nécessaires au sens de la *Loi canadienne sur la santé*⁶⁵.

Par ailleurs, on s'attend à ce qu'une proportion croissante de Canadiens voient augmenter rapidement les sommes qu'ils doivent payer de leur poche pour obtenir des médicaments en raison du vieillissement de la population et de l'usage accru de médicaments coûteux, comme les produits biologiques⁶⁶, pour le traitement des problèmes de santé liés à l'âge⁶⁷. Selon le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, les effets démographiques ont été à l'origine de 2,5 et 2,7 % des hausses du prix des médicaments observées en 2012-2013 pour les régimes privés et publics respectivement⁶⁸.

De plus, les médicaments très coûteux tels que les produits biologiques représentent maintenant environ 20 % des dépenses des régimes d'assurance-médicaments publics et privés, et il faut leur attribuer de 3,5 à 4,1 % de la hausse du prix des médicaments. Cette tendance devrait se maintenir, puisque les laboratoires pharmaceutiques élaborent actuellement de nouveaux médicaments biologiques prometteurs⁶⁹. Cette hausse des coûts aura une incidence sur les régimes d'assurance privés et publics, et aussi sur les particuliers, qui verront augmenter leurs coassurances et leurs franchises⁷⁰.

Enfin, de plus grands nombres de médicaments orphelins coûteux sont mis au point pour traiter des maladies ou sous-types de maladies rares. Environ un Canadien sur 12 est affligé de l'une des quelque 7 000 maladies rares, dont 80 % sont génétiques⁷¹. En raison des progrès en génétique, le nombre de nouvelles maladies rares identifiées continue d'augmenter, ainsi que celui des nouveaux médicaments mis au point pour les traiter⁷². Depuis 1983, le nombre de médicaments orphelins approuvés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques est passé de 38 à 373, et en moyenne, 14 nouveaux médicaments sont approuvés chaque année⁷³. Or, parce que les coûts de la recherche et du développement associés à ces médicaments sont élevés, que le nombre de patients ciblés est limité, et que le marché est peu compétitif, les médicaments orphelins sont très chers. Par exemple, le coût annuel de l'Aldurazyme – qui sert au traitement de la mucopolysaccharidose de type 1 (maladie de Hurler), un déficit enzymatique génétique et héréditaire qui affecte un enfant sur 100 000 – est d'environ 435 000 \$⁷⁴.

Le nombre croissant de médicaments orphelins disponibles et les coûts connexes, de pair avec le nombre croissant de maladies rares identifiées et diagnostiquées, font qu'un nombre toujours plus grand de Canadiens risquent de devoir payer des médicaments onéreux. Il en résulte une pression accrue sur les régimes d'assurance-médicaments privés et publics, qui tentent de répondre à la demande tout en contenant les coûts⁷⁵.

5.4 EFFICIENCE

Certains économistes du secteur de la santé doutent de l'efficacité du système actuel, qui combine assurance privée et assurance publique⁷⁶. Ils croient que les régimes d'assurance-médicaments privés sont moins efficaces que les régimes publics. Puisque leurs recettes sont un pourcentage des dépenses effectuées par le truchement de leurs programmes, les régimes privés n'ont pas intérêt à contrer la hausse des coûts de leur régime ni à limiter la liste des médicaments remboursables aux produits offrant le meilleur rapport qualité-prix. Par ailleurs, les coûts d'administration des régimes publics du Canada ne sont que de 1,3 %, contre 13,2 % pour les régimes privés⁷⁷.

Enfin, les programmes publics ont un plus gros pouvoir d'achat que les programmes privés; leurs administrateurs sont donc à même de négocier des médicaments à meilleurs prix dans le cadre d'ententes relatives à l'inscription des produits (EIP). Les EIP fixent le prix des médicaments au volume, ce qui aide à réduire le coût global du régime. Ces facteurs, ainsi que le coût des subventions fiscales octroyées aux employeurs qui cotisent aux régimes privés, portent certains observateurs à soutenir que l'instauration d'un régime public d'assurance-médicaments à payeur unique – pourvu qu'on en contrôle le coût – permettrait de réaliser des économies⁷⁸.

Les entreprises privées d'assurance-médicaments sont elles aussi d'avis que le système actuel est inefficace et inéquitable⁷⁹. Comme l'a signalé l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP), qui représente les intérêts des entreprises privées d'assurance-médicaments, les gouvernements peuvent utiliser leur pouvoir d'achat pour négocier à la baisse le prix des médicaments, alors que les compagnies privées, soumises au droit de la concurrence, ne peuvent pas se regrouper pour signer elles aussi des EIP avec les sociétés pharmaceutiques. C'est donc dire que les Canadiens assurés au privé doivent payer plus cher leurs médicaments que ceux qui sont assurés par le gouvernement. Dans ce contexte, des assureurs privés demandent que le prix des médicaments sur ordonnance soit fixé selon les lois du marché, afin d'être uniforme pour tous les Canadiens.

En outre, l'ACCAP considère que le système actuel est inefficace parce que les programmes de couverture privés et publics ne sont pas harmonisés, ce qui signifie que la transition d'un système à l'autre lorsque les circonstances changent (retraite, atteinte de l'âge de 65 ans, atteinte du plafond du régime privé, besoin d'un médicament non remboursable au privé, etc.) ne se fait pas sans complications. L'ACCAP prône donc une harmonisation et une collaboration accrues entre les régimes privés et publics.

6 CONCLUSION

Depuis que les premiers ministres ont pris des engagements dans les accords sur la santé de 2003 et de 2004, il y a eu un effort concerté pour élargir les programmes publics de couverture des médicaments onéreux dans tout le pays. Cela dit, les tentatives d'instaurer un programme national de couverture des médicaments onéreux se sont limitées à l'analyse de diverses options de politiques et au calcul de leur coût, faute d'une entente sur le partage des coûts entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Les programmes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, devraient subir la pression croissante du coût des médicaments sur ordonnance au fil du vieillissement de la population et de l'évolution des techniques médicales. Par conséquent, les disparités régionales entre les régimes des différents gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient être ressenties plus vivement à mesure que plus de Canadiens verront leur facture de médicaments s'alourdir par rapport à leurs revenus. Les débats sur les avantages des programmes de couverture des médicaments onéreux au Canada se poursuivront donc pendant que les décideurs chercheront à en endiguer les coûts.

NOTES

1. Ken Fraser et Richard Shillington, « Protecting the Unprotected », *Canadian Healthcare Manager*, avril 2005, p. 16.
2. Ke Xu *et al.*, « [Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure](#) », *Technical Briefs for Policy-Makers*, n° 2, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2005, p. 2.
3. La couverture est « insuffisante » parce que le régime d'assurance-médicaments ne prévoit pas de plafond protecteur en ce qui concerne les coûts. L'étude la plus récente qui soit disponible est Fraser Group et Tristat Resources, [Drug Expense Coverage in the Canadian Population: Protection from Severe Drug Expenses](#), août 2002, voir p. 3.
4. Conseil canadien de la santé, [Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie](#), janvier 2009, p. 10.
5. *Ibid.*
6. Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (SOCI), [La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – Volume six : Recommandations en vue d'une réforme](#), octobre 2002.
7. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, [Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada](#), novembre 2002.
8. Gouvernement du Canada, [Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé](#), 5 février 2003.
9. Gouvernement du Canada, « [Un plan décennal pour consolider les soins de santé](#) », document d'information, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé*, 16 septembre 2004.
10. Centre canadien de politiques alternatives et Coalition canadienne de la santé, [Life Before Pharmacare : Report on the Canadian Health Coalition's Hearings into a Universal Public Drug Plan](#), novembre 2008, p. 11.
11. Valérie Paris et Elizabeth Docteur, [Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada](#), Documents de travail de l'OCDE, n° 24, DELSA/HEA/WD/HWP(2006)4, 15 février 2007, p. 18.
12. Ces sous-groupes comprennent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, les Inuits, les militaires des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les détenus dans les pénitenciers fédéraux et les demandeurs du statut de réfugié. Santé Canada, « [Le rôle du gouvernement](#) », *Système de soins de santé*.
13. *Ibid.*
14. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), p. 207; Fraser Group et Tristat Resources (2002), p. 7; Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall), *Commission royale d'enquête sur les services de santé : 1965, volume II*, 7 décembre 1964.

15. Santé Canada, « [Accès des Canadiens à un régime d'assurance-médicaments d'ordonnance](#) », *Système de soins de santé*.
16. Commission Hall (1964).
17. Steven G. Morgan et Jamie R. Daw, « [L'assurance médicaments au Canada : coup d'œil sur le passé, regard vers l'avenir](#) », *Politiques de santé*, n° 8, vol. 1, 2012 [ARTICLE EN ANGLAIS, SUIVI D'UN RÉSUMÉ EN FRANÇAIS].
18. Citoyenneté et Immigration Canada, [Programme fédéral de santé intérimaire : résumé des prestations offertes](#), 5 novembre 2014.
19. Santé Canada, « [Programmes publics d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral](#) », *Système de soins de santé*.
20. Conseil national mixte de la fonction publique du Canada, [Directive du Régime de soins de santé de la fonction publique](#).
21. SOCI (2002), p. 140; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), p. 215.
22. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), p. 216.
23. *Ibid.*, p. 217.
24. SOCI (2002), p. 154.
25. *Ibid.*, p. 153.
26. Gouvernement du Canada (2003).
27. Santé Canada, « [Investissements fédéraux en santé](#) », *Système de soins de santé*, 5 février 2003.
28. Saskatchewan Health, *A Report on the Health Reform Fund and Diagnostic and Medical Equipment Fund*, décembre 2004, p. 4; Gouvernement de la Colombie-Britannique, Ministère des Services de santé, [Federal Funding in British Columbia 2003/04 : Health Reform Fund – Primary Health Care – Diagnostic and Medical Equipment Fund](#), p. 12 et 13.
29. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, « [Foire aux questions](#) », *Santé*.
30. Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, [Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape](#), juin 2006, note 19.
31. *Ibid.*, p. 36.
32. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Conférence annuelle des ministres de la Santé provinciaux-territoriaux, [Document d'information : Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : document décisionnel](#), 4 septembre 2008.
33. Conseil canadien de la santé (2009), p. 16 et 17.
34. SOCI, [Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004](#), mars 2012, p. 62 à 65.
35. *Ibid.*, p. 66.
36. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, [Déclaration des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé](#), communiqué, 21 janvier 2016.
37. Fraser Group et Tristat Resources (2002), p. 11.
38. *Ibid.*, p. 13.
39. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), [Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2013 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments](#), 2015, p. 10.

40. Marc-André Gagnon et Guillaume Hébert, [Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments : Coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous](#), Centre canadien de politiques alternatives et Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 13 septembre 2010, p. 21.
41. Paris et Docteur (2007), p. 18.
42. Fraser Group et Tristat Resources (2002), p. 39.
43. ICIS (2015), p. 11.
44. Santé Canada, « [Programmes publics d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral](#) », *Système de soins de santé*.
45. Environ 13 % de la population a accès à un régime privé et à un régime public. Fraser Group et Tristat Resources (2002), p. 11.
46. ICIS (2015), p. 7.
47. La prime est le montant fixe qu'un bénéficiaire doit payer pour être admissible au programme de remboursement, tandis que la franchise est le montant fixe ou le pourcentage du revenu qui représente la première portion des coûts à assumer par le bénéficiaire avant que la coassurance s'applique. La coassurance est le montant fixe que le bénéficiaire doit payer pour chaque ordonnance, lorsque la franchise est atteinte. Virginie Demers *et al.*, « [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.
48. Pour une description complète de tous les programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux, voir Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), [CompasRx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments 2012-2013](#), 1^{re} éd., 1^{er} septembre 2015.
49. Régie de l'assurance maladie du Québec, [Assurance médicaments : Montant à payer pour les médicaments](#).
50. Alberta Health, [Non-Group coverage benefit](#).
51. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, « [Foire aux questions](#) », *Santé*.
52. Les sous-assurés désignent les bénéficiaires dont l'assurance ne prévoit pas de plafond aux coûts des médicaments. Vishnu Kapur et Kivalaya Basu, « Drug coverage in Canada: who is at risk? », *Health Policy*, vol. 71, n° 2, 2005, p. 189.
53. Dans cet exemple, le coût des médicaments onéreux représente environ 5,7 % du revenu. Cet exemple se fonde sur l'étude réalisée par Demers *et al.* (2008); voir figure 3.
54. Steve Morgan *et al.*, « [Étendue, profondeur et concordance des listes provinciales de médicaments, au Canada](#) », *Politiques de santé*, vol. 4, n° 4, 2009.
55. SOCI (2012), p. 62.
56. Morgan *et al.* (2009).
57. Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques, [About the pan-Canadian Oncology Drug Review \(pCODR\)](#).
58. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), p. 207.
59. *Ibid.*, p. 212.
60. *Ibid.*, p. 208.
61. La couverture est « au premier dollar » lorsque le client n'a pas besoin de verser de franchise.
62. Les calculs de l'auteure se fondent sur les figures du document suivant : ICIS, « [Dépenses en médicaments par type, par source de financement et en tant que part des dépenses publiques, privées et totales de santé, par province et territoire et au Canada, de 1985 à 2015](#) », *Tableaux de données*, 2015.

63. Logan McLeod *et al.*, « [Financial burden of household out-of-pocket expenditures for prescription drugs: Cross-sectional analysis based on national survey data](#) », *Open Medicine*, vol. 5, n^o 1, 2011.
64. Michael Law *et al.*, « [The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n^o 3, 21 février 2012.
65. Robyn M. Tamblyn, « [Prescription drug coverage: An essential service or a fringe benefit?](#) », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 173, n^o 11, 2005.
66. Les produits biologiques sont fabriqués à partir d'animaux ou de micro-organismes ou en utilisant des animaux ou des micro-organismes. Comme ils sont dérivés de l'activité métabolique d'organismes vivants, leur structure est plus complexe et leur contenu tend à varier davantage que les médicaments synthétisés par voie chimique. Par conséquent, ils coûtent plus cher à produire, ce qui se répercute sur leur prix. Par exemple, Remicade, un produit biologique servant au traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn, coûte en moyenne 4 223 \$ par ordonnance. (Voir Santé Canada, « [Fiche de renseignements : produits biologiques ultérieurs \(Canada\)](#) », *Médicaments et produits de santé*, 9 novembre 2009; CEPMB, « Figure 4.4.2 – Dix principaux et cinq derniers médicaments contribuant à l'effet "médicaments nouveaux et existants", tous les régimes publics d'assurance-médicaments choisis; 2012-2013 », dans chap. 4, « Les inducteurs de coût des médicaments, 2011-2012 à 2012-2013 », [CompasRx du SNIUMP](#) (1^{er} septembre 2015)).
67. CEPMB, [CompasRx du SNIUMP](#) (1^{er} septembre 2015), p. 26.
68. CEPMB, [Les inducteurs de coût des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2013](#), mars 2015; CEPMB, [Les inducteurs de coût des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2013](#), mars 2015.
69. CEPMB, [Les inducteurs de coût des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2013](#), mars 2015; CEPMB, [Les inducteurs de coût des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2012-2013](#), mars 2015; CEPMB, [L'Observateur des médicaments émergents, 6^e livraison – Décembre 2014](#), 9 septembre 2015.
70. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, [Pour garantir l'accessibilité, l'abordabilité et la viabilité du système](#), 2013.
71. David K. Lee et Barbara Wong, « [An Orphan Drug Framework \(ODF\) for Canada](#) », *Journal de la thérapie des populations et de la pharmacologie clinique*, vol. 21, n^o 1, 2014.
72. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), [The Changing Landscape of Treatments for Rare Diseases](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
73. La plupart de ces médicaments sont également approuvés au Canada. Pour plus de détails, voir Lee et Wong (2014).
74. IRSC, *The Changing Landscape of Treatments for Rare Diseases*.
75. Morgan et Daw (2012).
76. Gagnon et Hébert (2010).
77. *Ibid.*, p. 21.
78. *Ibid.*, p. 26.
79. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (2013).

ANNEXE – PROGRAMMES D’ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Ministère	Programme	Groupe	Niveau de couverture
Santé Canada	Services de santé non assurés ^a	Membres des Premières Nations inscrits sous le régime de la <i>Loi sur les Indiens</i> et Inuits reconnus par les organisations inuites de revendication territoriale.	Le programme fournit une couverture complète à ceux qui n'ont pas accès à une assurance-médicaments privée ou provinciale/territoriale.
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, administré par Financière Sun Life	Régime de soins de santé de la fonction publique ^b	Employés de la fonction publique fédérale et leurs personnes à charge.	Le programme offre une couverture pour les médicaments onéreux selon laquelle les membres paient 20 % des coûts des médicaments jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par année.
Anciens combattants Canada, administré par Financière Sun Life	Assurance-maladie de groupe ^c (sous le Régime de soins de santé de la fonction publique)	Anciens combattants admissibles et certains survivants ^d Membres actifs ou à la retraite de la GRC qui sont admissibles aux programmes de prestations de santé et de pensions d'invalidité pour maladies ou blessures liées au travail ^e .	Le programme offre une couverture pour les médicaments onéreux selon laquelle les membres paient 20 % des coûts des médicaments jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par année.
Gendarmerie royale du Canada, administré par Financière Sun Life	Régime de soins de santé de la fonction publique ^f	Membres de la GRC, leurs personnes à charge et les employés civils.	Le programme offre une couverture pour les médicaments onéreux selon laquelle les membres paient 20 % des coûts des médicaments jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par année.
Ministère de la Défense nationale	Services de santé des Forces canadiennes ^g	Membres de la Force régulière.	Le programme offre une couverture complète pour tous les médicaments d'ordonnance.
Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, administré par Croix bleue Medavie	Programme fédéral de santé intérimaire	Personnes protégées. Demandeurs du statut de réfugié. Certaines personnes détenues.	Le programme offre divers niveaux de couverture en fonction du statut de la personne aux termes de la <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> ^h .
Service correctionnel Canada	Services de santé ⁱ	Détenus des pénitenciers fédéraux.	La couverture complète des médicaments est au nombre des « soins de santé essentiels » fournis aux détenus des pénitenciers fédéraux.

- Notes : a. Santé Canada, « [Information sur les prestations](#) », *Santé des Premières nations et des Inuits*.
- b. Conseil national mixte de la fonction publique du Canada, [Directive du Régime de soins de santé de la fonction publique](#).
- c. Anciens Combattants Canada, [Assurance-santé collective](#).
- d. *Ibid.*
- e. Gendarmerie royale du Canada, « [Aide offerte après une blessure ou une maladie liée au travail](#) », *Services et prestations d'ACC à l'intention des membres de la GRC*.
- f. Gendarmerie royale du Canada, [Renseignements sur les soins de santé et les soins dentaires](#).
- g. Défense nationale et les Forces armées canadiennes, [Soins médicaux complémentaires](#).
- h. Pour plus de détails, voir Citoyenneté et Immigration Canada, [Programme fédéral de santé intérimaire : résumé des prestations offertes](#).
- i. Service correctionnel Canada, [Services de santé](#).