

Mémoire de l'AMC

**Un programme national
d'assurance-médicaments au Canada :
comment y arriver**

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

**Mémoire présenté au Comité permanent de la Santé de la
Chambre des communes**

Le 1^{er} juin 2016

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission d'aider les médecins à prendre soin des patients.

Pour le compte de ses quelque 83 000 membres et de la population canadienne, l'AMC s'acquitte d'un vaste éventail de fonctions dont les principales consistent à préconiser des politiques et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, faciliter le changement au sein de la profession médicale et offrir aux médecins le leadership et les conseils qui les aideront à orienter les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle à participation volontaire qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et 60 organisations médicales nationales.

Introduction

Au nom de ses 83 000 membres médecins, l'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse de pouvoir contribuer à l'étude menée par le Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes sur l'élaboration d'un programme national d'assurance médicaments. Reconnaissant qu'on utilise l'expression « assurance médicaments » dans différents contextes, pour les besoins du présent mémoire, nous entendons par assurance médicaments un programme qui donne aux Canadiens et aux Canadiennes un accès comparable à des médicaments prescrits indispensables, sans égard à leur capacité de payer, peu importe où ils vivent au Canada.

Principaux faits

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les gouvernementsⁱ ont payé 42,0 % des quelque 28,8 milliards de dollars dépensés au Canada en médicaments d'ordonnance (ce qui représente 13,4 % du total des dépenses de santé) en 2014; les paiements des assureurs privés et les paiements directs des consommateurs en ont représenté 35,8 % et 22,2 % respectivement¹.

Il est clair que l'assurance médicaments fait partie des aspects à régler de l'assurance maladie. De nombreux auteurs ont signalé que le Canada est le seul pays industrialisé à ne pas inclure les médicaments d'ordonnance dans son programme d'assurance maladie universelle. Le Tableau 1 ci-dessous montre où le Canada se situe par rapport aux 22 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne le pourcentage des dépenses publiques consacrées aux principales catégories de dépenses de santé en 2012.

Tableau 1. Dépenses publiques en pourcentage des dépenses totales : principales catégories de dépenses de santé, Canada et moyenne de 22 pays de l'OCDE, 2012

	% des dépenses publiques		
	Médicaments d'ordonnance	Hôpitaux	Cabinets de médecins
Canada	42	91	99
Moyenne de l'OCDE	70	88	72

Source : Statistiques de l'OCDE. Le chiffre relatif aux cabinets de médecins pour la Suède est celui de 2009

Dans le cas des médicaments d'ordonnance, le Canada se situait à plus du tiers (40 %) au-dessous de la moyenne de l'OCDE.

La mosaïque de l'assurance publique et privée

En 1964, la Commission Hall a recommandé que le fédéral et les provinces partagent à parts égales l'établissement d'un programme de médicaments d'ordonnance, et que l'on impose des frais de 1 \$ par ordonnance. À l'époque, les médicaments d'ordonnance représentaient 6,5 % des dépenses en services de santé personnels². Cette recommandation n'a pas été mise en application. On pourrait ajouter que le rapport Hall contenait

ⁱ Inclut les dépenses fédérales, les fonds affectés à la sécurité sociale et les dépenses des provinces et des territoires.

25 recommandations prospectives sur les produits pharmaceutiques qui demeurent valides et portaient notamment sur l'achat en vrac, le remplacement par les médicaments génériques et un formulaire national².

Comme les médicaments d'ordonnance n'ont pas été inclus dans l'assurance maladie, les dépenses publiques par habitant affectées aux médicaments d'ordonnance varient énormément entre les provinces. On peut voir au Tableau 2 qu'en 2014, l'ICIS a estimé que les dépenses publiques par habitant ont varié de 219 \$ en Colombie-Britannique et 255 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ), à 369 \$ en Saskatchewan et 437 \$ au Québec³. L'ICIS ne fournit pas d'estimations des dépenses privées par habitant en médicaments d'ordonnance (assurance privée plus paiements directs) au-dessous du niveau national.

Tableau 2 : Dépenses en médicaments d'ordonnance : Indicateurs choisis selon la province et le territoire, 2014

Province/ territoire	Dépenses publiques ^a (millions de \$)	Dépenses publiques par habitant ^a (\$)	Assurance privée ^b (millions de \$)	Dépenses directes moyennes par ménage ^c \$
NL	156,7	297	177	454
PE	37,3	255	32	516
NE	302,2	321	337	429
NB	210,8	280	284	477
QC	3 588,7	437	2 369	466
ON	4 730,4	346	4 626	324
MB	411,3	321	249	516
SK	415,4	369	192	514
AB	1 383,7	336	1 065	409
CB	1 015,8	219	894	456
TY	14,0	383	-	-
TN	17,5	400	-	-
NU	13,6	372	-	-
Territoires	45,1	385	23	-
Canada	12 297,4	334 ^d	10 247	408

^a ICIS, Base de données sur les dépenses nationales de santé 1975-2015, inclut toutes les sources de financement public

^b Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes

^c Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, 2014

^d Moyenne des provinces/territoires

Le Tableau 2 illustre aussi le rôle important de l'assurance privée dans chaque région du Canada. Les données fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, qui figurent à la colonne 3 du Tableau 2, montrent que les compagnies d'assurance maladie privées ont remboursé pour 10,2 milliards de dollars de médicaments d'ordonnance en 2014, ce qui représente 83 % des 12,3 milliards de dollars payés par les gouvernements. Dans trois provinces – Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick – le montant payé par l'assurance privée dépasse celui qu'ont payé les gouvernements. Le Tableau 2 montre aussi que les dépenses directes moyennes par ménage en médicaments d'ordonnance varient considérablement selon l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) de Statistique Canada. En 2014, l'écart a varié d'un plancher de 324 \$ en Ontario à un plafond de 516 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard et au Manitoba⁴.

Une variation encore plus frappante se dégage lorsqu'on analyse les dépenses directes des ménages en médicaments d'ordonnance selon le quintile de revenu (données détaillées non indiquées). Selon l'EDM 2014, le cinquième le plus pauvre (quintile de revenu le plus bas) des ménages de l'IPÉ a dépensé directement plus de deux fois plus (645 \$) en médicaments d'ordonnance que le cinquième le plus pauvre de l'Ontario (300 \$)⁴. Outre les différences globales au niveau des dépenses publiques, d'autres différences existent aussi quant à la couverture des médicaments, particulièrement dans le cas des médicaments contre le cancer. La Coalition Action Cancer du Canada a signalé en 2014 que quatre provinces offrent la gratuité totale des médicaments contre le cancer pris à domicile. En Ontario et dans la région de l'Atlantique, toutefois, les médicaments contre le cancer qu'il faut prendre en contexte hospitalier et figurent sur le formulaire provincial sont entièrement payés par le gouvernement provincial. Si le médicament est pris en dehors de l'hôpital, par voie orale ou injectable, il se peut que le patient et sa famille aient d'importants coûts à payer directement⁵. De façon plus générale, la Société canadienne du cancer a déclaré que les personnes qui déménagent d'une province à une autre peuvent constater qu'il se peut qu'un médicament couvert dans l'ancienne province ne le soit pas dans la nouvelle⁶.

D'autres sources confirment que les dépenses en médicaments d'ordonnance constituent un problème pour beaucoup de Canadiens. L'Enquête internationale sur les politiques de santé 2013 menée par le Commonwealth Fund a révélé que 8 % des répondants canadiens ont affirmé ne pas avoir fait remplir une ordonnance ou avoir sauté des doses à cause de problèmes de coût⁷. Himmelstein et coll. ont produit un rapport sur une enquête menée auprès de Canadiens qui ont fait faillite entre 2008 et 2010. Ils ont constaté que 74,5 % des répondants qui avaient eu des frais médicaux à payer au cours des deux dernières années ont déclaré que les médicaments d'ordonnance constituaient leur principale dépense médicale⁸.

Au moins deux études canadiennes ont documenté l'effet des coûts directs, du manque d'assurance et du faible revenu sur l'inobservanceⁱⁱ de régimes prescrits. Law et coll. ont examiné l'inobservance liée au coût dans le cadre de l'Enquête canadienne sur la santé des collectivités de 2007 et constaté que les répondants qui n'avaient pas d'assurance médicaments étaient plus que quatre fois plus susceptibles de déclarer une inobservance que ceux qui avaient de l'assurance. Le taux prévu d'inobservance chez les ménages à revenu élevé et détenteurs d'assurance médicaments était presque 10 fois plus élevé que celui des ménages à faible revenu et sans assurance (35,6 % c. 3,6 %)⁹. En se basant sur une étude d'envergure portant sur l'incidence de l'inobservance primaire (ne pas faire remplir une nouvelle ordonnance dans les neuf mois) chez un groupe de quelque 70 000 patients québécois, Tamblyn et coll. ont signalé que les risques d'inobservance diminuaient de 63 % chez ceux qui reçoivent des médicaments gratuits par rapport à ceux qui doivent effectuer la quote-part maximale. Ils ont aussi signalé que les risques d'inobservance augmentaient avec le coût du médicament prescrit¹⁰.

ⁱⁱ L'inobservance peut consister à prendre des mesures pour qu'un médicament dure plus longtemps ou à ne pas faire remplir ou renouveler une ordonnance.

Propositions antérieures sur l'assurance médicaments

Dans une monographie récente, Katherine Boothe a comparé l'élaboration de programmes nationaux d'assurance médicaments d'ordonnance en Australie et au Royaume-Uni et l'incapacité de le faire au Canada¹¹.

Parmi les nombreuses tentatives canadiennes qu'elle décrit, c'est au cours de la décennie qui a suivi le Forum national sur la santé (FNS), créé en 1994 et qui a produit son rapport en 1997, qu'il y a eu le plus d'activité. Un document d'un groupe de travail du FNS sur la politique pharmaceutique a recommandé la couverture intégrale des médicaments d'ordonnance, mais a reconnu que cela ne pourrait se faire du jour au lendemain : « Nous proposons que l'État prenne progressivement à sa charge les dépenses privées actuelles pour les médicaments prescrits (évaluées à 3,6 milliards de dollars en 1994) »¹². Le FNS a inclus cette recommandation dans son rapport final, en signalant que l'absorption des régimes actuels par un système public pourrait obliger à transférer des sources de financement, ainsi qu'un appareil administratif¹³.

Il est éclairant d'actualiser les dépenses en médicaments d'ordonnance de 1994 mentionnées par le FNS. Selon le calculateur de l'inflation de la Banque du Canada, les 6,5 milliards de dollars de 1994 auraient coûté 9,5 milliards en 2014¹⁴. L'ICIS calcule que les dépenses réelles en 2014 ont atteint 28,7 milliards de dollars¹ – ce qui représente 203 % du total des dépenses de 1994. En guide de comparaison, la population a augmenté de 23 % au cours de la même période¹⁵. Les augmentations des dépenses annuelles en médicaments d'ordonnance se sont établies en moyenne à 7,3 % au cours de la période, même si elles atteignent en moyenne un peu plus de 1 % seulement depuis 2009¹⁶.

Un virage important du financement privé vers le financement public n'est pas sans précédent. Dans une étude produite pour la Commission Hall, les chercheurs ont estimé que 9,6 millions de Canadiens, ce qui représentait 53 % de la population totale, avaient une assurance commerciale ou sans but lucratif des services médicaux et chirurgicaux en 1961¹⁷. Avec l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux* en 1966, ces régimes ont tous été déplacés à mesure que les provinces adhéraient à l'assurance maladie. Le transfert du financement ne s'est pas produit du jour au lendemain, même s'il a été rapide. Au cours de la première année, soit 1968-1969, Ottawa a payé 33 millions de dollars aux provinces conformément à la *Loi sur les soins médicaux*, total qui a grimpé rapidement à 181 millions en 1969-1970 pour atteindre 576,5 millions en 1971-1972^{18,19}.

Depuis le rapport du FNS en 1997, le plus proche que le gouvernement fédéral est venu d'agir au sujet de l'assurance médicaments réside dans un engagement pris dans le discours du trône de 1997. Il a promis qu'il « établira un plan national, un calendrier et un cadre financier afin d'assurer à la population canadienne l'accès à des médicaments indispensables », mais aucune autre mesure n'a jamais été rendue publique²⁰.

L'assurance médicaments a par la suite fait l'objet de deux études nationales, qui ont toutes deux recommandé que le fédéral intervienne dans le remboursement des médicaments d'ordonnance « onéreux » au-dessus d'un seuil de revenu des ménages. L'étude menée par le Sénat au sujet de l'état du système de santé au Canada, présidée par Michael Kirby, a été autorisée en mars 2001 et la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada dirigée par Roy Romanow a été approuvée en avril 2001. Les deux ont produit leur rapport final en 2002.

Le plan Kirby était conçu de façon à éviter l'obligation d'éliminer les régimes privés existants ou les régimes publics des provinces/territoires, ce qui ressemble un peu à l'approche suivie par le Québec en 1997. Le plan Kirby prévoyait que, dans le cas des régimes publics, les dépenses personnelles en médicaments d'ordonnance de toute famille seraient plafonnées à 3 % du revenu familial total. Le gouvernement fédéral paierait alors 90 % des dépenses en médicaments d'ordonnance dépassant 5000 \$. Dans le cas des régimes privés, les commanditaires devraient consentir à limiter les coûts directs à 1500 \$ par année, ou 3 % du revenu familial, selon le montant le

moins élevé. Le gouvernement fédéral consentirait ensuite à payer 90 % des coûts des médicaments dépassant 5000 \$ par année. Les régimes tant publics que privés devraient prendre en charge la différence entre les coûts directs et 5000 \$ et l'on encouragerait les régimes privés à mettre leurs risques en commun. Kirby a estimé que ce programme coûterait environ 500 millions de dollars par année²¹.

La Commission Romanow a recommandé un transfert d'un milliard de dollars au titre des coûts des médicaments onéreux. Le gouvernement fédéral rembourserait par ce transfert 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux de l'assurance médicaments dépassant un seuil de 1500 \$ par personne par année²².

L'avantage qu'offrent ces propositions, c'est qu'elles sont entièrement adaptables. Le gouvernement fédéral pourrait rajuster soit le seuil des dépenses directes en fonction du revenu du ménage, plafond au-dessus duquel il prendrait en charge les coûts, soit le pourcentage des coûts qu'il paierait au-dessus du plafond.

À la suite de la publication des rapports Kirby et Romanow, il y a eu des échanges entre le fédéral et les provinces et les territoires au sujet d'un programme de protection contre le coût des médicaments onéreux. Dans l'Accord de février 2003, les premiers ministres ont convenu d'assurer que les Canadiens auraient un accès raisonnable à une protection contre le coût des médicaments onéreux au plus tard en mars 2006²³. Au cours de la réunion d'été annuelle en 2004, les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont ensuite demandé au gouvernement fédéral de prendre en charge la responsabilité financière totale d'un programme complet d'assurance médicaments pour toute la population canadienne et d'indemniser le Québec pour son propre programme d'assurance médicaments²⁴. Dans l'Accord sur la santé conclu en septembre 2004, les premiers ministres ont ordonné aux ministres de la Santé d'établir une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNP) en neuf points comportant des possibilités d'établissement des coûts d'un programme de protection contre le coût des médicaments onéreux²⁵.

Un groupe de travail ministériel fédéral-provincial-territorial sur la SNP a été mis sur pied et a publié un rapport d'étape en juin 2006. Ses estimations relatives aux dépenses liées au coût des médicaments onéreux étaient beaucoup plus élevées que celles des rapports Kirby et Romanow. En se basant sur un pourcentage variable du seuil de revenu, le groupe de travail a estimé que, compte tenu des coûts des régimes publics, les dépenses liées à la protection contre le coût des médicaments onéreux seulement représenteraient 42 % du total des dépenses en médicaments d'ordonnance. Si l'on tenait compte aussi des coûts des régimes privés, les dépenses liées à la protection contre le coût des médicaments onéreux représenteraient 55 % du total des dépenses en médicaments d'ordonnance. Le rapport a proposé quatre façons possibles de couvrir le coût des médicaments onéreux, les estimations relatives au nouveau financement public variant de 1,4 à 4,7 milliards de dollars²⁶. Même si l'on n'a pas expliqué les méthodes de calcul, il est évident que les estimations de dépenses liées à la protection contre le coût des médicaments onéreux incluaient un pourcentage important des coûts des régimes existants. Au cours de la réunion de septembre 2008, les ministres de la Santé des provinces et des territoires ont préconisé d'établir une norme nationale sur l'assurance médicaments qui ne dépasserait pas 5 % du revenu net et que le gouvernement fédéral partage à parts égales le coût estimé à 5,03 milliards de dollars²⁷.

L'incertitude qui entoure le coût projeté d'un régime d'assurance médicaments et découle d'estimations qui varient énormément a sans aucun doute contribué à l'hésitation des gouvernements à faire avancer le dossier.

Événements récents

Au cours des dernières années, les provinces et les territoires ont fait un effort concerté pour négocier les prix par l'intermédiaire de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne (APpC) mise sur pied en 2010. Au 31 mars 2015, l'Alliance signalait que les réductions des prix de médicaments d'ordonnance génériques et de marque entraînent

des économies annuelles estimées à 490 millions de dollars²⁸. Les régimes fédéraux d'assurance médicaments participent maintenant à l'Alliance et l'AMC a recommandé que celle-ci invite les compagnies privées d'assurances-médicaments à y adhérer elles aussi²⁹.

Les économies qui pourraient découler des baisses de prix ont joué un rôle fondamental dans deux études récentes qui ont présenté l'argument selon lequel un programme d'assurance médicaments à payeur public unique prévoyant une quote-part minime ou nulle est abordable.

La première étude est celle que Marc-André Gagnon a dirigée en 2010. La proposition reposait sur une étude traitant des pratiques interprovinciales et internationales au niveau de la politique pharmaceutique. L'étude a servi d'assise à une série de 11 hypothèses à l'origine de quatre scénarios produisant des estimations et des réductions des coûts des médicaments d'ordonnance, par rapport à un niveau de référence de 2008 fixé à 25,1 milliards de dollars, qui variaient de 2,7 à 10,7 milliards de dollars³⁰. Dans une mise à jour de 2014, Gagnon a estimé qu'un programme de couverture intégrale réduirait de 10 à 41 % les coûts des médicaments d'ordonnance, ce qui représenterait des économies pouvant atteindre 11,4 milliards de dollars par année en fonction des coûts de l'année de référence 2012-2013, fixés à 27,7 milliards de dollars³¹.

Steve Morgan et ses collaborateurs (2015) ont estimé qu'un régime public universel comportant de modestes quotes-parts pourrait réduire les dépenses en médicaments d'ordonnance de 7,3 milliards de dollars³². Par la suite, dans **Pharmacare 2020**, Morgan et coll. ont présenté cinq recommandations préconisant la mise en application d'un régime à payeur unique dirigé par une agence de gestion devant rendre compte au public d'ici à 2020³³.

Faire le premier pas

Au cours de son assemblée annuelle de 2015, l'AMC a adopté une résolution stratégique *qui appuie l'élaboration d'un programme national d'assurance médicaments équitable et complet*³⁴. Si l'on pense à l'expérience des 40 dernières années depuis l'adoption de la *Loi sur le financement des programmes établis* en 1977, qui a supprimé le partage des coûts moitié-moitié, il semble très peu probable que le gouvernement accepte de prendre en charge un nouveau programme ouvert dans le domaine de la santé et des services sociaux, que le coût en soit partagé ou non. Quels que soient les progrès réalisés par l'AppC, il est toutefois peu probable que nous abordions les écarts importants au niveau de l'accès à l'assurance médicaments d'ordonnance sans la participation du gouvernement fédéral. Les deux ordres de gouvernement vivent des périodes difficiles sur le plan budgétaire, car ils prévoient des déficits pendant plusieurs années. Comme on l'a déjà signalé, les propositions Kirby et Romanow relatives au rôle du financement fédéral dans l'assurance médicaments sont adaptables.

En 2015, l'AMC a chargé le Conference Board du Canada de modéliser le coût de la couverture des dépenses en médicaments d'ordonnance au-delà d'un seuil de 1500 \$ par ménage, ou 3 % du revenu brut du ménage, basé sur l'Enquête sur les dépenses des ménages 2013 de Statistique Canada. Le tableau 3 ci-dessous présente les coûts projetés au cours de la période de 2016 à 2020.

Tableau 3 – Coût supplémentaire projeté pour le gouvernement fédéral de l'amélioration proposée de l'assurance médicaments d'ordonnance selon la cohorte d'âge (millions de \$)

Cohorte d'âge	2016	2017	2018	2019	2020	Part du coût total
Moins de 35 ans	113,3	116,3	119,4	122,5	125,2	7%
35 à 44 ans	177,2	183,5	190,5	197,8	204,3	11%
45 à 54 ans	290,2	291,9	298,0	299,2	301,0	18%
55 à 64 ans	383,7	400,6	417,6	433,1	444,6	25%
65 à 74 ans	309,2	328,5	348,4	369,8	391,6	21%
75 ans et plus	303,0	315,5	329,8	345,2	360,1	20%
Tous âges	1 566,8	1 617,9	1 670,5	1 724,2	1 773,1	100%

Source : Calculs du Conference Board du Canada basés sur des données de l'Institut canadien d'information sur la santé et la prévision relative à la population établie par le Conference Board du Canada.

Pour couvrir le montant total dépassant le seuil (1500 \$ ou 3 %), il en coûterait au gouvernement fédéral 1,6 milliard de dollars en 2016³⁵.

Recommandation 1 : L'Association médicale canadienne recommande que le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes demande au directeur parlementaire du budget d'analyser en détail le fardeau financier que représente l'assurance médicaments d'ordonnance au Canada et élabore des méthodes possibles d'établissement du coût d'une contribution fédérale à un programme national d'assurance médicaments.

Recommandation 2 : L'Association médicale canadienne recommande, comme étape positive vers la couverture universelle complète des médicaments d'ordonnance, que le gouvernement fédéral établisse un programme à coût partagé de couverture des médicaments d'ordonnance.

Couverture intégrale?

La question de la quote-part surgit dans la plupart des discussions sur l'assurance médicaments. Hall a recommandé des frais d'exécution d'ordonnance de 1 \$ en 1964. En Angleterre, qui inclut les médicaments d'ordonnance dans le National Health Service (NHS), les frais d'exécution d'ordonnance en vigueur s'établissent à 8,40 £, même si le gouvernement a déjà signalé que 90 % des médicaments prescrits sont fournis gratuitement³⁶. Appleby a signalé toutefois que les NHS au Pays de Galles, en Irlande du Nord et en Écosse ont éliminé les frais d'exécution d'ordonnance³⁷. Une étude d'observation sur les honoraires des pharmaciens au Pays de Galles a révélé que l'élimination des frais d'ordonnance avait un effet global minime³⁸. Le Tableau 4 présente le volume total d'ordonnances remplies en Écosse au cours de la période de 2009 à 2015, qui chevauche l'élimination des frais d'exécution d'ordonnance le 1^{er} avril 2011. Le tableau indique que les augmentations procentuelles du volume annuel d'exécution d'ordonnances a diminué après 2012 et que l'augmentation observée en 2015 atteignait à peine 1,4 %. Il faut toutefois ajouter que les frais pris en charge par les patients ont présenté moins de 4 % des dépenses liées aux frais d'exécution d'ordonnance en Écosse en 2010³⁹. Il sera intéressant de voir les résultats d'autres études dans ces administrations.

Tableau 4 Frais d'exécution d'ordonnances en Écosse, 2009 – 2015

Année	Nombre d'ordonnances (millions)	% d'augmentation par rapport à l'année précédente
2009	88,4	3,8
2010	91,0	3,0
2011	93,8	3,1
2012	96,6	3,0
2013	98,5	1,9
2014	100,6	2,2
2015	102,0	1,4

Source : tableaux annuels – Détails sur la rémunération et le remboursement des frais liés à toutes les ordonnances en Écosse³⁹.

Autres éléments d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques

On a déjà signalé que le rapport Hall contenait 25 recommandations sur les médicaments et que l'Accord sur la santé de 2004 préconisait une stratégie nationale en neuf points sur les produits pharmaceutiques. L'AMC a insisté sur deux des points relatifs à une SNP, soit la nécessité d'agir sur le comportement des prescripteurs et celle de préconiser l'établissement d'ordonnances électroniques.

L'AMC considère le premier de ces points comme « l'établissement optimal d'ordonnances » et le définit comme la prescription d'un médicament qui est le plus approprié sur le plan clinique compte tenu de l'état du patient, est sécuritaire et efficace, est prévu à un protocole de traitement intégré et est le plus rentable disponible afin de répondre le mieux possible aux besoins du patient. À cette fin, l'AMC a défini des principes et formulé des recommandations pour promouvoir l'établissement optimal d'ordonnances, y compris le besoin d'information à jour sur le coût et la rentabilité⁴⁰.

L'AMC est d'avis que l'établissement d'ordonnances électroniques pourrait améliorer la sécurité des patients, appuyer la prise de décisions cliniques et la gestion des médicaments, et faire mieux connaître les facteurs liés aux coûts et à la rentabilité. En 2012, l'AMC et l'Association des pharmaciens du Canada ont adopté un énoncé de vision commun préconisant l'établissement d'ordonnances électroniques comme moyen de générer les ordonnances pour les Canadiens au plus tard en 2015⁴¹. Il est clair que cette échéance est passée et que nous n'avons pas encore atteint l'objectif. La situation actuelle comporte principalement des projets témoins et des « moyens de contourner le problème ». L'AMC s'est réjouie de voir le budget fédéral de 2016 affecter 50 millions de dollars à l'Inforoute santé du Canada afin d'appuyer l'avancement de l'établissement d'ordonnances électroniques et des télésoins à domicile⁴².

Enfin, l'AMC demeure très préoccupée par les pénuries courantes de médicaments d'ordonnance. Quelles que soient les mesures que le gouvernement pourrait prendre pour mettre en œuvre un programme d'assurance médicaments, elles ne doivent pas aggraver les pénuries de médicaments.

Recommandation 3 : L'Association médicale canadienne recommande que les ministres fédérale, provinciaux et territoriaux de la Santé ordonnent à leurs fonctionnaires de créer un groupe de travail sur une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques qui procédera à des consultations générales des parties prenantes

représentants les patients, les prescripteurs et les industries de l'assurance maladie et des produits pharmaceutiques et que le groupe présente ses recommandations au plus tard au printemps 2017.

Conclusion

En terminant, rares seraient ceux qui prétendraient que les médicaments d'ordonnance sont moins vitaux que les services médicaux et hospitaliers pour la santé et les soins de santé de la population canadienne. Le programme d'assurance maladie que la population canadienne chérit aujourd'hui n'existerait pas sans le leadership et la contribution financière du gouvernement fédéral. Sans ces mêmes éléments maintenant, nous n'aurons pas de programme national d'assurance médicaments.

¹ Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2013 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments. https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2014_FR.pdf. Consulté le 05/15/16.

² Commission royale d'enquête sur les services de santé, vol. I. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1964.

³ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015. Tableau D 3.1.1-D3.13.1 https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex_trends_narrative_report_2015_fr.pdf. Consulté le 05/08/16.

⁴ Statistique Canada. Tableau CANSIM 203-0022 Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, Canada, régions et provinces, selon le quintile de revenu du ménage. Consulté le 05/18/16.

⁵ Cancer Advocacy Coalition of Canada. 2014-15 Report Card on Cancer in Canada.

<http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2014/Report%20Card%20on%20Cancer%20in%20Canada%202014-2015.pdf>. Consulté le 05/08/16.

⁶ Société canadienne du cancer. http://www.colorectal-cancer.ca/IMG/pdf/cancer_drug_access_report_en.pdf. Consulté le 05/18/16.

⁷ Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Affairs* 2013;32(12):2205-15.

⁸ Himmelstein D, Woolhandler S, Sarra J, Guyatt G. Health issues and health care expenses in Canadian bankruptcies and insolvencies. *International Journal of Health Services* 2014;44(1):7-23.

⁹ Law M, Cheng L, Dhalla I, Heard D, Morgan S. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *JAMC*, 2016. 184(3):297-302.

¹⁰ Tamblyn R, Eguale T, Huang A, Winslade N, Doran P. The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care. *Ann Intern Med* 2014;160:441-50.

¹¹ Boothe K. Ideas and the pace of change: national pharmaceutical insurance in Canada, Australia and the United Kingdom. Toronto: University of Toronto Press, 2015.

¹² Forum national sur la santé. Orientations pour une politique pharmaceutique au Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/renewal-renouv/1997-nfoh-fnss-v2/index-fra.php#a7>. Consulté le 05/18/16.

¹³ Forum national sur la santé. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1998.

¹⁴ Banque du Canada. Feuille de calcul de l'inflation. <http://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/>. Consulté le 05/18/16.

¹⁵ Statistique Canada. Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires. Consulté le 05/18/16.

¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015. Tableau C.3.1. Dépenses de santé selon l'affectation des fonds, Canada, 1975 to 2015.

https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex_trends_narrative_report_2015_fr.pdf. Consulté le 05/18/16.

¹⁷ Berry C. Voluntary medical insurance and prepayment. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1965.

¹⁸ Receveur général du Canada. Comptes publics du Canada, Volume I, Exercice terminé le 31 mars 1969. Ottawa : Imprimeur de la reine pour le Canada, 1969.

¹⁹ Receveur général du Canada. Comptes publics du Canada, Volume I, Exercice terminé le 31 mars 1972. Ottawa : Information Canada, 1972.

²⁰ Bureau du Conseil privé. Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-sixième Législature du Canada. <http://www.pco-bcp.gc.ca/index.asp?lang=fra&page=information&sub=publications&doc=aarchives/sft-ddt/1997-fra.htm>. Consulté le 05/18/16.

-
- ²¹ Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. (2002). Ottawa.
- ²² Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada on the Future of Health Care in Canada. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. (2004). Ottawa.
- ²³ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. 2003 First Ministers' accord on health care renewal. http://www.scics.gc.ca/CMFiles/800039004_e1GTC-352011-6102.pdf. Consulté le 05/18/16.
- ²⁴ Council of the Federation. Premiers' action plan for better health care: resolving issues in the spirit of true federalism. Communiqué July 30, 2004. <http://canadaspremiers.ca/phocadownload/newsroom-2004/healtheng.pdf>. Consulté le 05/18/16.
- ²⁵ 4 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. A 10-year plan to strengthen health care. http://www.scics.gc.ca/CMFiles/800042005_e1JXB-342011-6611.pdf. Consulté le 05/18/16.
- ²⁶ Une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques National Pharmaceuticals Strategy progress report. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-eng.pdf. Consulté le 05/18/16.
- ²⁷ 50 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Backgrounder: national pharmaceutical strategy decision points. <http://www.scics.gc.ca/english/conferences.asp?a=viewdocument&id=112>. Consulté le 05/18/16.
- ²⁸ Canada's Premiers. The pan-Canadian Pharmaceutical Alliance: April 2016 Update. <http://www.pmprovinceterritoires.ca/en/initiatives/358-pan-canadian-pharmaceutical-alliance>. Consulté le 05/18/16.
- ²⁹ Association médicale canadienne General Council Resolution GC15-C16, August 26, 2015.
- ³⁰ Gagnon M. The economic case for universal pharmacare. 2010. https://s3.amazonaws.com/policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/09/Universal_Pharmacare.pdf. Consulté le 05/18/16.
- ³¹ Gagnon M. A roadmap to a rational pharmacare policy in Canada. Ottawa: Canadian Federation of Nurses Unions, 2014.
- ³² Morgan S, Law M, Daw J, Abraham L, Martin D. Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada. JAMC. 2015 Apr 21;187(7):491-7. doi: 10.1503/cmaj.141564.
- ³³ Morgan S, Martin D, Gagnon M, Mintzes B, Daw, J, Lexchin, J. Pharmacare 2020. The future of drug coverage in Canada. http://pharmacare2020.ca/assets/pdf/The_Future_of_Drug_Coverage_in_Canada.pdf. Consulté le 05/18/16.
- ³⁴ Association médicale canadienne Policy resolution GC15-C19, August 26, 2015.
- ³⁵ 17 Le Conference Board du Canada. Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada. <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/conference-board-rep-sept-2015-embargo-en.pdf>. Consulté le 05/18/16.
- ³⁶ Government of the United Kingdom. Written statement to Parliament NHS charges from April 2016. <https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-charges-from-april-2016>. Consulté le 05/18/16.
- ³⁷ Appleby J. Prescription charges: are they worth it? BMJ 2014;348:g3944 doi: 10.1136/bmj.g3944.
- ³⁸ Cohen D, Alam M, Dunstan F, Myles S, Hughes D, Routledge P. Abolition of prescription copayments in Wales: an observational study on dispensing rates. Value in Health 2010;13(5):675-80.
- ³⁹ ISD Scotland. Prescribing and medicines. Data tables. <http://www.isdscotland.scot.nhs.uk/Health-Topics/Prescribing-and-Medicines/Publications/data-tables.asp?Co=Y>. Consulté le 05/18/16.
- ⁴⁰ Association médicale canadienne A prescription for optimal prescribing. <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD11-01.pdf>. Consulté le 05/18/16.
- ⁴¹ Association médicale canadienne Vision for e-prescribing; a joint statement by the Canadian Medical Association and the Canadian Pharmacists Association. <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD13-02.pdf>. Consulté le 05/18/16.
- ⁴² Department of Finance Canada. Growing the middle class. <http://www.budget.gc.ca/2016/docs/plan/budget2016-en.pdf>. Consulté le 05/18/16.
-