

Mémoire de l'AMC:

LA MISE EN ŒUVRE D'UN RÉGIME NATIONAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Mémoire présenté au conseil
consultatif

(Le 2 octobre, 2018)



The Canadian Medical Association (CMA) is the national voice of Canadian physicians. Founded in 1867, the CMA's mission is to empower and care for patients and its vision is to support a vibrant profession and a healthy population.

On behalf of its more than 85,000 members and the Canadian public, the CMA performs a wide variety of functions. Key functions include advocating for health promotion and disease/injury prevention policies and strategies, advocating for access to quality health care, facilitating change within the medical profession, and providing leadership and guidance to physicians to help them influence, manage and adapt to changes in health care delivery.

The CMA is a voluntary professional organization representing the majority of Canada's physicians and comprising 12 provincial and territorial divisions and over 60 national medical organizations.

L'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse d'avoir l'occasion de présenter au Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments (le Conseil consultatif) ses commentaires sur les enjeux présentés dans son document de réflexion¹. La mise sur pied du Conseil consultatif par le gouvernement fédéral s'imposait depuis longtemps. Nous nous concentrerons sur les questions posées dans le document de réflexion et nous attirerons l'attention sur des enjeux plus précis que le Conseil consultatif devrait aborder pendant qu'il préparera son rapport définitif.

Pour commencer, les médecins du Canada sont très préoccupés par l'accès de leurs patients aux médicaments d'ordonnance. Un sondage des membres du Forum électronique de l'AMC réalisé en juin 2018 a dégagé ce qui suit :

- 71 % des répondants ont déclaré qu'ils demandent toujours ou souvent à leurs patients s'ils ont une assurance médicaments avant de rédiger une ordonnance;
- 60 % ont déclaré que plus de 20 % de leurs patients ne sont pas couverts pour les médicaments d'ordonnance ou le sont insuffisamment;
- 79 % ont déclaré que les quotes-parts posent des problèmes de capacité de payer chez des patients qui ont une assurance médicaments et qu'ils ont recours à toutes sortes de stratégies pour s'aider.

Lorsqu'on leur a demandé de choisir parmi trois options possibles pour un programme national d'assurance médicaments, les résultats sont les suivants :

- 57 % des répondants ont choisi un seul régime national d'assurance médicaments public, administré par le gouvernement fédéral et financé par les impôts perçus par celui-ci;
- 34 % ont choisi un système hybride composé d'une part de régimes d'assurance médicaments administrés par des compagnies d'assurances privées et, d'autre part, de régimes publics d'assurance médicaments, administrés par les provinces et les territoires, complétés par un régime du gouvernement fédéral pour les personnes devant acheter des médicaments aux coûts directs élevés;
- 9 % ont choisi un régime public d'assurance médicaments, propre à chaque province et territoire et financé par les impôts perçus par les deux ordres de gouvernement.

Qui devrait être couvert par l'assurance médicaments nationale? / Comment le régime d'assurance médicaments devrait-il être dispensé?

L'AMC est d'avis que tous les Canadiens devraient avoir accès aux médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin, sans égard à leur capacité de payer. Le défi consiste à trouver un moyen de trancher la question de la façon la plus rapide et abordable et d'y parvenir d'une manière acceptable pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Les discussions portent actuellement sur deux grandes options. La première est celle de l'approche recommandée par le Comité permanent de la santé (HESA), qui préconise l'établissement d'un formulaire national commun des médicaments d'ordonnance et la modification de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure les médicaments prescrits hors contexte hospitalier dans la définition des services de santé assurés. Il s'agirait essentiellement d'un programme universel à payeur public unique². La deuxième approche vise à « refermer l'écart » ou « couvrir les médicaments onéreux », stratégie recommandée auparavant par les commissions Kirby et Romanow et qui représente une des promesses faites dans l'Accord sur la santé de 2003 et non tenues par les premiers ministres.

Le coût de ces deux approches est très différent. Dans le cas de la première, le bureau du directeur parlementaire du budget (DPB) fédéral a calculé que le coût net pour le gouvernement fédéral de la prise en charge d'un programme d'assurance médicaments inspiré du formulaire pharmaceutique du Québec atteindrait 19,3 milliards de dollars en 2015-2016 et passerait à 22,6 milliards en 2020-2021³. Dans le cas

de la deuxième approche, la commission Kirby a indiqué en 2002 qu'un programme de couverture des médicaments onéreux plafonné à 3 % du revenu familial coûterait 500 millions de dollars par année⁴. Dans le cadre d'une étude réalisée en 2015, le Conference Board a estimé qu'un programme plafonné à 3 % du revenu familial ou 1 500 \$ coûterait au gouvernement fédéral 1,6 milliard de dollars en 2016 et 1,8 milliard en 2020⁵.

Il existe des parallèles entre la situation actuelle de l'assurance médicaments et la couverture des services médicaux qui existait à l'époque de la Commission royale d'enquête, aussi connue sous le nom de Commission Hall (1961-1964).

En 1961, 9,6 millions de Canadiens, soit 53 % de la population, avaient une assurance maladie ou une couverture prépayée⁶. Presque la moitié de ces Canadiens (soit 4,5 millions) étaient couverts par les régimes pancanadiens d'assurance maladie sans but lucratif (*Plans médicaux Trans-Canada*)⁷. Dans le mémoire qu'elle a présenté à la Commission royale d'enquête, en 1962, l'AMC prévoyait que ce pourcentage passerait à 67 % en 1970 et recommandait une stratégie consistant à « refermer l'écart » dans le cas des personnes non assurées et insuffisamment assurées :

Que dans le cas des 1 520 000 personnes qui pourraient être reconnues comme indigentes sur le plan médical, soit environ 8 % de la population du Canada, les recettes fiscales servent à fournir une assurance maladie complète et dans celui des personnes dont la situation économique dépasse à peine celle des indigents identifiables, nous recommandons d'appliquer les recettes fiscales à la preuve du besoin afin de pouvoir leur accorder l'aide partielle dont elles ont besoin⁸.

Après que la Commission royale d'enquête ait présenté son rapport en 1964, dans lequel elle recommandait l'assurance maladie publique intégrale, on connaît la suite, comme on le dit si bien. Plus de 50 ans après l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux* en 1966, à peu près personne ne laisserait entendre que le Canada s'est trompé.

Dans le cas de l'assurance médicaments de nos jours, les circonstances diffèrent un peu. Tout d'abord, l'assurance médicaments est beaucoup plus répandue aujourd'hui que l'assurance maladie ne l'était au début de la décennie 1960. Dans un rapport de 2017, le Conference Board calcule qu'à peine 5,2 % des Canadiens n'ont pas d'assurance pour les médicaments d'ordonnance⁹. Des estimations découlant d'autres sondages indiquent qu'environ un Canadien sur 10 signale avoir de la difficulté financière à faire remplir des ordonnances¹⁰, même si d'autres sondages ont produit des résultats plus élevés, comme celui d'Abacus Data réalisé en septembre 2018 qui a révélé que 23 % des Canadiens n'ont pas les moyens de payer les médicaments dont ils ont besoin¹¹. Ensuite, le rôle des gouvernements provinciaux et territoriaux qui paient maintenant les médicaments d'ordonnance est beaucoup plus important que celui qu'ils jouaient en payant les services médicaux avant l'avènement de l'assurance maladie. En 1961, on a calculé que toutes les ressources publiques représentaient 12,4 % des dépenses en soins médicaux¹². En 2017, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont effectué quelque 37 % des dépenses en médicaments d'ordonnance¹³.

Il est aussi révélateur de tenir compte de l'évolution, illustrée au tableau 1, de l'assurance maladie depuis les dépenses initiales effectuées en vertu de la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* en 1958-1959 jusqu'aux premiers paiements effectués en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* une décennie plus tard. Le tableau montre clairement que les paiements au titre de l'assurance maladie ont augmenté graduellement au cours des deux périodes. En pourcentage du total des dépenses de programme fédérales, celles de l'assurance maladie sont passées de 1 % en 1958-1959 à un sommet de 11 % en 1971-1972. Les dépenses fédérales au titre de l'assurance maladie n'ont jamais atteint le partage des coûts en parts égales qui avait été offert, s'établissant à 36 % en 1976-1977, un an avant l'entrée en vigueur de la *Loi sur le financement des programmes établis*, ce qui est intéressant. En passant, selon l'énoncé économique de l'automne 2017, le transfert canadien en matière de santé, qui a atteint 37,1 milliards de dollars en 2017-2018, représente 12,2 % des dépenses de programme¹⁴.

Cet historique démontre qu'il faut réfléchir à la façon dont le gouvernement fédéral pourrait appliquer

graduellement le programme recommandé par le Comité permanent de la santé compte tenu du coût, que le bureau du DPB estime à 19,3 milliards de dollars. Ce défi semble intimidant compte tenu des augmentations récentes de l'enveloppe budgétaire fédérale de la santé, ce qui équivaut aux augmentations annuelles du Transfert canadien en matière de santé d'à peine plus d'un milliard de dollars qui s'ajoutent aux 11 milliards prévus dans le budget fédéral de 2017, sur une période de 10 ans, pour des services de soins à domicile et de santé mentale¹⁵.

Personne ne conteste que pour le moment, les perspectives budgétaires sont meilleures pour le fédéral que pour les provinces et les territoires. Dans son rapport sur la viabilité financière de 2018, le DPB signale qu'au cours de la période de projection de 2018 à 2092, le gouvernement fédéral pourrait soit augmenter ses dépenses annuelles, soit réduire les impôts de 1,4 % du produit intérieur brut (PIB) (29 milliards de dollars) et maintenir son endettement net à son niveau actuel (2017)¹⁶. Le gouvernement a toutefois beaucoup d'autres priorités en matière de dépenses. Par ailleurs, les gouvernements infranationaux devraient augmenter les impôts ou réduire les dépenses de 0,8 % du PIB (soit de 18 milliards de dollars) afin de maintenir l'endettement net au niveau actuel.

L'AMC a déjà recommandé que le gouvernement fédéral applique une stratégie consistant à « refermer l'écart » en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et l'industrie de l'assurance privée. Cette approche pourrait prendre graduellement de l'ampleur pour devenir un programme national public complet d'assurance médicaments : il faudrait à cette fin abaisser le seuil de revenu du ménage, ou hausser le niveau de la contribution fédérale, ou faire les deux¹⁷. Cette possibilité n'a toutefois jamais pris sérieusement son envol. Les premiers ministres se sont peut-être engagés, dans l'Accord de 2003, à ce que *des mesures soient prises, d'ici la fin de 2005-2006, pour permettre aux Canadiens d'avoir un accès raisonnable à la couverture des médicaments onéreux*¹⁸, mais la promesse s'est échouée avec le premier et seul rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques en 2006¹⁹. Il était évident dans le rapport qu'une grande partie du financement public courant était affectée à la catégorie des médicaments onéreux, variant de 6,6 à 10,3 milliards de dollars dans les quatre scénarios présentés. La seule autre affirmation publique des gouvernements provinciaux et territoriaux au sujet d'un régime d'assurance médicaments onéreux reposait dans une proposition à trois volets présentée dans un document d'information destiné à la réunion des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé en 2008 où l'on préconisait une formule de financement qui protégerait l'autonomie des provinces et des territoires dans la conception d'un programme, établirait un plafond de 5 % du revenu et reconnaîtrait le rôle du gouvernement fédéral comme partenaire qui partagerait en parts égales un coût total estimé à 5,03 milliards de dollars (2006)²⁰. Le montant de 5,03 milliards aurait représenté 62 % des dépenses en médicaments d'ordonnance des provinces et des territoires en 2006.

Une approche basée sur les « médicaments essentiels » de l'assurance maladie universelle a été proposée récemment par Morgan et ses collaborateurs, qui se sont basés sur des données de 2015. Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), *les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires en soins de santé de la population*²¹. L'OMS tient une liste modèle de médicaments essentiels dont la version 2017 contient quelque 430 médicaments²². Suivant un processus d'examen à étapes multiples, Taglione et ses collaborateurs ont adapté la version 2013 de la liste de l'OMS et produit une liste plus courte de 125 médicaments qu'ils ont évalués en fonction des vérifications des ordonnances établies par deux équipes de santé familiale de Toronto regroupant 4 777 et 35 554 patients en 2014. Ils ont signalé que la liste préliminaire de 125 médicaments couvrait 90,8 % et 92,6 % des cas dans les deux centres respectivement²³. La liste est maintenant appelée liste CLEAN Meds [Carefully selected and Easily Accessible at No charge Medications] (<http://cleanmeds.ca/>).

Morgan et ses collaborateurs ont utilisé 117 médicaments de la liste CLEAN Meds pour décrire l'effet qu'aurait l'ajout d'une assurance publique universelle basée sur une liste de médicaments essentiels aux régimes publics d'assurance médicaments qui existent au Canada, le tout reposant sur des données de 2015. Ils ont signalé les résultats suivants du scénario de référence :

- les dépenses publiques totales augmenteraient de 1,229 milliard de dollars pour atteindre 11,99 milliards;

- les dépenses privées totales diminueraient de 4,272 milliards de dollars pour tomber à 11,172 milliards;
- les dépenses publiques en médicaments essentiels atteindraient 6,14 milliards de dollars, ce qui représentait 51 % des 12 milliards de dollars en dépenses publiques totales²⁴.

Dans le cadre d'une recherche plus poussée réalisée pour le compte du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), Morgan a étudié la liste CLEAN Meds en fonction des formulaires publics au Canada pour 2015. Il a constaté que la liste des régimes publics contenait en moyenne 93 % des 125 médicaments, pourcentage qui passait à 98 % lorsque l'on pondérait le total en fonction des coûts des régimes d'assurance médicaments²⁵. L'Institut des finances publiques et de la démocratie de l'Université d'Ottawa a procédé à une analyse semblable de 128 médicaments figurant dans la liste CLEAN Meds et la couverture variait entre les provinces, soit entre le Manitoba au bas de l'échelle (88 médicaments couverts complètement et huit exigeant une autorisation spéciale) et le Québec au sommet, qui en couvrait 121²⁶.

Ces données indiqueraient qu'une approche consisterait pour le gouvernement fédéral à offrir la couverture universelle des médicaments essentiels, ce qui coûterait au moins 6 milliards de dollars. Il y aurait des problèmes de coordination avec les régimes tant publics que privés, comme ce fut le cas lorsque l'Ontario a lancé OHIP + au début de 2018 pour étendre la couverture aux moins de 25 ans²⁷. Il serait possible d'élargir le programme par la suite en y ajoutant d'autres médicaments.

La prestation d'un programme d'assurance médicaments dépendra de l'ampleur que le gouvernement fédéral veut lui donner. Le gouvernement fédéral pourrait-il administrer un programme national d'assurance médicaments? Il contrôle déjà les leviers, y compris l'approbation des médicaments par Santé Canada et l'établissement des prix par l'intermédiaire du CEPMB, sans oublier qu'il fournit la majeure partie (70 %) du financement dont dispose l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé qui supervise le programme commun d'évaluation des médicaments²⁸. En mai 2015, le chef de la direction de la Société canadienne du sang (SCS), le D^r Graham Sher, a proposé que l'on s'inspire du modèle de la SCS pour lancer un programme national d'assurance médicaments étant donné que la Société administre un formulaire national (sauf au Québec) de médicaments liés aux protéines plasmatiques qui est gratuit pour les patients²⁹. Dans le témoignage qu'il a présenté par la suite au Comité permanent de la santé dans le cadre de son étude sur l'assurance médicaments, le D^r Sher a décrit le succès qu'a connu la SCS en négociant des réductions de prix par des appels d'offres publics et l'achat en vrac, mais il a signalé aussi que le formulaire de la SCS inclut 45 marques et catégories de produits liés aux protéines plasmatiques, ce qui est beaucoup moins que les milliers de produits contenus dans les formulaires provinciaux et territoriaux³⁰. Flood et ses collaborateurs ont laissé entendre plus récemment qu'une possibilité dans le cas du programme d'assurance médicaments pourrait mettre à contribution les gouvernements provinciaux et territoriaux qui délégueraient leur pouvoir à une agence indépendante semblable à la SCS qui achèterait des médicaments et en administrerait le remboursement³¹.

Dans le communiqué qu'ils ont publié à la suite de leur réunion de juin 2018, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont toutefois insisté sur le fait que les *provinces et les territoires doivent conserver la responsabilité pour la conception et la prestation du régime d'assurance médicaments... le Québec maintiendra son propre régime et recevra une juste compensation si le gouvernement fédéral met en place un régime pancanadien*³². Les premiers ministres ont répété cette affirmation dans le communiqué qu'ils ont publié trois semaines plus tard, ce qui indiquerait qu'une stratégie basée sur une agence nationale est vouée à l'échec. De plus, aucun représentant des régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance médicaments n'a témoigné dans le cadre de l'étude sur l'assurance médicaments menée par le Comité permanent de la santé.

Au cours de toutes les discussions sur l'assurance médicaments qui ont eu lieu depuis 2015, une question a attiré peu d'attention, soit le rôle futur de l'assurance maladie complémentaire privée. Lorsque l'assurance maladie est entrée en vigueur à la fin de la décennie 1960, les dépenses ont peut-être augmenté régulièrement, mais les inscriptions aux régimes d'assurance maladie sans but lucratif sont

disparues à peu près du jour au lendemain, tombant de 8,3 millions d'inscrits en 1968 à 1,1 million en 1970 et à aucun par la suite³³. Il semble peu probable que cela se produise dans le cas de l'assurance privée dans l'avenir prévisible. Par exemple, dans la modélisation portant sur les médicaments essentiels effectuée par Morgan et ses collaborateurs, les médicaments essentiels représenteraient à peine 27 % du total des dépenses en médicaments d'ordonnance et toutes les dépenses publiques en médicaments représenteraient 52 % du total²⁴.

Si le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux « agitaient collectivement une baguette magique » pour trouver les 19,3 milliards de dollars calculés par le bureau DBP et formulaient une stratégie d'achat et de distribution, il semble probable qu'il en découlerait des questions au sujet de la viabilité soutenue de l'industrie des services d'assurance maladie. Au cours de leur témoignage devant le Comité permanent de la santé, les représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) ont fait allusion à un effet qu'aurait sur l'industrie la création d'un régime public d'assurance médicaments, sans toutefois le préciser³⁴. Nous n'avons pu trouver de publications étrangères comparatives sur la structure de l'industrie des services d'assurance maladie. En 2017, les membres de l'ACCAP ont payé 11,3 milliards de dollars en médicaments, ce qui représentait 44 % du total des dépenses de 25,5 milliards de dollars. Les services de soins dentaires ont représenté 8,1 milliards de dollars, soit 32 % du total³⁵. Les services de soins dentaires payés par les membres de l'ACCAP ont constitué deux tiers (65 %) du total estimatif des dépenses en soins dentaires au Canada en 2017, dont 6 % seulement ont été payés par le secteur public¹³. Les iniquités socioéconomiques au niveau de l'accès aux soins dentaires sont bien documentées³⁶, mais cette question ne se retrouve nulle part dans le programme des politiques publiques.

En outre, tout virage de la couverture du privé au public exigera de la coordination sur le plan administratif. Comme on l'a signalé ci-dessus, Morgan et ses collaborateurs ont estimé qu'une approche basée sur les médicaments essentiels réduirait les dépenses privées de 4,2 milliards de dollars, montant dont l'assurance privée paierait actuellement un pourcentage important²⁴.

Quels médicaments devraient être remboursés et quel devrait être le degré de variabilité entre les provinces et les territoires?

En ce qui concerne les médicaments qu'il faudrait couvrir, l'AMC est d'avis que la prescription optimale s'entend de la prescription des médicaments qui :

- sont les plus appropriés sur le plan clinique compte tenu de l'état du patient;
- sont sécuritaires et efficaces;
- s'inscrivent dans le cadre d'un programme de traitement intégré;
- sont les plus rentables disponibles afin de répondre aux besoins du patient³⁷.

Personne ne conteste que les compagnies d'assurance privées offrent des formulaires plus vastes que les programmes publics d'assurance médicaments. Au cours de son étude de 2017, le Conference Board a compilé de l'information sur le nombre de médicaments dispensés en 2015 par les régimes tant publics que privés ensemble, les régimes publics seulement et les régimes privés seulement. Le Conference Board a présenté ces chiffres sur neuf provinces à l'exclusion de l'Î.-P.-É. Dans les neuf provinces, les chercheurs ont observé les moyennes suivantes :

- les régimes publics et privés ont dispensé 4 878 médicaments;
- les régimes publics seulement en ont dispensé 336;
- les régimes privés seulement en ont dispensé 1 938⁹.

Le sondage mené en 2018 auprès des membres du Forum électronique de l'AMC a révélé que les médecins étaient beaucoup plus susceptibles de signaler des problèmes de couverture par le formulaire chez leurs patients assurés au public que chez ceux qui étaient assurés au privé. Plus de cinq médecins sur 10 (54 %) ont signalé qu'ils avaient toujours ou souvent des problèmes de couverture par le

formulaire dans le cas de leurs patients assurés au public comparativement à un sur dix à peine (13 %) dans le cas de ceux qui sont assurés au privé.

Si le gouvernement fédéral envisage un programme national d'assurance médicaments, les Canadiens devraient être bien informés au sujet de l'éventail des médicaments d'ordonnance auxquels ils auront accès.

En ce qui concerne la variabilité de la couverture, si l'assurance médicaments ou une partie de celle-ci devient un service assuré par le secteur public, il faudrait l'offrir à tous les Canadiens dans les conditions uniformes, conformément à la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

Sur le plan pratique, Morgan et ses collaborateurs ont déjà démontré que les formulaires des programmes publics d'assurance médicaments ont beaucoup de points en commun. À la suite d'une analyse, effectuée en 2006, de 796 médicaments inscrits au formulaire de toutes les provinces sauf l'Î.-P.-É., ils ont constaté que la couverture variait de 55 % à 73 %, mais si l'on pondère ces chiffres en fonction des ventes au détail à l'échelon national, la couverture par les formulaires a dépassé 86 % dans les neuf provinces³⁸. Tout récemment, dans le cadre de l'étude de la couverture par les formulaires menée par le CEPMB en 2017, Morgan a étudié 729 médicaments dans toutes les provinces, ainsi que le Programme des services de santé non assurés en 2015. Les listes des régimes publics contenaient en moyenne 79 % des 729 médicaments, total qui passe à 95 % lorsqu'il est tenu compte des coûts des médicaments²⁵. Ces constatations appuieraient encore davantage l'argumentaire en faveur d'un programme national d'assurance médicaments basé sur les médicaments essentiels.

Les patients devraient-ils assumer une partie des coûts associés aux médicaments et les employeurs devraient-ils continuer de jouer un rôle?

Si le gouvernement fédéral a l'intention de définir les médicaments d'ordonnance hors contexte hospitalier comme service assuré en vertu de la LCS, il faudra aborder la faisabilité de la couverture intégrale compte tenu du critère de l'accessibilité qui interdit les frais d'utilisation. L'AMC a abordé cette question dans le mémoire qu'elle a présenté en 2016 au Comité permanent de la santé dans le cadre de son étude sur l'assurance maladie en mentionnant l'Écosse, qui a éliminé les frais d'exécution d'ordonnance en avril 2011³⁹. Il existe maintenant des données plus récentes. Au cours des quatre années qui ont précédé l'élimination des frais d'exécution d'ordonnance, le volume des ordonnances exécutées a augmenté de 3,6 % par année. Au cours des sept années qui ont suivi l'élimination des frais d'exécution, l'augmentation annuelle s'est établie à 1,8 %. Ils ont diminué de 0,06 % en 2016-2017 et 2017-2018⁴⁰. Il faut toutefois ajouter que les frais d'exécution représentaient 3 % seulement des coûts des ordonnances en 2008-2009. Le pays de Galles et l'Irlande du Nord ont aussi éliminé les frais d'exécution d'ordonnance pour leurs citoyens. Il faudrait étudier de plus près les expériences de ces pays.

Il s'est fait très peu de recherche sur la façon dont les employeurs réagiraient à la mise en œuvre d'un régime public complet ou partiel d'assurance médicaments. Ipsos a effectué des recherches auprès des employeurs en 2012. Un peu moins d'un répondant sur deux (47) ont indiqué qu'ils appuieraient un *programme public de services complémentaires lancé par le gouvernement fédéral et financé par une augmentation des impôts*, mais presque neuf sur dix ont reconnu que *même si le gouvernement lançait un programme, je recommanderais que notre entreprise ou organisation continue d'offrir un programme de services de santé complémentaires (en sus de ceux de l'État) parce qu'ils constitueraient pour nous un avantage au niveau du recrutement et de la fidélisation des employés*⁴¹.

Si l'on met en œuvre un programme public d'assurance médicaments, quelle qu'en soit la forme, le montant des médicaments que les compagnies d'assurance privées doivent rembourser diminuera, ce qui devrait faire baisser les primes des employeurs qui offrent des services complémentaires. Les répercussions d'une telle mise en œuvre sur le financement possible d'un programme d'assurance médicaments n'ont pas attiré beaucoup d'attention jusqu'à maintenant. Quels que soient les impôts ou les primes réservés en théorie aux services de santé qui sont perçus des entreprises ou des

particuliers, l'assurance maladie est payée par les recettes fiscales générales.

Conclusion

En terminant, l'étude de modélisation initiale publiée par Morgan et ses collaborateurs en 2015⁴² a attiré une attention bienvenue sur l'enjeu de longue date que constitue l'accès aux médicaments d'ordonnance pour les Canadiens qui ne sont pas assurés ou qui le sont insuffisamment. Les discussions sur la façon dont nous pourrions effectuer le virage vers une situation où les Canadiens peuvent avoir accès à des médicaments d'ordonnance de la même façon qu'aux services médicaux et hospitaliers ont toutefois été peu nombreuses. Il faudrait tenir à cette fin une discussion concertée entre le fédéral, les provinces, les territoires et l'industrie des services d'assurance maladie, ce qui ne s'est pas encore fait. Les discussions qui ont eu lieu depuis 2015 ont en grande partie évité la question des médicaments très onéreux contre les maladies rares et celle des médicaments très coûteux contre des maladies plus courantes comme les médicaments biologiques contre la polyarthrite rhumatoïde. L'AMC se réjouit de constater que le Comité permanent de la santé lance une étude sur les obstacles à l'accès aux traitements et aux médicaments pour les Canadiens qui ont des maladies et des troubles rares⁴³.

Recommandations

L'Association médicale canadienne recommande que le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments :

- 1. entreprenne avec le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, et l'industrie de l'assurance maladie des discussions sur la faisabilité d'un régime universel, financé par le fédéral, d'assurance médicaments « essentiels » comme façon modulable d'aborder la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments;*
- 2. échange avec les milieux d'affaires et l'industrie de l'assurance maladie au sujet de la viabilité soutenue de la prestation de services d'assurance maladie complémentaire (p. ex., soins dentaires) advenant la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments;*
- 3. étudie l'expérience à l'étranger vécue par l'Écosse et d'autres pays en ce qui a trait à la couverture intégrale des médicaments d'ordonnance.*

Tableau 1. L'évolution de l'assurance maladie (en million de \$)

Année	AHSD	Loi sur l'assurance maladie	Total des dépenses de programme	Assurance maladie en % du total des dépenses de programme	Total des dépenses en services hospitaliers	Total des dépenses en services médicaux	Assurance maladie en % du total des dépenses Antécédents médicaux et examens physiques
1958-1959	54,7	0	4716,0	1 %	640,608	301,337	6 %
1959-1960	150,6	0	4919,4	3 %	735,626	325,689	14 %
1960-1961	189,4	0	5160,5	4 %	834,932	355,014	16 %
1961-1962	283,9	0	5681,6	5 %	930,568	388,305	22 %
1962-1963	336,7	0	5652,5	6 %	1031,749	406,075	23 %
1963-1964	392,2	0	5878,7	7 %	1150,306	453,395	24 %
1964-1965	433,9	0	6167	7 %	1273,380	495,657	25 %
1965-1966	319,6	0	6623,9	5 %	1434,274	545,056	16 %
1966-1967	397,4	0	7589,2	5 %	1637,647	605,200	18 %
1967-1968	468,6	0	8497,0	6 %	1880,699	686,189	18 %
1968-1969	561,9	33	9258,0	6 %	2179,906	788,089	20 %
1969-1970	635,9	181	10204,0	8 %	2456,687	901,435	24 %
1970-1971	734,3	400,5	11262,0	10 %	2775,391	1031,555	30 %
1971-1972	844,6	576,5	12831,0	11 %	3095,367	1239,775	33 %
1972-1973	960,5	630,8	16324,0	10 %	3384,801	1375,127	33 %
1973-1974	1065,7	677,9	20247,0	9 %	3803,610	1471,971	33 %
1974-1975	1307,6	762,7	26037,0	8 %	4579,041	1647,025	33 %
1975-1976	1709,2	795,8	30023,0	8 %	5533,707	1900,483	34 %
1976-1977	2030,5	1003,6	34209,0	9 %	6357,300	2071,000	36 %

Sources :
 Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (AHSD) et Loi sur l'assurance maladie – Comptes publics du Canada 1958-1959 à 1976-1977. Dépenses de Santé nationale et Bien-être social.
 Total des dépenses de programme – Comptes publics du Canada 1958-1959 à 1976-1977. Dépenses budgétaires classées selon le secteur fonctionnel – Total des dépenses moins charges afférentes au service de la dette publique.
 Total des dépenses en services hospitaliers et médicaux – données des années civiles 1958 à 1975 dans Statistique Canada, Statistiques historiques du Canada. Série B504-513 Dépenses de santé, Canada, 1926 à 1975. 1976 – Institut canadien d'information sur la santé. Tableaux de données sur les dépenses nationales de santé. Tableau A.3.1.1

-
- ¹ Gouvernement du Canada. Juin 2018. Vers la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments - Document de réflexion. [En ligne]. Accessible ici : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/publications/council_on_pharmacare_FR.PDF (consulté le 2 octobre 2018).
- ² Chambre des communes du Canada. Avril 2018. Un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité. Rapport du comité permanent de la santé (HESA). [En ligne]. Accessible ici : <http://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP9762464/hesarp14/hesarp14-f.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³ Bureau du directeur parlementaire du budget. 28 septembre 2017. Coût d'un programme national d'assurance médicaments de régie fédérale. [En ligne]. Accessible ici : http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmacare/Pharmacare_FR_2017-11-07.pdf (consulté le 2 octobre 2018).
- ⁴ Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. La santé des Canadiens. Octobre 2002. Le rôle du gouvernement fédéral. *Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. [En ligne]. Accessible ici : <https://sencanada.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-e.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ⁵ Le Conference Board du Canada. Septembre 2015. Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/conference-board-rep-sept-2015-fr.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ⁶ Berry C. Voluntary medical insurance and prepayment. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1965.
- ⁷ Clarkson G. The role of Trans-Canada Medical plans in Canadian medical insurance. *News & Views on the Economics of Medicine*, 1966; numéro 136.
- ⁸ Association médicale canadienne. Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé; Toronto (Ont.); 1962.
- ⁹ Le Conference Board du Canada. 7 décembre 2017. Comprendre les lacunes : analyse pancanadienne des régimes d'assurance médicaments. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=9327> (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays*. Ottawa, ON : ICIS; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/commonwealth-fund-2016-chartbook-fr-web-rev.pptx> (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹¹ Abacus Data. Septembre 2018. Canadian perspectives on pharmacare. [En ligne]. Accessible ici : <http://abacusdata.ca/canadian-perspectives-on-pharmacare/> (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹² Commission royale d'enquête sur les services de santé. 1964. Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé : volume I. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1964.
- ¹³ Association canadienne d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017 : tableaux de données — série B. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/serie_b-nhex2017-fr.xlsx (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁴ Ministère des Finances du Canada. Du progrès pour la classe moyenne. Énoncé économique de l'automne 2017 [En ligne]. Accessible ici : <https://www.budget.gc.ca/fes-eea/2017/docs/statement-annonce/fes-eea-2017-fra.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁵ Ministère des Finances du Canada. Mars 2017. Budget fédéral 2017 déposé par le ministre des Finances Bill Morneau à la Chambre des communes. Bâtir une classe moyenne forte. Budget 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/budget-2017-fr.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁶ Bureau du directeur parlementaire du budget. Rapport sur la viabilité budgétaire de 2018. [En ligne]. Accessible ici : https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/FSR%20Sept%202018/FSR_September_2018_FR.pdf (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁷ Association médicale canadienne. Le financement du continuum des soins. 2010. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/PD10-02-f.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁸ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. 5 février 2003. [En ligne]. Accessible ici : http://www.scics.ca/wp-content/uploads/CMFiles/800039004_f1GTC-352011-5274.pdf (consulté le 2 octobre 2018).
- ¹⁹ Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial. Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Juin 2006. [En ligne]. Accessible ici : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf (consulté le 2 octobre 2018).
- ²⁰ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Conférence annuelle des ministres provinciaux-territoriaux de la Santé. Document d'information : Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques - document décisionnel. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.scics.ca/en/product-produit/backgrounder-national-pharmaceutical-strategy-decision-points/> (consulté le 2 octobre 2018).

-
- ²¹ Organisation mondiale de la Santé. Médicaments essentiels et produits sanitaires. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.who.int/medicines/fr/> (consulté le 2 octobre 2018).
- ²² Organisation mondiale de la Santé. Liste modèle de médicaments essentiels (LME) de l'Organisation mondiale de la Santé. 20^e édition en anglais modifiée en août 2017; 17^e édition en français modifiée en mars 2011. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/> (consulté le 2 octobre 2018).
- ²³ Taglione M, Ahmad H, Slater M, Aliarzadeh B, Glazier R, Laupacis A, Persaud N. Development of a preliminary essential medicines list for Canada. Le 19 décembre 2017.
- ²⁴ Morgan S, Li W, Yau B, Persaud N. Estimated effects of adding universal public coverage of an essential medicines list to existing public drug plans in Canada. *JAMC*, 2016.
- ²⁵ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Concordance des listes de médicaments des régimes publics au Canada – Partie 1 : Aperçu général. [En ligne]. Accessible ici : http://www.pmprb-cepmc.gc.ca/CMFiles/NPDUIS/NPDUIS_formulary_report_part_1_fr.pdf (consulté le 2 octobre 2018).
- ²⁶ L'Institut des finances publiques et de la démocratie (IFPD). National pharmacare in Canada: Choosing a path forward. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.ifsd.ca/web/default/files/Presentations/Reports/18006-%20-%20National%20Pharmacare%20in%20Canada-%20Choosing%20a%20Path%20Forward%20-%202016%20July%2020octobre%202018%20-%20Final.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ²⁷ CTV News. Ottawa dad raising red flag about OHIP+. [En ligne]. Accessible ici : <https://ottawa.ctvnews.ca/ottawa-dad-raising-red-flag-about-ohip-1.3759115> (consulté le 2 octobre 2018).
- ²⁸ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. États financiers au 31 mars 2018. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cadth.ca/sites/default/files/corporate/planning_documents/CADTH-FS-FY17-18-f.pdf (consulté le 2 octobre 2018).
- ²⁹ Sher G. Société canadienne du sang. Canadian Blood Services as a model for national pharmacare. *National Post*, 15 avril 2015 [En ligne]. Accessible ici : <https://blood.ca/en/media/graham-sher-canadian-blood-services-as-a-model-for-national-pharmacare> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³⁰ Chambre des communes du Canada. Mémoire présenté par le Comité permanent de la santé. Témoignages. Le lundi 2 mai 2016. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Evidence/EV8226056/HESA09-F.PDF> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³¹ Flood C, Thomas B, Moten A, Fafard P. Universal Pharmacare and Federalism: Policy Options for Canada— Étude en anglais avec résumé en français. [En ligne]. Accessible ici : <http://irpp.org/wp-content/uploads/2018/09/Universal-Pharmacare-and-Federalism-Policy-Options-for-Canada.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³² Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Réunion des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. Communiqué. 28 juin 2018. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.scics.ca/fr/product-produit/communiquereunion-des-ministres-provinciaux-et-territoriaux-de-la-sante/> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³³ Statistique Canada. Historical Statistics of Canada. Série 1 Estimation du nombre d'inscriptions à des régimes d'assurance maladie à but non lucratif, Canada, du 31 décembre 1937 à 1975. [En ligne]. Accessible ici en anglais : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-516-x/pdf/5500093-eng.pdf?st=W5ksoTqs> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³⁴ Chambre des communes du Canada. Mémoire présenté par le Comité permanent de la santé. Témoignages. Le lundi 9 mai 2016. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Evidence/EV8251913/HESA10-F.PDF> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³⁵ L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Faits sur les assurances de personnes au Canada. Édition 2018. [En ligne]. Accessible ici : <http://clhia.uberflip.com/i/1031531-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2018/0?> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³⁶ Farmer J, Phillips R, Singhal S, Quinonez C. Inequalities in oral health: understanding the contributions of education and income. *Canadian Journal of Public Health*, 2017; vol. 108, n° 3 : p. 3240-3245.
- ³⁷ Association médicale canadienne. Prescription pour l'établissement optimal d'ordonnances. [En ligne]. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policy/pdf/PD11-01F.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ³⁸ Morgan S, Hanley G, Raymond C, Blais R. Breadth, depth and agreement among provincial formularies in Canada. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2015; vol. 8 : p. 21-30.
- ³⁹ Association médicale canadienne. Un programme national d'assurance médicaments au Canada : comment y arriver. Mémoire présenté au Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/submissions/national-pharmacare-canada-f.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).
- ⁴⁰ ISD Scotland. Data Tables Prescribing and Medicines. Volume and cost (NHSScotland) (Financial years 2008-09-2017/18). [En ligne]. Accessible ici : <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Prescribing-and-Medicines/Publications/data-tables2017.asp?id=2204#2204> (consulté le 2 octobre 2018).
- ⁴¹ Ipsos Reid. Two in ten (18 %) Canadians have no supplementary health coverage. 7 août 2012. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/2012-08/5714.pdf> (consulté le 2 octobre 2018).

⁴² Morgan s, Law M, Daw J, Abraham L, Martin D. Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada. *JAMC*, 2016.

⁴³ Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes du Canada. Procès verbal. Réunion 100. 18 avril 2018. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/HESA/reunion-100/proces-verbal> (consulté le 2 octobre 2018).