



# Permettre l'accès universel aux médicaments sur ordonnance essentiels : Améliorer les résultats en matière de maladies du coeur et d'AVC

## CONTENU

- 2 Quelques faits
- 3 Le contexte
- 10 Les avantages d'un régime d'assurance-médicaments universel
- 11 La vision de Cœur + AVC pour un régime d'assurance-médicaments
- 12 Les options en matière de politiques
- 13 Références



---

## Quelques faits

- Le plein accès aux médicaments sur ordonnance et leur utilisation optimale peuvent raccourcir les séjours à l'hôpital et réduire la demande de services médicaux, ce qui diminuerait les coûts pour le système de soins de santé<sup>1,2</sup>.
- Environ la moitié des adultes canadiens prennent au moins un médicament sur ordonnance régulièrement, tandis que 15 % en prennent quatre ou plus<sup>3</sup>.
- Jusqu'à un tiers des aînés prennent au moins cinq médicaments sur ordonnance<sup>3</sup>.
- En 2017, les pharmacies du pays ont vendu environ 94 millions de médicaments sur ordonnance pour le traitement des maladies cardiovasculaires, une hausse de 3,2 % par rapport à l'année précédente, soit plus que toute autre catégorie de médicaments sur ordonnance<sup>4</sup>.
- Même si des innovations dans le domaine pharmaceutique ont mené à des découvertes médicales qui ont permis d'améliorer l'état de santé de bon nombre de personnes au pays, la dépendance à l'égard des médicaments s'accroît. De fait, nombreux sont ceux qui craignent que la hausse des coûts menace la viabilité de notre système<sup>5-7</sup>.

## Les coûts et les prix

- Les coûts des médicaments sur ordonnance représentent près de 16 % de toutes les dépenses en soins de santé et constituent la deuxième catégorie de dépenses en importance après les hôpitaux<sup>8</sup>. En 1975, ces coûts en représentaient moins de 10 %<sup>8</sup>.
- En 2018, les dépenses en médicaments sur ordonnance au Canada ont été estimées à 33,7 milliards de dollars, soit une augmentation de 4,2 % par rapport à l'année précédente<sup>9</sup>.
- La mosaïque de couvertures qu'on retrouve au Canada, laquelle comprend plus de 100 régimes publics et plus de 100 000 régimes privés, est l'une des plus coûteuses dans le monde, en grande partie à cause de l'absence de pouvoir d'achat pour les payeurs de l'industrie pharmaceutique<sup>10-12</sup>.
- Les Canadiens paient plus cher pour leurs médicaments que les habitants des autres pays industrialisés. Les prix internationaux des médicaments génériques sont de 30 % inférieurs aux prix canadiens<sup>13</sup>. Les mêmes tendances s'appliquent aux prix des médicaments de marque déposée, qui sont en moyenne 19 % plus élevés au Canada que dans des pays comparables (excluant la Suisse et les États-Unis)<sup>14</sup>.
- Les médicaments de marque peuvent coûter des milliers de dollars. En raison du prix élevé des médicaments, en 2014, les dépenses annuelles moyennes en médicaments ont grimpé à 955 \$ par personne<sup>12,15</sup>. Selon les prévisions, ce chiffre devait atteindre 1 074 \$ en 2018<sup>8</sup>.

- Environ 22 % (7,4 milliards de dollars) des dépenses en médicaments sur ordonnance ont été payées par les patients<sup>6</sup>. Un tiers de la population a déclaré avoir dépensé 501 \$ ou plus en médicaments sur ordonnance au cours de la dernière année, et près de la moitié a déclaré avoir dépensé 201 \$ ou plus<sup>16</sup>.
- Un peu plus de 2 % de la population canadienne a besoin de médicaments sur ordonnance, totalisant plus de 10 000 \$. Cela représente plus d'un tiers des dépenses publiques en médicaments<sup>9</sup>.

## L'accès et les inégalités

- Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) effectuée par le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national a révélé qu'environ 20 % de la population canadienne (7,5 millions de personnes) n'a pas de couverture des médicaments sur ordonnance, ou a une couverture inadéquate<sup>12</sup>.
- De nombreuses personnes au pays font aussi face à des défis pour obtenir des médicaments essentiels, quelle que soit leur couverture d'assurance<sup>17</sup>. Au Canada, plus de un ménage sur cinq déclare avoir de la difficulté à payer ses médicaments sur ordonnance sans assurance et une personne sur dix a de la difficulté à se procurer des médicaments même avec une assurance<sup>18,19</sup>.
- La plupart des régimes privés ne couvrent pas la totalité du coût des médicaments, ce qui exige des paiements de coassurance, généralement entre 11 % et 20 %<sup>20</sup>. Il est donc encore parfois difficile pour les personnes assurées de payer leurs médicaments<sup>10</sup>.
- La part globale des primes d'assurance pour les soins de santé privés (y compris celles des ordonnances) payée par les employés a augmenté rapidement, passant de 26 % en 2010 à 40 % en 2016<sup>21</sup>.
- Au pays, les problèmes d'accès sont attribuables à l'absence d'une couverture universelle et aux lacunes de la couverture, même pour les personnes assurées<sup>16</sup>. La couverture d'assurance est plus importante que le revenu : une personne à faible revenu qui a une assurance publique ou privée est moins susceptible de déclarer des obstacles à l'accès qu'une personne à revenu élevé qui n'a pas de couverture<sup>16</sup>.
- Les peuples autochtones sont confrontés à de nombreux problèmes d'accès aux médicaments sur ordonnance, ainsi qu'à un accès limité aux professionnels de la santé et à un manque de services adaptés pour cette population. Certaines personnes sont victimes de racisme lorsqu'elles utilisent les services et beaucoup d'entre elles font face à d'énormes retards ou se voient refuser l'accès aux médicaments dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA) administré par le gouvernement fédéral<sup>22</sup>.

- Les taux d'utilisation des services pharmaceutiques du Programme des SSNA par les membres des Premières Nations et les Inuits inscrits continuent de baisser en raison d'un système complexe et désuet<sup>22</sup>.
- Un rapport d'évaluation des avantages sociaux fournis par l'employeur a révélé qu'un tiers des travailleurs au pays ne reçoivent pas de tels avantages<sup>23</sup>. Parmi les employés à temps plein, 73 % ont une couverture des médicaments, contre seulement 27 % des employés à temps partiel<sup>23</sup>. Les personnes les moins susceptibles d'avoir accès à ces derniers sont les femmes, les moins de 25 ans, les personnes à faible revenu et les travailleurs à temps partiel<sup>23</sup>.
- Il y a 61 % des travailleuses qui bénéficient d'avantages sociaux de leur employeur, contre 67 % des hommes<sup>23</sup>.

## Une non-observance associée aux coûts

- En 2016, les données du Fonds du Commonwealth indiquaient que 10,2 % des adultes canadiens (âgés de 18 ans et plus) se heurtaient à des obstacles liés aux coûts d'accès (c.-à-d. sauter ou réduire des doses, omettre ou retarder un renouvellement)<sup>24</sup>. Ce taux est près de 5 fois plus élevé que celui du Royaume-Uni; le Canada se classe à l'avant-dernier rang parmi les 11 pays à revenu élevé ayant participé à l'enquête, tout juste devant les États-Unis<sup>24</sup>.
- Des experts cités dans de nombreuses études indiquent qu'environ 8,2 % à 10,2 % des Canadiens ne respectent pas les ordonnances en raison des coûts<sup>16,19,24</sup>.
- La non-observance des prescriptions (défaut de prendre les médicaments ou de suivre les instructions) a été associée à des augmentations importantes de la mortalité, des hospitalisations et des coûts<sup>25,26</sup>.
- Une analyse des données de l'ESCC a révélé qu'environ un million de Canadiens ont dû choisir entre acheter des aliments et payer le chauffage, et acheter des médicaments essentiels<sup>16</sup>.
- Une étude réalisée en 2018 a révélé qu'environ 15,8 % de la population canadienne n'avait pas pris ses médicaments sur ordonnance pour les maladies du cœur, l'hypercholestérolémie (taux élevé de cholestérol) ou l'hypertension artérielle en raison de leur coût<sup>16</sup>.
- Plus de un ménage sur cinq au pays a indiqué qu'au cours de la dernière année, un membre du ménage n'avait pas pris ses médicaments sur ordonnance en raison du coût<sup>18</sup>.
- Les femmes sont les plus susceptibles de déclarer qu'elles ne prennent pas les médicaments sur ordonnance en raison du coût<sup>16</sup>.

## Un système problématique

- Le Canada est le seul pays au monde à avoir un système de soins de santé universel qui n'offre pas de couverture universelle des médicaments sur ordonnance à l'extérieur des hôpitaux<sup>27</sup>.
- Des études estiment qu'un régime d'assurance-médicaments national permettrait d'économiser entre 4 et 9,4 milliards de dollars par année en dépenses publiques<sup>7</sup>.
- Le rapport du directeur parlementaire du budget de 2017 indique qu'un régime d'assurance-médicaments national permettrait d'économiser environ 4,2 milliards de dollars par année<sup>17</sup>.
- Une couverture des médicaments onéreux ou un programme d'assurance-médicaments basé sur le revenu personnel ont été mis en œuvre dans les provinces et les territoires afin d'apporter une aide aux personnes aux prises avec d'importantes difficultés financières. Toutefois, les critères d'admissibilité varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, et bon nombre de prestataires ont déclaré rencontrer des obstacles pour accéder aux médicaments nécessaires<sup>28</sup>.
- Même si la couverture des médicaments onéreux aide à réduire les coûts extraordinairement élevés, elle ne règle pas les problèmes d'accessibilité. Malgré des politiques de couverture des médicaments onéreux (ou l'équivalent) dans toutes les provinces, le Canada présente plus d'obstacles à l'accès que les autres pays ayant une couverture universelle et complète des médicaments (voir le tableau 1)<sup>24</sup>.
- Les indicateurs des systèmes de santé, y compris le coût des médicaments, les dépenses en médicaments, l'utilisation de l'ordonnance électronique et l'investissement dans l'innovation pour améliorer les résultats de santé, sont moins favorables au Canada que dans les pays de comparaison<sup>10,19</sup>.
- L'accès aux médicaments demeure inégal, fragmenté, et défaillant sur le plan systémique, et des millions de personnes au Canada sont laissées pour compte<sup>16</sup>.

## Le contexte

La population canadienne est fière de son système de santé de renommée mondiale et du principe d'universalité bien défini, lequel lui assure un accès aux soins de santé, peu importe la capacité à payer. Nous apprécions ce système parce qu'il représente la justice et l'équité. Malheureusement, les principes qui sous-tendent ces soins au pays ne s'appliquent pas aux médicaments essentiels en dehors du milieu hospitalier. Encore aujourd'hui, l'accès aux médicaments sur ordonnance est inégal, fragmenté, et défaillant sur le plan systémique. Des millions de personnes sont ainsi laissées pour compte et peinent à payer les médicaments dont elles ont besoin<sup>16</sup>. En

l'absence d'un régime d'assurance-médicaments national, nous n'avons pas réellement de couverture universelle en matière de soins de santé. Le régime d'assurance-médicaments est défini comme des options de politiques et de régimes qui visent à améliorer la façon dont les soins pharmaceutiques sont régis, gérés et offerts<sup>29</sup>.

Les médicaments sur ordonnance représentent un élément essentiel du traitement d'une vaste gamme de maladies cardiaques, vasculaires et cérébrales. Lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée, ils contribuent à sauver des vies, à prévenir ou à ralentir la progression des maladies et à améliorer la qualité de vie. Les médicaments sur ordonnance raccourcissent également le temps passé à l'hôpital et, dans certains cas, permettent d'éviter la visite en premier lieu<sup>1,2</sup>. Non seulement c'est une bonne chose pour les patients, mais cela se traduit aussi par une charge de travail plus facile à gérer pour les professionnels de la santé et, potentiellement, par une diminution des coûts pour les établissements et d'autres aspects de soins de santé<sup>1,2</sup>.

Reconnaissant l'importance de l'accès aux médicaments, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que tous les pays ont l'obligation d'assurer un accès équitable aux médicaments essentiels, grâce à une couverture médicale universelle<sup>30</sup>. L'accès aux médicaments fait référence à la capacité raisonnable des gens d'obtenir les médicaments dont ils ont besoin pour être en santé<sup>30</sup>. Cet accès est considéré comme faisant partie de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948). Le Canada est le seul pays développé à avoir un système de santé universel qui ne couvre pas entièrement les médicaments sur ordonnance<sup>27</sup>. En 2012, les Nations Unies ont adopté à l'unanimité une résolution recommandant aux gouvernements d'assurer l'accès universel à des soins de santé de qualité sans obstacle financier, mais de nombreux Canadiens continuent d'éprouver de telles difficultés en matière d'accès aux médicaments<sup>31</sup>.

## Les médicaments au Canada

Au pays, environ les deux tiers des médicaments disponibles sont des médicaments génériques, tandis qu'un quart sont des médicaments de marque déposée. Les médicaments génériques sont des répliques de médicaments de marque déposée dont les brevets ont expiré<sup>1</sup>. Les autres médicaments sur ordonnance sont répartis entre les produits biologiques (2 %) et les médicaments en vente libre<sup>17</sup>.

Au cours des dernières années, divers nouveaux traitements médicamenteux sur ordonnance ont été mis au point<sup>5,6</sup>. Bien que très efficaces, ils peuvent aussi être très coûteux<sup>5,6</sup>. La *Loi canadienne sur la santé* stipule que les médicaments sur ordonnance administrés en milieu hospitalier sont payés par les provinces et les territoires, mais cela ne s'applique pas aux médicaments sur ordonnance pris en dehors du milieu hospitalier<sup>32</sup>. Ces derniers sont payés soit par des assureurs

publics ou privés, soit directement par les patients<sup>32</sup>. Payer des médicaments de plus en plus chers est devenu un défi majeur pour certains patients, mais aussi pour les fournisseurs d'assurance médicale publics et privés<sup>5,6</sup>.

Des innovations dans le domaine pharmaceutique ont mené à des découvertes médicales qui ont permis d'améliorer l'état de santé de bon nombre de personnes au pays. En parallèle, elles ont également créé une dépendance à l'égard des médicaments dont l'augmentation des coûts ne sera pas viable pour le système<sup>5-7</sup>. Environ la moitié des adultes canadiens déclarent prendre au moins un médicament sur ordonnance, et environ 15 % disent en prendre quatre ou plus<sup>3</sup>. Un peu moins du tiers des personnes âgées de 65 ans et plus en prennent au moins cinq chaque jour<sup>3</sup>. Au Canada, plus de 90 % des personnes atteintes de trois maladies chroniques ou plus – y compris, mais sans s'y limiter, les maladies du cœur et l'AVC – prennent au moins un médicament sur ordonnance<sup>3</sup>. Malgré des innovations dans le domaine pharmaceutique et des nouveaux médicaments conçus pour répondre à des besoins particuliers, et en raison de la population vieillissante et des taux croissants de personnes vivant avec des maladies chroniques, les coûts liés aux médicaments sur ordonnance devraient augmenter<sup>5-7</sup>. En 2018, les dépenses nationales en médicaments sur ordonnance devaient atteindre 33,7 milliards de dollars, ce qui représente une augmentation de 4,2 % par rapport à l'année précédente<sup>9</sup>.

## Le processus d'autorisation et d'inscription des médicaments

Les gouvernements évaluent et approuvent les médicaments, en négocient les prix et évaluent le rapport coût-efficacité afin d'assurer l'innocuité, de contenir les coûts et de garder les dépenses en médicaments gérables pour la population. Ils s'efforcent d'atteindre un équilibre entre l'incitation à l'innovation et à la durabilité dans le secteur pharmaceutique, et le caractère abordable du traitement. En ce qui concerne l'autorisation de vente, la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada examine l'innocuité et l'efficacité des médicaments<sup>33</sup>. Santé Canada s'est engagé à respecter une période d'autorisation moyenne de 300 jours pour les soumissions de nouveaux médicaments<sup>34</sup>. Un examen des données sur l'autorisation des médicaments de 2017-2018 a révélé qu'en moyenne, Santé Canada a approuvé les soumissions de nouveaux médicaments en 269 jours<sup>34</sup>. À la suite du processus d'autorisation, ces derniers doivent être lancés sur le marché dans les 90 jours et peuvent être obtenus au privé<sup>35</sup>. Parmi les 20 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada se classe au deuxième rang, après le Japon, pour ce qui est du délai de mise en marché après l'autorisation<sup>35</sup>.

Avant qu'un médicament nouvellement approuvé puisse être couvert par un régime d'assurance public, il doit être assujéti

au Programme commun d'évaluation des médicaments, géré par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), qui formule des recommandations sur les médicaments qui devraient être couverts par le régime public et dans quelle mesure<sup>17</sup>. Il n'y a pas d'ensemble de normes nationales ou d'uniformité quant à ce qui est couvert ou disponible pour les gens dans les différentes régions du pays. Les provinces et les territoires décident quels médicaments seront inscrits sur leurs listes respectives<sup>17</sup>. Le gouvernement fédéral détermine quels médicaments sont inscrits à la liste fédérale pour les divers groupes de population pour lesquels il offre des prestations d'assurance-médicaments<sup>17</sup>. Certains médicaments sur ordonnance peuvent être offerts ou couverts par les régimes publics dans une partie du pays, mais pas dans d'autres, ou retirés de la liste provinciale ou territoriale, ce qui entraîne des incohérences dans la disponibilité à l'échelle nationale<sup>17</sup>.

Le délai moyen pour obtenir le remboursement public d'au moins 80 % des régimes d'assurance-médicaments publics au Canada est de 449 jours<sup>35</sup>. Cela représente 96 jours de plus que la moyenne de l'OCDE, ce qui place le Canada au 15<sup>e</sup> rang sur 20 pays pour ce qui est de ce délai<sup>35</sup>. L'ensemble du processus de mise en marché et de remboursement public des soumissions de nouveaux médicaments peut prendre plusieurs années et peut constituer un obstacle important à l'accès aux médicaments essentiels pour la population.

## Les prix et dépenses des médicaments

Le système à payeurs multiples du Canada, qui comprend plus de 100 régimes publics et plus de 100 000 régimes privés, est parmi les plus coûteux dans le monde, en grande partie parce qu'il réduit le pouvoir d'achat global<sup>10,12</sup>. Bien que les médicaments représentent une part importante des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, en 2014, le Canada a dépensé 955 \$ par habitant en médicaments, ce qui est plus que la plupart des autres pays de l'OCDE<sup>15</sup>. Cette dépense par habitant devait atteindre 1 074 \$ en 2018<sup>8</sup>. Les Canadiens paient plus cher pour leurs médicaments que les habitants des autres pays industrialisés. Les prix internationaux des médicaments génériques sont de 30 % inférieurs aux prix canadiens. Les mêmes tendances s'appliquent aux prix des médicaments de marque déposée, qui sont en moyenne 19 % plus élevés au Canada que dans des pays comparables (excluant la Suisse et les États-Unis)<sup>13,14</sup>, ce qui n'est pas viable. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, un organisme indépendant du gouvernement fédéral, fixe les prix maximaux des médicaments brevetés<sup>13,14</sup>. Dans le cas des génériques, les prix sont principalement influencés par les régimes d'assurance provinciaux et territoriaux, qui fixent les montants maximaux de remboursement selon un pourcentage du prix du médicament de marque breveté<sup>17</sup>. Les politiques particulières en vertu desquelles ces régimes fonctionnent diffèrent considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre<sup>17</sup>. Certains territoires et

certaines provinces (notamment la Colombie-Britannique) ont mis en place un système de prix de référence, ce qui signifie généralement que les médicaments sont regroupés en classes thérapeutiques et que le remboursement est offert au niveau du médicament le plus abordable (ou de référence)<sup>17</sup>. Dans ce cas, si les patients choisissent d'utiliser un autre médicament, ils devront souvent payer la différence de coûts<sup>36</sup>. Lorsque la tarification de référence a été implantée, il est courant que les régimes d'assurance privés imitent également cette pratique<sup>36</sup>. L'établissement du prix de référence a été critiqué, principalement parce qu'il ne répond pas aux besoins des patients qui ont besoin de certains médicaments d'une certaine classe thérapeutique, mais qui ne sont remboursés qu'au niveau du médicament de référence en question<sup>36</sup>. Une autorisation spéciale peut s'appliquer si un médicament n'est pas toléré, mais ce peut être un long processus<sup>36</sup>.

Par le passé, chaque payeur de médicaments sur ordonnance – qu'il s'agisse d'une compagnie d'assurance, d'une province, du gouvernement fédéral ou d'un hôpital – négociait séparément les prix avec les compagnies pharmaceutiques<sup>17</sup>. Cela signifiait qu'il y avait très peu de cohérence entre les prix et la réduction du pouvoir d'achat de chaque acheteur<sup>17</sup>. Une province plus petite avait une capacité réduite pour négocier des options d'établissement des prix<sup>17</sup>. Les hôpitaux pouvaient payer plus ou moins cher les médicaments qui figurent également sur la liste de médicaments provinciale ou territoriale en raison des achats et des négociations en vase clos<sup>17</sup>. De plus, il y a eu des politiques privées d'établissement des prix, ce qui signifie que l'information sur les coûts ne pouvait être partagée entre les acheteurs, ce qui rendait souvent les négociations moins éclairées et plus difficiles<sup>17</sup>. Heureusement, nous avons assisté à une augmentation des efforts de négociation conjoints, comme l'Alliance pancanadienne pharmaceutique dirigée par les provinces, qui comprend maintenant le gouvernement fédéral<sup>17</sup>.

Le directeur parlementaire du budget estime qu'en 2015, 28,5 milliards de dollars ont été dépensés en médicaments sur ordonnance au Canada<sup>17</sup>. Au cours de la décennie précédente, les dépenses avaient augmenté de 5,1 % par année. Une évaluation des dépenses totales en médicaments sur ordonnance au pays en 2015 a permis de constater que les gouvernements en financent 46 % et le secteur privé, 54 %<sup>17</sup>. Les paiements de ce dernier peuvent être décortiqués en assurances, qui représentent 37 % des coûts, ou en dépenses personnelles, qui en représentent 17 %<sup>6</sup>. D'après ces chiffres, il est évident que près du quart du coût total des médicaments sur ordonnance est payé par des personnes qui n'ont pas d'assurance ou dont la couverture comprend des faiblesses, comme les exclusions, les franchises ou les limites du régime<sup>17</sup>.

Certaines catégories de médicaments représentent une plus grande part des dépenses globales en médicaments sur ordonnance<sup>17</sup>. Bien que les génériques représentent les deux tiers de

tous les médicaments sur ordonnance au pays, ils correspondent à moins du tiers des dépenses totales associées à ceux-ci<sup>9</sup>. En comparaison, les médicaments de marque déposée représentent le quart de toutes les ordonnances, mais coûtent près de la moitié du coût de tous les médicaments sur ordonnance<sup>17</sup>. Les produits biologiques représentent seulement 2 % de tous les médicaments sur ordonnance, mais près de 19 % de toutes les dépenses en médicaments sur ordonnance en raison de la complexité de leur processus de fabrication<sup>17</sup>. C'est compréhensible en raison des coûts de développement, mais c'est aussi une source de préoccupation pour les gouvernements, qui tentent de contrôler les dépenses en médicaments.

## Les médicaments sur ordonnance et le système de santé

L'accès aux médicaments sur ordonnance peut être considéré comme faisant partie intégrante de tout système de santé, la plupart des ordonnances canadiennes étant prescrites par des médecins et des chirurgiens. Dans certaines provinces, d'autres professionnels de la santé, comme les pharmaciens et les infirmiers praticiens, ont obtenu le droit de diagnostiquer et de traiter une gamme limitée de problèmes de santé<sup>33</sup>, bien que le champ d'exercice puisse varier d'une province à l'autre<sup>37</sup>. Cette approche soulage le système de soins de santé en facilitant l'accès des patients aux professionnels de la santé et en réduisant les coûts globaux<sup>33</sup>. En 2014, près de 15 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus, soit environ 4,5 millions de personnes, ont indiqué qu'ils n'avaient pas de médecin de famille<sup>38</sup>. Les taux d'habitants sans médecin de famille étaient les plus élevés dans les territoires<sup>38</sup>. Parmi les gens qui ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille, la majorité a signalé des problèmes d'accessibilité comme la pénurie de médecins dans la région, le départ à la retraite ou le refus d'accepter de nouveaux patients<sup>38</sup>.

De nombreux peuples autochtones n'ont pas accès aux services médicaux de base parce que ceux-ci sont absents de plusieurs communautés. De ce fait, ils signalent des besoins de santé non satisfaits<sup>22</sup>. Lorsque des professionnels de la santé sont disponibles, les peuples autochtones indiquent souvent être victimes de racisme et obtenir des services de qualité inférieure<sup>22</sup>. Les préjugés et les stéréotypes sont présents et les problèmes de santé sont souvent négligés en raison d'hypothèses erronées<sup>39</sup>. La proportion d'Inuits qui ont consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé au cours de la dernière année est la plus faible de tous les Canadiens<sup>40</sup>. Un nombre important de peuples et de communautés autochtones ne peuvent avoir accès aux soins que lorsqu'ils sont mourants, ce qui les prive des bienfaits sur la santé d'un suivi et d'une gestion réguliers<sup>41</sup>. Les postes de soins infirmiers peuvent être la seule option en matière de soins de santé. Toutefois, nombreux sont ceux qui manquent de personnel et de ressources, et qui sont submergés par les besoins de santé des

communautés<sup>42</sup>. Le faible accès aux services de soins de santé retarde alors le traitement et la guérison<sup>42</sup>.

Les préoccupations portent également sur le cadre dans lequel les médicaments sont prescrits. Dans le système de santé actuel, la structure fragmentée et redondante « isole la gestion des médicaments de la gestion des soins de santé. D'une part, ce système [...] contribue au sous-investissement dans les mesures visant à assurer l'utilisation sûre et appropriée des médicaments. De l'autre, il ne permet pas d'assurer un partage de la responsabilité à cet égard. »<sup>10</sup> Le Canada accuse un retard par rapport à de nombreux pays en ce qui concerne la prescription électronique et le contrôle du système. Moins de un médecin sur trois, comparativement à neuf sur dix en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni, utilise de tels outils électroniques pour aider à cerner les problèmes liés aux doses ou aux interactions médicamenteuses<sup>10</sup>. Les bases de données et les systèmes de contrôle servant à évaluer les résultats sont fragmentés et non coordonnés, et l'interaction entre les gouvernements, les compagnies d'assurance privées et les détaillants en pharmacie est presque inexistante<sup>10</sup>.

## Les maladies du cœur, l'AVC et les médicaments

Les maladies du système circulatoire sont les principales causes de mortalité au Canada, avec près de 70 000 décès par an au cours des dernières années<sup>43</sup>. Les maladies du cœur sont la principale cause de mort prématurée évitable, c'est-à-dire qui peuvent être évitées par une prévention et des soins de santé opportuns appropriés<sup>44</sup>. De plus, les maladies du cœur et l'AVC sont les principaux facteurs d'incapacité et de perte de productivité<sup>45</sup>. De telles conséquences soulignent la nécessité d'améliorer le traitement et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, notamment en rehaussant l'accès aux médicaments.

En 2017, les pharmacies du pays ont vendu environ 94 millions d'ordonnances de médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires, soit 3,2 % de plus que l'année précédente et une plus grande proportion que toute autre catégorie de médicaments sur ordonnance<sup>4</sup>. Il s'agit notamment d'ordonnances courantes comme des statines, des diurétiques et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Entre 1996 et 2006, les dépenses en médicaments pour la santé cardiovasculaire ont augmenté de 200 %, dépassant les 5 milliards de dollars en 2006<sup>46</sup>. Le coût moyen pour ces ordonnances par habitant est passé de 41,85 \$ en 1996 à 47,79 \$ en 2006<sup>46</sup>. Une étude récente a révélé qu'environ 15,8 % des Canadiens n'avaient pas pris leurs médicaments sur ordonnance pour une maladie du cœur, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle en raison du coût<sup>16</sup>. Bien que l'expiration récente de brevets et des négociations collectives sur l'établissement des prix aient fait baisser certains prix,

---

les dépenses globales en médicaments au pays continuent d'augmenter<sup>5,6</sup>. Les dépenses en médicaments sur ordonnance pour les maladies du cœur et l'AVC suivent cette tendance<sup>4,5</sup>, ce qui souligne la nécessité de contrôler les coûts associés aux affections les plus courantes dans notre population.

## La couverture d'assurance

On estime qu'entre 60 % et 75 % des Canadiens sont couverts par des régimes d'assurance privés (qui sont parrainés par un employeur ou auxquels ils sont inscrits indépendamment)<sup>17</sup>. Jusqu'à 43 % d'entre eux sont admissibles à un certain type d'assurance gouvernementale<sup>17</sup>. Cependant, la plupart des régimes privés ne couvrent pas la totalité du coût des médicaments, ce qui exige des paiements de coassurance, généralement entre 11 % et 20 %<sup>20</sup>. De plus, le coût des primes d'assurance (y compris celles des ordonnances) a augmenté rapidement, passant de 26 % en 2010 à 40 % en 2016<sup>21</sup>.

La plupart des gens au pays sont protégés par une forme d'assurance médicale qui couvre la totalité ou une partie du coût des médicaments sur ordonnance. Il existe un ensemble disparate de régimes, qui comprend plus de 100 régimes publics et plus de 100 000 régimes privés, et un large éventail de régimes qui s'appliquent à différents groupes de la population. Les provinces et les territoires ont leurs propres régimes qui couvrent différents groupes de personnes et de médicaments, et le gouvernement fédéral offre une assurance-médicaments aux Autochtones, aux membres des Forces armées et de la GRC, aux détenus des établissements correctionnels et aux fonctionnaires fédéraux.

Les médicaments pour les personnes atteintes de maladies rares constituent un autre sujet de préoccupation lié aux coûts<sup>23</sup>. Étant donné la taille relativement petite de ces populations, les médicaments pour ces maladies peuvent être extrêmement coûteux.

Dans certains cas, les gens doivent déboursier des sommes importantes pour leurs médicaments. Cette situation a amené les provinces et les territoires à établir des régimes d'assurance-médicaments « onéreux » qui garantissent que les citoyens n'ont pas à payer les médicaments essentiels au-delà d'un certain pourcentage du revenu habituellement fixé à un seuil entre 3 et 5 %<sup>28</sup>. Les régimes d'assurance-médicaments onéreux ou les régimes publics d'assurance-médicaments fondés sur le revenu qui sont en place dans la plupart des provinces et territoires varient considérablement d'une région à l'autre en ce qui concerne l'admissibilité, les personnes couvertes et la portée de la couverture<sup>28</sup>. S'assurer que toutes les provinces et tous les territoires implantent des régimes d'assurance-médicaments onéreux était la recommandation minimale des divers rapports d'experts visant à améliorer l'accès aux médicaments au pays<sup>47</sup>. Toutefois, de nombreux

prestataires continuent de signaler des obstacles à l'accès aux médicaments essentiels et une difficulté à payer les coûts initiaux associés à ceux-ci<sup>28</sup>. La dépendance à l'égard des régimes d'assurance-médicaments onéreux a augmenté au fil du temps et la recherche souligne le fardeau des coûts élevés des médicaments qui pèsent sur de nombreuses personnes, ce qui devrait augmenter la pression sur ces régimes<sup>48</sup>. Une étude ontarienne a révélé que le taux d'utilisation du régime d'assurance-médicaments avait triplé sur une période de 16 ans<sup>48</sup>. Il y a eu une augmentation du nombre de prestataires de moins de 35 ans et de ceux dont la franchise était moyenne ou élevée<sup>48</sup>. Bien que la couverture des médicaments onéreux soit une mesure utile pour commencer à relever le défi de fournir l'accès aux médicaments sur ordonnance à toute la population, elle n'est pas considérée comme une solution durable pour faire face à l'augmentation du coût des médicaments ou aux obstacles systémiques à l'accès<sup>10,48</sup>.

## Non assuré ou sous-assuré

Une analyse des données de l'ESCC effectuée par le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national a révélé qu'environ 20 % de la population canadienne (7,5 millions de personnes) n'a pas de couverture des médicaments sur ordonnance, ou a une couverture inadéquate<sup>12</sup>. Lors de l'enquête, plus de un ménage sur cinq au pays a indiqué qu'au cours de la dernière année, un membre avait eu de la difficulté à payer ses médicaments sur ordonnance en raison du coût<sup>18</sup>. Parmi les Canadiens atteints de comorbidités, 14 % ont déclaré ne pas avoir d'assurance pour les médicaments essentiels<sup>18</sup>. De même, une étude menée dans l'Ouest canadien a révélé que 14,1 % des personnes de 40 ans et plus qui souffrent de troubles cardiovasculaires n'avaient pas d'assurance-médicaments en 2012<sup>49</sup>. Les personnes atteintes de comorbidités et/ou de troubles cardiovasculaires ont le plus besoin d'un meilleur accès aux médicaments sur ordonnance. Elles ont des problèmes complexes qui peuvent être traités par une médication, mais elles sont incapables de bien gérer leur état de santé.

Beaucoup de gens au pays n'ont pas d'assurance parce qu'ils sont travailleurs autonomes ou contractuels, ou encore à temps partiel<sup>23</sup>. D'ailleurs, les trois quarts des employés à temps partiel n'ont pas d'assurance pour les médicaments sur ordonnance<sup>23</sup>. Un rapport d'évaluation des avantages sociaux fournis par l'employeur a révélé que un tiers des travailleurs au pays ne profitent pas d'un programme d'avantages sociaux offert par l'employeur<sup>23</sup>. Les personnes les moins susceptibles d'avoir accès à ces avantages sont les femmes, les moins de 25 ans, les personnes à faible revenu et les travailleurs à temps partiel<sup>23</sup>. Il y a 61 % des femmes qui travaillent qui bénéficient de telles prestations de santé comparativement à 67 % des hommes<sup>23</sup>. Bien que certaines femmes profitent du régime de leur partenaire, cette solution n'est pas considérée comme

durable ou équitable, car elle place ces dernières dans une position vulnérable si la situation relationnelle ou professionnelle change (p. ex., si les prestations de santé du partenaire prennent fin)<sup>23</sup>.

Dans une étude portant sur les soins de santé cardiovasculaire dans les provinces de l'Ouest, le fait de vivre en milieu rural était associé de façon importante au fait de ne pas avoir d'assurance-médicaments. Cela pourrait être lié à une plus grande tendance chez les habitants de ces régions à travailler à leur compte ou pour de petites entreprises qui n'offrent pas d'assurance-maladie complémentaire<sup>49</sup>.

## L'accès aux médicaments chez les peuples autochtones

Le Programme des SSNA donne accès à certains services médicalement essentiels, y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre, aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus. Toutefois, moins de la moitié des Autochtones sont admissibles au programme<sup>50,51</sup>. Depuis 2013, le nombre de personnes admissibles a diminué de 7,9 %, passant de 926 044 à 853 088 en 2017.

La principale raison de cette faible utilisation est le défi que doivent relever les clients et les professionnels de la santé qui essaient d'effectuer le processus d'approbation<sup>22,51</sup>. En effet, les professionnels de la santé doivent soumettre les cas à Santé Canada pour examen et approbation préalable<sup>22,52</sup>. Les intervenants affirment que les processus du Programme des SSNA prennent beaucoup de temps et d'argent et que, souvent, le résultat final est un refus, ce qui fait qu'ils sont souvent réticents à les entamer<sup>22</sup>.

Selon l'Assemblée des Premières Nations, « le Programme des SSNA est peut-être le programme de la DGSPNI [Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits] de Santé Canada le plus critiqué sous de nombreux rapports, notamment sa couverture inadéquate, la difficulté d'y accéder en temps voulu, l'incohérence des règlements des demandes d'indemnités et la lourdeur des processus administratifs. Le fait que, d'une manière générale, les clients et les dirigeants des Premières Nations détestent le Programme des SSNA montre qu'il est nécessaire d'y apporter de profonds changements »<sup>22</sup>. On rapporte que bien que le programme vise à s'aligner sur les listes provinciales et territoriales de médicaments, on observe souvent des différences et des obstacles qui créent d'autres inégalités en matière d'accès et de résultats pour la santé chez les peuples autochtones<sup>22</sup>. De plus, les dépenses en produits pharmaceutiques ont augmenté chaque année et représentent 41 % du budget du Programme des SSNA. Il s'agit de la plus grande part des dépenses de toutes les catégories<sup>53</sup>.

L'amélioration de l'accès aux médicaments d'ordonnance et de l'observance des ordonnances chez les peuples autochtones passe notamment par une meilleure communication entre les patients autochtones et les dispensateurs de soins non autochtones<sup>54,55</sup>. Ces derniers ont également l'occasion d'améliorer leur compréhension des défis auxquels ces peuples autochtones font face à cet effet<sup>56</sup>.

## Les obstacles financiers

Les chiffres les plus récents indiquent qu'environ 22 % (7,4 milliards de dollars) des dépenses en médicaments sur ordonnance ont été payées par les patients<sup>6</sup>. En 2011, les ménages canadiens ont dépensé en moyenne 476 \$ de leur poche pour s'en procurer<sup>57</sup>. En 2010, un ménage sur cinq a consacré plus de 1 % de son revenu après impôt aux médicaments sur ordonnance et 3 % des ménages y ont consacré plus de 5 %<sup>57</sup>. Cela représente des dépenses moyennes de 539 \$ et de 3 021 \$, respectivement, pour les ménages ayant utilisé moins de 5 % et plus de 5 % de leur revenu après impôt<sup>57</sup>.

Comme 22 % des frais des médicaments sur ordonnance sont payés par les patients, les personnes à faible revenu et les habitants de certaines provinces portent un fardeau économique disproportionné en ce qui a trait aux médicaments et sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'accessibilité<sup>16,58,59</sup>. En 2009, les ménages du deuxième quintile de revenu le plus faible sont ceux ayant dépensé le plus en médicaments sur ordonnance (388 \$ en moyenne). En comparaison, les dépenses moyennes en médicaments du quintile de revenu le plus élevé n'étaient que de 268 \$. De même, le quintile de revenu le plus faible a déboursé plus pour des médicaments sur ordonnance (296 \$) que pour des soins dentaires ou des primes d'assurance.

## La non-observance en raison des coûts

La non-observance en raison des coûts est définie comme le fait de ne pas récupérer une médication prescrite sur ordonnance ou de ne pas en respecter la posologie, par exemple en sautant ou en réduisant des doses et en retardant le renouvellement en raison d'obstacles financiers<sup>16</sup>. L'analyse des données de l'ESCC a révélé qu'environ un million de personnes ont dû choisir entre se nourrir et chauffer son logis, et acheter des médicaments essentiels<sup>16</sup>. Les experts cités dans de nombreuses études indiquent qu'environ 8,2 % à 10,2 % des Canadiens ne respectent pas les ordonnances en raison des coûts<sup>16,19,24</sup>. Les données de l'Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé ont révélé que le taux de non-observance liée aux coûts chez les adultes canadiens peut atteindre 10,2 % (tableau 1). La non-observance en raison des coûts est de 2 à 5 fois pire au Canada que dans la plupart des autres pays de comparaison<sup>24</sup>.



**Tableau 1 : Prévalence de la non-observance liée aux coûts au Canada et dans des pays comparables ayant une couverture universelle des soins de santé et des médicaments**

	<b>Tous les adultes de 18 ans et plus (données de 2016)</b>	<b>Adultes de 55 ans et plus (données de 2014)</b>	<b>Adultes de 65 ans et plus (données de 2014)</b>
Australie	6,3 %	6,8 %	4,4 %
<b>Canada</b>	<b>10,2 %</b>	<b>8,3 %</b>	<b>5,3 %</b>
France	3,9 %	1,6 %	1,5 %
Allemagne	2,2 %	3,7 %	4,2 %
Pays-Bas	4,4 %	4,0 %	2,9 %
Nouvelle-Zélande	5,7 %	4,8 %	3,4 %
Norvège	3,4 %	2,4 %	1,9 %
Suède	5,7 %	2,4 %	1,5 %
Suisse	8,9 %	2,9 %	2,5 %
Royaume-Uni	2,1 %	3,1 %	2,4 %

Source : Les Enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé de 2014 et 2016 résumées par R. Lopert, E. Docteur et S. Morgan dans *Comptons les corps : Le coût humain des obstacles financiers aux médicaments prescrits* (2018)<sup>24</sup>.

Au Canada, 20 % des gens vivant dans un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$ ont déclaré ne pas avoir récupéré une ordonnance en raison des coûts, tandis que dans des ménages dont le revenu annuel est supérieur à 80 000 \$, ce taux était de 5 %<sup>19</sup>. Le taux de non-observance liée aux coûts varie aussi d'une province à l'autre<sup>16,19</sup>. De nombreuses études ont révélé que la prévalence de non-observance liée aux coûts était la plus faible au Québec<sup>16,19</sup>. Cette situation est attribuable à la police d'assurance-médicaments unique de la province, laquelle exige que tous les citoyens souscrivent une assurance pour les médicaments sur ordonnance<sup>16,19</sup>.

En 2016, le coût de la plus récente ordonnance non récupérée variait chez les gens ayant déclaré une non-observance liée aux coûts<sup>16</sup>. La moitié d'entre eux ont déclaré un coût de 51 à 200 \$ par médicament et près du tiers ont indiqué que la plus récente ordonnance qu'ils ne s'étaient pas procurée coûtait moins de 5 \$<sup>16</sup>.

Même si la non-observance liée aux coûts était plus prononcée dans les groupes à faible revenu, elle a été signalée dans tous les niveaux de revenu des ménages<sup>16</sup>. De plus, bien que cela soit plus fréquent chez les personnes sans assurance (11,3 %), même celles participant à un régime d'assurance-médicaments gouvernemental (7,1 %), un régime d'association (3,95 %) ou un régime offert par leur employeur (3,4 %) ne suivaient pas le traitement prescrit par leur médecin en raison du coût<sup>16</sup>.

Au Canada, la non-observance liée aux coûts était plus fréquente chez les femmes, les Autochtones, les personnes âgées de 18 à 44 ans, les personnes en mauvaise santé, celles à faible revenu et les non-membres d'un régime d'assurance-médicaments<sup>16</sup>.

En 2016, les Autochtones avaient 1,92 fois plus de chance de signaler une non-observance aux médicaments d'ordonnance liée aux coûts<sup>16</sup>. Les raisons de cette situation comprennent le manque de couverture, la faible utilisation du Programme des SSNA, les obstacles au sein de celui-ci comme le nombre limité de pharmacies offrant la facturation directe, ainsi que le racisme structurel envers les patients autochtones en contexte de soins primaires<sup>16,52</sup>. En raison de ce dernier facteur, les patients autochtones peuvent éviter de consulter des professionnels de la santé ou écourter leurs visites sans avoir obtenu une ordonnance<sup>60</sup>.

Des études démontrent que même de faibles coûts peuvent dissuader certaines personnes de suivre une ordonnance<sup>16,61,62</sup>. Les modèles de prestation des régimes d'assurance-médicaments et les frais d'ordonnance connexes peuvent être des obstacles à l'accès<sup>63</sup>. On rapporte que des frais aussi bas que quelques dollars par ordonnance ont empêché des personnes à faible revenu d'avoir accès à leurs médicaments<sup>62</sup>. Les modèles fondés sur le revenu et assortis de franchises ont été jugés problématiques, car ils ne favorisent pas toujours l'accès aux médicaments essentiels<sup>63</sup>. Des frais d'exécution modiques mais importants pourraient contribuer à réduire le gaspillage et la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance. Toutefois, il sera nécessaire de trouver un équilibre entre la prévention du gaspillage et l'assurance que les personnes vulnérables ne se heurtent pas à des obstacles financiers dans l'accès aux médicaments.

## Les conséquences de la non-observance

La non-observance de médicaments sur ordonnance est problématique et a été associée à une augmentation importante de la mortalité, des hospitalisations et des coûts des soins de santé<sup>25,26</sup>. On estime que la sous-utilisation des médicaments coûte au Canada jusqu'à 9 milliards de dollars par année<sup>64</sup>. Ces obstacles financiers signifient que de nombreux patients « ne ressentent souvent pas directement et immédiatement les bienfaits de traitements préventifs, tels ceux prescrits pour réduire le risque de crises cardiaques et d'[AVC (p. ex., les médicaments pour réduire la pression artérielle ou le cholestérol)]; ils choisissent souvent de cesser de les prendre lorsqu'ils doivent supporter des coûts connexes. Il en résulte des augmentations prévisibles de l'utilisation d'autres services de santé, lesquels coûtent souvent plus cher que les traitements médicamenteux »<sup>10</sup>.

Parmi les personnes qui ont déclaré une non-observance en raison des coûts, 24 % ont surutilisé les ressources du système de santé<sup>16</sup>. Cela représente près de 375 000 personnes ayant

eu recours à des services de santé (visite d'un médecin, séjour à l'hôpital ou visite à l'urgence) dont elles n'auraient pas eu besoin si elles avaient pris un médicament comme prescrit<sup>16</sup>. Selon une autre étude, 12 000 Canadiens de 40 ans et plus atteints d'une maladie cardiovasculaire ont fait un séjour d'une nuit à l'hôpital en raison d'une absence de couverture de médicaments sur ordonnance et de la non-observance qui en découle<sup>24</sup>. Par exemple, on estime que les lacunes de la couverture des médicaments sur ordonnance au pays sont responsables chaque année de 370 à 640 morts prématurées causées par une cardiopathie ischémique<sup>24</sup>.

L'accès limité aux médicaments sur ordonnance a aussi un effet néfaste sur la qualité de vie de la population. En raison des lacunes de la couverture, 70 000 personnes de 55 ans et plus voient leur santé se détériorer chaque année de façon évitable<sup>24</sup>. Une grande partie de ces coûts de soins de santé, de ces morts prématurées et de ces baisses de productivité ou de qualité de vie pourrait être évitée grâce à un régime d'assurance-médicaments national universel<sup>24</sup>.

## Les avantages d'un régime d'assurance-médicaments universel

Des études canadiennes récentes ont exploré l'incidence de divers modèles d'assurance-médicaments sur les économies de coûts et l'efficacité des systèmes en étudiant des options telles qu'une liste unique de médicaments essentiels comme couverture de base pour la population canadienne. En 2017, le directeur parlementaire du budget a modélisé un scénario dans lequel toute la population était couverte par un régime d'assurance-médicaments semblable à celui du Québec<sup>17</sup>. On a constaté que sur les quelque 28,5 milliards de dollars dépensés en médicaments en 2015 et 2016, la majorité (24,6 milliards) serait admissible à un régime national financé par l'État<sup>17</sup>. On a également estimé que les dépenses totales pour couvrir ces 24,6 milliards de dollars de médicaments dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments national équivaldrait plutôt à 20,4 milliards en raison de l'efficacité des nouveaux systèmes, ce qui représenterait une économie globale de 4,2 milliards<sup>17</sup>. Au lieu de contracter une assurance auprès de compagnies variées et de devoir dépenser de leur poche, les gens pourraient se fier au gouvernement fédéral, qui devrait alors dépenser 7,3 milliards de dollars de plus en médicaments chaque année<sup>17</sup>.

D'autres modèles prévoient qu'avec un régime d'assurance-médicaments national, plus de 2 millions de personnes actuellement incapables d'accéder aux médicaments essentiels seraient en mesure de se procurer leurs ordonnances<sup>27</sup>. Des experts estiment qu'un tel régime pourrait réduire jusqu'à 50 % des problèmes actuels d'utilisation excessive ou déficiente des médicaments, tout en améliorant les résultats pour la santé des patients et en réduisant les coûts du système de presque 5 milliards de dollars par année<sup>27</sup>.

## Une solution complète

Les employeurs dépensent environ 5 milliards de dollars de trop par année pour des régimes d'assurance, car ceux-ci ne sont pas liés à la réglementation et à la surveillance des tendances en matière d'ordonnances. Ils ne sont donc pas bien placés pour gérer les décisions des professionnels de la santé en matière de prescription et de distribution<sup>27</sup>. D'autres études estiment qu'un régime d'assurance-médicaments national permettrait d'économiser entre 4 et 9,4 milliards de dollars par année<sup>7</sup>. En comparant le système de soins de santé canadien à des systèmes semblables, on a constaté que le Royaume-Uni obtenait de meilleurs résultats globaux, notamment un meilleur accès aux médicaments, une réduction du fardeau pour les patients, un recours accru à la prescription électronique, une réduction de 45 % du coût des médicaments et 5 fois plus de recherche et développement pharmaceutique par habitant<sup>7</sup>. Il y a donc place à l'amélioration.

## Un fort soutien du public

L'opinion publique est favorable à un régime d'assurance-médicaments universel. En effet, dans un sondage réalisé en 2015, 91 % des répondants ont soutenu l'idée d'un régime permettant l'accès universel aux médicaments essentiels<sup>18</sup>. De plus, 88 % des répondants ont jugé que les médicaments devraient faire partie du régime d'assurance-maladie, et 80 % ont dit croire qu'un système à payeur unique serait plus efficace<sup>18</sup>. La voix de la population fait écho aux pressions internationales croissantes exercées par les Nations Unies et l'OMS, qui invitent tous les pays à assurer l'accès universel aux médicaments essentiels. De nombreux organismes non gouvernementaux et coalitions du secteur de la santé, comme la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé, réclament également des mesures pour améliorer l'accès aux médicaments au pays. De nombreux groupes d'intérêt public, associations de patients, associations de professionnels de la santé, groupes d'étudiants, chefs d'entreprise, universitaires, groupes syndicaux, gestionnaires du système de santé, économistes et experts en politiques de la santé ont réclaté des changements axés sur l'universalité et l'équité dans la façon dont la population a accès aux médicaments essentiels.

## Le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national

Le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national a publié son rapport final en juin 2019. Ce rapport recommandait la mise en place d'un tel régime au même titre que les soins de santé universels<sup>65</sup>. Cela exigerait que le gouvernement fédéral assume tous les coûts différentiels et qu'il crée une agence canadienne des médicaments régie en collaboration par les gouvernements

---

fédéral, provinciaux et territoriaux<sup>65</sup>. Selon les estimations du Conseil consultatif, un régime d'assurance-médicaments national entraînerait des économies annuelles de plus de 350 \$ pour une famille moyenne et de 750 \$ par employé pour les propriétaires d'entreprise<sup>65</sup>. Pour les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire, on estime que ce régime pourrait permettre d'économiser environ 780 millions de dollars par année en coûts directs de soins de santé<sup>66</sup>. Cela comprend les coûts des services d'urgence, les coûts hospitaliers et ceux attribuables à la non-observance des médicaments en raison des prix. La mise en œuvre complète d'un régime d'assurance-médicaments national (d'ici 2027) permettrait d'économiser 5 milliards de dollars par année par la suite<sup>65</sup>.

## La vision de Cœur + AVC pour un régime d'assurance-médicaments

Cœur + AVC s'engage à respecter les valeurs d'universalité et d'équité dans les soins de santé et encourage fortement leur application pour assurer l'accès universel aux médicaments. Il est grand temps que le Canada comble les sérieuses lacunes de son système de santé en fournissant à tous des soins réellement universels. La solution d'une assurance-médicaments doit être élaborée à l'échelle nationale, en tenant compte du contexte et des besoins particuliers de la population, tout en tirant des leçons du succès des régimes d'assurance-médicaments universels ailleurs dans le monde. L'élaboration d'un tel régime améliorera le taux d'observance des ordonnances, réduira le fardeau pour le système de santé, et améliorera la santé et la productivité de la population.

Cœur + AVC recommande la création et la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments équitable et universel qui permettrait d'améliorer l'accès à des médicaments rentables pour toute la population, et ce, peu importe la situation géographique, l'âge et la capacité à payer. Le régime doit comprendre une liste étoffée de médicaments admissibles pour laquelle l'État est le premier payeur. Ce modèle hybride permettrait à des payeurs privés de bonifier la liste par

l'ajout d'autres médicaments, de marque déposée ou non, n'étant pas offerts par le régime public. L'État devrait toujours être le premier payeur afin d'assurer la rentabilité en limitant le coût des médicaments, en augmentant le pouvoir d'achat et de négociation et en réduisant les coûts administratifs.

Les principes directeurs qui sous-tendent la vision de l'accès aux médicaments selon Cœur + AVC sont les suivants :

**Équité :** Tous devraient avoir un accès équitable à une gamme complète de médicaments éprouvés et fondés sur des données probantes pour répondre à leurs besoins en matière de santé, quels que soient leur identité, leur milieu de vie ou leur situation géographique.

**Rapidité d'accès :** Tous devraient pouvoir avoir accès en temps opportun aux médicaments dont ils ont besoin.

**Qualité :** Tous méritent des médicaments de haute qualité qui répondent à leurs besoins, qui respectent leurs choix personnels et qui sont administrés en temps opportun, de façon sécuritaire et efficace, selon les connaissances scientifiques les plus récentes disponibles.

**Abordabilité :** Tous devraient pouvoir se permettre de payer leurs médicaments au point de service.

**Durabilité :** Tous devraient bénéficier d'un régime d'assurance-médicaments qui assure la pérennité des systèmes de santé à l'échelle provinciale, territoriale et nationale. Des normes pancanadiennes sur une assurance-médicaments exhaustives et fondées sur des données probantes doivent être mises en place pour assurer une dotation suffisante en ressources et la rentabilité du système pour les particuliers. Elle doit être un élément durable du système de santé : continuellement examinée, évaluée et améliorée.

**Partenariats avec les patients :** Le programme national d'assurance-médicaments doit être conçu, mis en œuvre et supervisé en partenariat avec les communautés autochtones, les dispensateurs de soins, les patients, les personnes ayant une expérience vécue, y compris les aidants naturels, et les organismes de santé afin que les bons médicaments soient offerts aux patients au moment opportun et de façon rentable.

---

# Les options en matière de politiques

Pour concrétiser la vision de Cœur + AVC pour l'assurance-médicaments, de nombreux acteurs doivent se positionner comme meneurs et faire entendre leur voix afin de créer un accès durable et équitable aux médicaments sur ordonnance pour toute la population. Une série d'options stratégiques pour divers secteurs est présentée ci-dessous.

## Le gouvernement fédéral

1. Jouer un rôle de premier plan dans la création d'un régime d'assurance-médicaments national universel et équitable dans le cadre d'une stratégie visant un accès universel aux médicaments. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les peuples autochtones, les patients, les professionnels et les organismes de bienfaisance du secteur de la santé, ainsi que l'industrie pharmaceutique doivent participer au processus d'élaboration. Adopter et mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments universel et équitable dans le cadre duquel :

- tous sont couverts par l'assurance-médicaments universelle, y compris les réfugiés au sens de la Convention, quels que soient leur lieu de résidence, leur statut socio-économique, leur âge, leur origine ethnique, leur sexe ou leur genre, et ont un accès équitable et opportun aux médicaments sur ordonnance médicalement essentiels, sans contrainte financière ou attente excessives;
- l'assurance publique est le principal mode de prestation et a pour premier payeur l'État, comme pour la couverture des services hospitaliers et médicaux, mais elle permet aussi une combinaison d'assurances publiques et privées pour compléter la couverture de base;
- une base universelle d'assurance publique couvre toute la population pour une liste complète de médicaments essentiels. Les médicaments sur ordonnance sûrs et efficaces pour lesquels il existe de bonnes preuves de rentabilité devraient être couverts dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments national. Cette liste doit être plus longue que la liste des médicaments essentiels de l'OMS, laquelle convient mieux aux pays en développement;
- plusieurs régimes provinciaux et territoriaux aux normes et aux principes de base uniformes peuvent être compris. Un certain niveau de couverture de base devrait être établi pour les divers régimes d'assurance-médicaments universels financés par l'État, en permettant une certaine variabilité entre les régimes provinciaux et territoriaux;

- les provinces et les territoires offrent le régime d'assurance-médicaments dans le cadre d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'État devrait élaborer des normes sur les listes de médicaments admissibles qui seraient utilisées partout au pays et devrait également fournir des fonds aux provinces et aux territoires pour la mise en œuvre du régime national;
  - il existe un plan de partage des coûts entre les provinces et les territoires pour la mise en œuvre des normes d'assurance-médicaments;
  - les patients assument, en fonction de leurs revenus, une partie des coûts des médicaments sur ordonnance en pharmacie. Cependant, le coût ne doit pas être un obstacle pour les personnes à faible revenu. Les quotes-parts devraient être fondées sur le revenu, et des frais minimes ou absents devraient être prévus pour les personnes à faible revenu. La tarification progressive des quotes-parts en fonction du revenu et le plafonnement de celles-ci sont également des options. Les régimes d'assurance privés pourraient également servir de levier pour en couvrir le coût;
  - les clients peuvent payer de leur poche ou par l'entremise d'une assurance privée la différence de coût pour se procurer des médicaments de marque déposée ou ceux qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance public;
  - le gouvernement fédéral mise sur le pouvoir d'achat d'un régime d'assurance-médicaments national et d'une liste de médicaments pour négocier les meilleurs prix possible pour les patients et les payeurs;
  - des mesures incitatives sont maintenues pour que l'industrie pharmaceutique développe de nouveaux médicaments novateurs et bénéfiques qui améliorent les résultats pour la santé et la qualité de vie. Des programmes incitatifs pour permettre à l'industrie pharmaceutique d'effectuer la recherche et la production de ses produits au pays devraient être instaurés.
2. Se réunir avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones pour des négociations collectives afin de réduire les coûts pour le système de santé et d'accroître l'accès aux médicaments sur ordonnance essentiels, qu'un régime d'assurance-médicaments national soit établi ou non.
3. Veiller à ce que les négociations sur les médicaments assurent les meilleurs prix possible pour les patients et les payeurs, tout en continuant d'inciter l'industrie pharmaceutique à mettre au point de nouveaux médicaments novateurs et bénéfiques, indépendamment de la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national universel.

4. Revoir le processus du Programme commun d'évaluation des médicaments pour assurer qu'il est transparent, objectif et efficace; qu'il répond aux besoins des provinces et des territoires; qu'il élimine les redondances; et qu'il comprend des représentants de différents groupes, notamment des patients et des aidants ayant des antécédents et des expériences vécues variés, ainsi que des professionnels de la santé.
  5. Établir un organisme de gestion publiquement responsable qui a pour but d'intégrer et d'exploiter les données et les faits dans la prise de décisions concernant la rentabilité et l'efficacité des médicaments, la couverture, la prescription et le suivi des patients.
  6. Encourager l'uniformisation et l'élargissement (au besoin) du champ d'exercice des professionnels de la santé à l'échelle du pays afin d'utiliser les ressources de façon efficace et efficiente.
  7. Collaborer avec les communautés et les organismes autochtones pour s'efforcer d'assurer aux peuples autochtones un accès équitable aux médicaments sur ordonnance. Cela comprendrait de prendre des mesures pour éliminer les obstacles à l'accès dans le cadre du Programme des SSNA. Un régime d'assurance-médicaments universel implique que les Autochtones ont accès à la même liste de médicaments que le reste de la population. Ces communautés doivent participer à l'élaboration d'un tel programme afin que leurs besoins et leurs désirs soient pris en compte.
  8. S'assurer que le système de santé reconnaît et prend en compte la valeur des pratiques de la médecine traditionnelle autochtone ainsi que d'autres formes de médecine complémentaire et alternative culturellement sensibles.
  9. Mettre en pratique les recommandations en matière de santé de la Commission de vérité et réconciliation afin d'améliorer l'accès général aux soins et les résultats en santé des Autochtones.
- prend en compte le point de vue des patients ainsi que des aidants et des organismes de bienfaisance en santé qui les soutiennent;
  - tire parti des normes et du financement fournis par le gouvernement fédéral;
  - s'attaque aux variations régionales dans la santé de la population en offrant d'autres produits thérapeutiques (médicaments et instruments médicaux), si les ressources financières le permettent;
  - comprend la couverture des services cliniques tels que le programme MedsCheck pour aider les gens à prendre leurs médicaments en toute sécurité.
2. Veiller à ce que la population ne subisse pas de difficultés financières excessives en raison des dépenses en médicaments. Avant que le régime d'assurance-médicaments national ne soit offert, commencer par améliorer l'accès aux médicaments onéreux.
  3. Améliorer l'accès aux médicaments chez les patients des communautés rurales, éloignées, mal servies ou autochtones en accordant aux professionnels de la santé non médecins (p. ex., pharmaciens, infirmiers praticiens) le pouvoir de prescrire et de distribuer certains médicaments.
  4. Mettre en œuvre des solutions innovantes telles que la télépharmacie.
  5. Élaborer des politiques et des stratégies pour mieux intégrer les médicaments dans le système de santé, y compris l'utilisation d'ordonnances électroniques et la surveillance des systèmes.
  6. Collaborer avec les communautés et les organismes autochtones pour améliorer la prestation des soins de santé et l'accès aux médicaments pour les peuples autochtones.
  7. S'assurer que le système de santé reconnaît et prend en compte la valeur des pratiques de la médecine traditionnelle autochtone ainsi que d'autres formes de médecine complémentaire et alternative culturellement sensibles.
  8. Élaborer des programmes de sensibilisation et d'éducation du public au sujet de l'utilisation efficace et efficace des médicaments sur ordonnance.

## Les gouvernements provinciaux et territoriaux

1. Collaborer avec le gouvernement fédéral pour concevoir, adopter et mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments national universel qui :
  - veille à ce que tous aient un accès équitable à des médicaments sur ordonnance nécessaires qui sont rentables et fondés sur des données probantes, quels que soient leur capacité à payer, leur situation géographique, leur âge, leur sexe ou leur genre, ou leur origine ethnique;
  - établit un niveau de couverture minimum universel des médicaments sur ordonnance;

## Les professionnels de la santé

1. Plaider en faveur d'un régime d'assurance-médicaments national universel et équitable.
2. Demander aux patients, dans le cadre du traitement et des examens médicaux de routine, si les coûts ou les lacunes de la couverture d'assurance constituent des obstacles à se procurer leurs ordonnances. Cela permettra de prendre des décisions éclairées en matière de prescription et de fournir aux patients des renseignements sur les programmes qui pourraient les aider à payer leurs médicaments.

3. Informer les patients de la variété d'options offertes et des coûts de couverture des médicaments sur ordonnance.
4. Assurer l'utilisation appropriée des médicaments par la prescription, la distribution et la surveillance.
5. Informer les patients de l'importance de respecter les directives de leur ordonnance afin d'assurer leur sécurité et d'optimiser les bienfaits des médicaments.
6. Se tenir au courant de l'éventail de traitements offerts, y compris les médicaments génériques, et tenir compte à la fois de l'efficacité et du coût lors de la prise de décisions en matière de prescription.
7. Recommander aux patients, dans la mesure du possible, des modifications de leurs comportements et de leur mode de vie afin de réduire la dépendance à court et à long terme aux médicaments sur ordonnance. Leur fournir également des ressources, des programmes et des outils actuels pour les aider à atteindre leurs objectifs.
8. Prendre part à une collaboration interprofessionnelle.

## Les chercheurs et les bailleurs de fonds

1. Explorer et financer la recherche sur les sujets suivants :
  - les données démographiques sur l'utilisation de médicaments sur ordonnance, l'accès aux médicaments, la non-observance liée aux coûts, les obstacles et la couverture d'assurance dans différents groupes de la population. Ces groupes seraient divisés notamment selon l'âge, le lieu de résidence, le revenu, le sexe et le genre, l'appartenance à un groupe racialisé et le fait d'avoir une assurance juste, déficiente ou insuffisante;
  - l'efficacité comparative et les coûts des médicaments fréquemment prescrits, y compris les médicaments les plus efficaces au sein de certaines populations;
  - les relations entre l'accès aux médicaments sur ordonnance, les résultats en santé et les coûts globaux pour le système de santé;
  - les options en matière de politiques et de programmes visant à assurer l'accès universel et équitable le plus efficace et efficient possible aux médicaments sur ordonnance essentiels;
  - des comparaisons de la qualité et de l'efficacité des soins de santé par rapport à d'autres systèmes de santé;
  - la façon de compléter respectueusement et efficacement la médecine occidentale et l'usage pharmaceutique avec d'autres formes de médecine culturelle. Il faut reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et les utiliser dans le traitement des patients en collaboration avec les guérisseurs et les aînés de ces communautés, sur demande.

## Les entreprises pharmaceutiques et les compagnies d'assurances

1. Maintenir des pratiques éthiques en ce qui concerne la conception, la fabrication, la publicité et la vente de produits pharmaceutiques.
2. Veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé et les patients reçoivent les meilleurs renseignements impartiaux dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées en matière de traitement.
3. Collaborer avec les gouvernements pour favoriser l'innovation dans la conception de médicaments.
4. Appuyer l'élaboration de plans gouvernementaux visant à assurer un accès universel et équitable aux médicaments dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments publics.
5. Continuer d'encourager l'innovation et d'y investir pour améliorer les résultats en santé et la qualité de vie.
6. Collaborer avec le gouvernement pour bonifier la liste de médicaments admissibles par l'ajout d'autres médicaments, de marque déposée ou non, n'étant pas offerts par le régime public.

## Les employeurs

1. Offrir une assurance complète pour le coût des médicaments sur ordonnance aux employés à temps plein, à temps partiel ou à contrat, dans la mesure du possible. Sinon, leur indiquer où et comment souscrire une assurance privée.
2. Appuyer l'élaboration d'un régime d'assurance-médicaments national universel qui reconnaît le rôle important des acheteurs de régimes d'assurance-maladie qui contribuent à l'économie.
3. Aider les praticiens dans les établissements de soins de santé à travailler sur l'ensemble de leur champ d'exercice afin d'alléger le fardeau du système de santé et de fournir des soins de la plus haute qualité.

## La population

1. Se renseigner sur sa couverture d'assurance médicale pour en comprendre la protection.
2. Parler avec des professionnels de la santé pour s'assurer que les ordonnances sont les plus appropriées et les plus efficaces possible pour ses propres besoins tout en tenant compte des contraintes financières et de déterminer les ressources et les services disponibles pour l'aider à répondre à ses besoins et à ses objectifs.
3. Plaider en faveur d'un accès amélioré et équitable aux médicaments sur ordonnance pour tous et de l'élaboration d'un régime d'assurance-médicaments national universel. Visiter le [www.coeuretavc.ca](http://www.coeuretavc.ca) pour en savoir plus.

- 
4. Se renseigner sur les facteurs de risque qui peuvent être contrôlés et sur la façon de mener une vie saine.
  5. S'engager à comprendre à quoi servent les médicaments prescrits, à utiliser les médicaments sur ordonnances de façon efficace et efficiente, et à suivre la posologie.
  6. Se faire entendre. Défendre les droits des patients, y compris la propriété de ses propres dossiers médicaux et l'accès à des portails numériques.

# Références

1. Stuart B, Doshi J, Briesacher B, Wrobel M, Baysac F. Impact of prescription coverage on hospital and physician costs: a case study of medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Therapeutics*. 2004;26(10):1688-1699. doi:10.1016/j.clinthera.2004.10.012
2. Stuart B, Jalpa S, Terza J. Assessing the impact of drug use on hospital costs. *Health Services Research*. 2009;44(1):128-144. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00897.x
3. Rotermann M, Sanmartin C, Hennessy D, Arthur M. Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans [En ligne]. 2014 juin:10. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2014006/article/14032-fra.pdf?st=Z3Pu3-Ms>
4. IQVIA. Les 10 principales catégories thérapeutiques au Canada, 2017 [En ligne]. 2018. Disponible : [https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada-location-site/top10therapeuticclasses\\_fr\\_17.pdf?la=en&hash=4A6DDE3B1F477986AAD05CDB0D3150233D150EF2](https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada-location-site/top10therapeuticclasses_fr_17.pdf?la=en&hash=4A6DDE3B1F477986AAD05CDB0D3150233D150EF2).
5. Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2016 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments [En ligne]. Ottawa, Ont.; 2016:55. Disponible : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada\\_2016\\_FR\\_web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2016_FR_web.pdf)
6. Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments [En ligne]. Ottawa, Ont.; 2017:49. Disponible : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/pdex2017-report-fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/pdex2017-report-fr.pdf)
7. Morgan S, Law M, Daw J, Abraham L, Martin D. Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada. *CMAJ*. 2015;187(7):491-497.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018 [En ligne]. 2018:44. Disponible : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhcx-trends-narrative-report-2018-fr-web.pdf>
9. Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments [En ligne]. 2018:47. Disponible : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pdex-report-2018-fr-web.pdf>
10. Morgan SG, Martin D, Gagnon M-A, Mintzes B, Daw JR, Lexchin J. L'avenir de l'assurance-médicaments au Canada [En ligne]. 2015:23. Disponible : <http://pharmacare2020.ca/assets/pdf/L-avenir-de-l-assurance-medicaments-au-Canada.pdf>
11. Gouvernement du Canada. Le budget de 2019 [En ligne : modifié le 19 mars 2019; cité le 18 avril 2019]. Disponible : <https://www.budget.gc.ca/2019/docs/themes/pharmacare-assurance-medicaments-fr.html>
12. Hoskins E. Rapport provisoire du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments [En ligne]. 2019:10. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/interim-report/rapport-provisoire.pdf>
13. Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés. Médicaments génériques au Canada, 2016. Ottawa; 2018:33.
14. Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés : Rapport annuel 2017. Ottawa; 2018.
15. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014 [En ligne]. 2014:186. Disponible : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHEXTrendsReport2014\\_FRweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2014_FRweb.pdf)
16. Law MR, Cheng L, Kolhatkar A, et al. The consequences of patient charges for prescription drugs in Canada: a cross-sectional survey. *CMAJ Open*. 2018;6(1):E63-E70. doi:10.9778/cmajo.20180008
17. Bureau du directeur parlementaire du budget. Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale [En ligne]. Ottawa, Ont.; 2017:104. Disponible : [https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmacare/Pharmacare\\_FR\\_2017-11-07.pdf](https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmacare/Pharmacare_FR_2017-11-07.pdf)
18. Angus Reid Institute. Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households. *Angus Reid Institute* [En ligne]. 2015 juillet [cité le 19 mars 2019]. Disponible : <http://angusreid.org/prescription-drugs-canada/>
19. Law M, Cheng L, Dhalla I, Heard D, Morgan S. The effect of cost adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ*. 2012;184(3):297-302..
20. Telus Santé. Rapport 2018 : Les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments. 2018:46.
21. Macdonald D, Sanger T. A Prescription for Savings: Federal Revenue Options for Pharmacare and Their Distributional Impacts on Households, Businesses and Governments. Centre canadien de politiques alternatives; 2018:45.
22. Assembly of First Nations. The First Nations Health Transformation Agenda [En ligne]. 2017:137. Disponible : [https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta\\_final.pdf](https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf)
23. Barnes S, Anderson L. Low Earning, Unfilled Prescriptions: Employer-Provided Health Benefit Coverage in Canada. Toronto, Ont.: Wellesley Institute; 2015:40.
24. Lopert R, Docteur E, Morgan S. Comptons les corps : Le coût humain des obstacles financiers aux médicaments prescrits. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [En ligne]; 2018:12. Disponible : [https://fcsii.ca/wp-content/uploads//2018/04/2018.04-Body-Count-Summary\\_FR-FINAL-web.pdf](https://fcsii.ca/wp-content/uploads//2018/04/2018.04-Body-Count-Summary_FR-FINAL-web.pdf)
25. Polonsky W, Henry R. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:1299-1307. doi:10.2147/PPA.S106821
26. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(5):487-497.
27. Morgan SG, Boothe K. Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered. *Healthcare Management Forum*. 2016;29(6):247-254. doi:10.1177/0840470416658907
28. Azores K. Catastrophic drug coverage in Canada. *Healthy Dialogue*. 2013;2(1):1-9.
29. Morgan S, Gagnon M-A, Mintzes B, Lexchin J. A better prescription: Advice for a national strategy on pharmaceutical policy in Canada. *Healthcare Policy | Politiques de Santé*. 2016;12(1):18-36. doi:10.12927/hcpol.2016.24637
30. Yates R, Humphreys G, Kutzin J, Marcos L, Jeantet A. Arguing for Universal Health Coverage [En ligne]. World Health Organization; 2013:40. Disponible : [https://www.who.int/health\\_financing/UHC\\_ENvs\\_BD.PDF](https://www.who.int/health_financing/UHC_ENvs_BD.PDF).
31. Organisation des Nations Unies. Assemblée générale : soixante-septième session, point 123 de l'ordre du jour [En ligne]. 2012 décembre. Disponible : [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/67/81&Lang=F](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81&Lang=F)
32. Santé Canada. Le système des soins de santé du Canada [En ligne : modifié le 26 mai 2011; cité le 19 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
33. Pearson G, Yuksel N, Card D, et al. An Information Paper on Pharmacist Prescribing within a Health Care Facility. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy / Le Journal canadien de la pharmacie hospitalière*. 2002;55(1). Task Force on Pharmacist Prescribing; 2001:7.
34. Santé Canada. Normes de service pour l'évaluation des présentations de médicaments (produits pharmaceutiques et biologiques) aux termes du Règlement sur les aliments et drogues [En ligne] [modifié le 1<sup>er</sup> mars 2013]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/legislation-lignes-directrices/lois-reglements/normes-service-autorisations-reglementaires-demande-elevee/norme-service-evaluation-presentations-medicaments-produits-pharmaceutiques-biologiques-termes-reglement-aliments-drogues.html>
35. Milson B, Thiele S, Zhang Y, Dobson-Belaire W, Skinner B. Access to New Medicines in Public Drug Plans: Canada and Comparable Countries. Innovative Medicines Canada; 2016:36.



36. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Données : Des politiques en matière d'assurance médicaments fondées sur des prix de référence peuvent réduire les coûts sans causer de tort aux patients [En ligne]. 2005 juin [cité le 19 mars 2019]. Disponible : [https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/EvidenceBoost/boost2\\_f.pdf](https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/EvidenceBoost/boost2_f.pdf)
37. Association des pharmaciens du Canada. Champ d'exercice élargi des pharmaciens au Canada [En ligne]. Disponible : <https://www.pharmacists.ca/la-pharmacie-au-canada/champ-d-exercice-élargi-des-pharmaciens/?lang=fr>
38. Statistique Canada. Accès à un médecin régulier, 2014 [En ligne : modifié le 17 juin 2015; cité le 19 mars 2019]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2015001/article/14177-fra.htm>
39. Allan B, Smylie J. First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada [En ligne]. Toronto, Ont.: the Wellesley Institute; 2015:71. Disponible : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
40. Newbold KB. Problems in Search of Solutions: Health and Canadian Aboriginals. *Journal of Community Health*. 1998;23(1):15.
41. Reading J. Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie [En ligne]. 2009 30 mars. Disponible : <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/402/popu/rep/appendixAjun09-f.pdf>
42. Bureau du vérificateur général du Canada. Rapport 4 – L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations [En ligne : modifié le 28 avril; cité le 19 mars 2019]. Disponible : [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/parl\\_oag\\_201504\\_04\\_f\\_40350.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/parl_oag_201504_04_f_40350.html)
43. Statistique Canada. Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 to I99) [En ligne : modifié le 10 mai 2018; cité le 19 mars 2019]. Disponible : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310014701&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310014701&request_locale=fr)
44. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD) [En ligne : modifié le 29 mars 2014; cité le 19 mars 2019]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible : <http://www.healthdata.org/gbd>
45. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1151-1210. doi:10.1016/S0140-6736(17)32152-9
46. Jackevicius C, Cox J, Carreon D, et al. Long-term trends in use of and expenditures for cardiovascular medications in Canada. *CMAJ*. 2009;181(1-2):E19-E28..
47. Phillips K. La couverture des médicaments onéreux au Canada [En ligne : modifié le 4 février 2016; cité le 19 mars 2019]. Disponible : [https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr\\_CA/ResearchPublications/201610F](https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201610F)
48. Tadrous M, Greaves S, Martins D, Mamdani MM, Juurlink DN, Gomes T. Catastrophic drug coverage: utilization insights from the Ontario Trillium Drug Program. *CMAJ Open*. 2018;6(1):E132-E138. doi:10.9778/cmajo.20170132
49. Campbell D, King-Shier K, Hemmelgarn B, et al. Self-reported financial barriers to care among patients with cardiovascular-related chronic conditions. *Health Reports*. 2014;25(5):3-12..
50. Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits [En ligne : cité le 19 mars 2019]. Disponible : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm>
51. Morrison J. The time has come to fix the Non-Insured Health Benefits (NIHB) program. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. 2015;148(4):217-217. doi:10.1177/1715163515589940
52. Tang SY, Browne AJ. 'Race' matters: racialization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity & Health*. 2008;13(2):109-127. doi:10.1080/13557850701830307
53. Services aux Autochtones Canada. Programme des services de santé non assurés - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : Rapport annuel 2016-2017 [En ligne : modifié le 16 juillet 2018; cité le 8 avril 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/services-sante-non-assures/rapport-annuel-2016-2017.html>
54. Amery R. Recognising the communication gap in Indigenous health care. *Medical Journal of Australia*. 2017;207(1):13-15. doi:10.5694/mja17.00042
55. Webster P. Language barriers restricting access to health care for Indigenous populations. *CMAJ News* [En ligne : cité le 19 mars 2019]. Mai 2018. Disponible : <https://cmajnews.com/2018/05/30/language-barriers-restricting-access-to-health-care-for-indigenous-populations-cmaj-109-5613/>
56. Lambert M, Luke J, Downey B, et al. Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1). doi:10.1186/s12913-014-0614-1
57. Hennessy D, Sanmartin C, Ronksley P, et al. Out-of-pocket spending on drugs and pharmaceutical products and cost-related prescription non-adherence among Canadians with chronic disease. *Health Reports*. 2016;27(82):3-8.
58. Law MR, Daw JR, Cheng L, Morgan SG. Growth in private payments for health care by Canadian households. *Health Policy*. 2013;110(2-3):141-146. doi:10.1016/j.healthpol.2013.01.014
59. Sanmartin C, Hennessy D, Lu Y, Law MR. Tendances des frais des soins de santé non remboursés au Canada, selon le revenu du ménage, de 1997 à 2009 [En ligne : cité le 19 mars 2019]. Statistique Canada; 2014. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014004/article/11924-fra.htm>
60. Stoneman J, Taylor S. Improving access to medicines in urban, regional and rural Aboriginal communities - is expansion of Section 100 the answer? *Rural and Remote Health*. 2007;7. doi:10.22605/RRH738
61. Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP, Cantrell CR. How Patient Cost-Sharing Trends Affect Adherence and Outcomes. *P&T*. 2012;37(1):11
62. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription Drug Cost Sharing: Associations With Medication and Medical Utilization and Spending and Health. *JAMA*. 2007;298(1):61. doi:10.1001/jama.298.1.61
63. Morgan S, Daw JR, Law MR, Institut de recherche en politiques publiques. Are Income-Based Public Drug Benefit Programs Fit for an Aging Population? [En ligne : cité le 19 mars 2019] *IRPP Study*; 2014:32. Disponible : <http://www.deslibris.ca/ID/245057>
64. British Columbia Pharmacy Association. Clinical Service Proposal Medication Adherence Services [En ligne]. 2013:8. Disponible : [http://72.4.147.202/uploads/Medication\\_Adherence.pdf](http://72.4.147.202/uploads/Medication_Adherence.pdf)
65. Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Une ordonnance pour le Canada : L'assurance-médicaments pour tous [En ligne]. Ottawa, Ont.: Health Canada; 2019 juin:204. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmicare/final-report/rapport-final.pdf>
66. Tamblyn R, Bartlett SJ, Thavorn K, Weir D, Habib B. Burden and Health Care System Costs Associated with Cost-Related Non-Adherence to Medications for Selected Chronic Conditions in Canada. 2019:22.

**La vie.** Ne passez pas à côté.<sup>MC</sup>

Cet énoncé est à jour en date de juillet 2019.



<sup>MC</sup> La vie. Ne passez pas à côté., l'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.