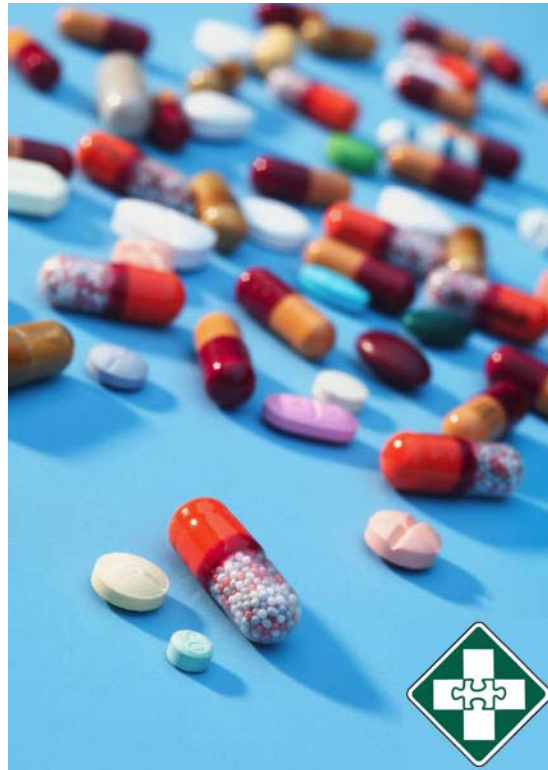


# EN OBTENIR PLUS À MEILLEUR COMPTE

## Stratégie nationale sur l'assurance-médicaments



**Coalition canadienne de la santé**  
(Révision: septembre 2007)



## **Avant-propos**

La plupart des Canadiens et Canadiennes croient que l'assurance-maladie publique devrait comprendre un programme national d'assurance-médicaments. Pendant que les gouvernements discutaient d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, des organisations représentant des millions de Canadiens et Canadiennes ont collaboré à l'établissement d'une vision d'un programme national d'assurance-médicaments. Nous sommes fiers de partager cette vision avec vous.

*Coalition canadienne de la santé  
Travailleurs canadiens de l'automobile  
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers  
Congrès du travail du Canada  
Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes  
Syndicat canadien de la fonction publique  
Syndicat des communications, de l'énergie et du papier  
Association des syndicalistes retraités du Canada  
Alliance de la Fonction publique du Canada  
Medical Reform Group  
Organisation nationale anti-pauvreté  
Le Syndicat des Métallos*

## **Remerciements**

La Coalition canadienne de la santé tient à remercier les personnes suivantes des contributions qu'elles ont apportées à la rédaction de ce document : Joel Lexchin, médecin, Linda Silas, inf. aut., Julie White, Irene Jansen, Mike Luff, Pat Kerwin, Jorge Garcia-Orgales, Teresa Healy, Geoff Bickerton, Kathleen Connors et Michael McBane.

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	4
<b>Introduction</b> .....	6
1. Économie et contrôle des prix des médicaments.....	7
2. Accès aux médicaments sur ordonnance.....	11
3. Usage approprié et inoffensif des médicaments.....	14
4. Le régime public d'assurance-médicaments est abordable.....	17
<b>Conclusion</b> .....	23
<b>Glossaire</b> .....	24
 ANNEXE A.....	26
Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques	
 ANNEXE B.....	27
Les 10 éléments de la stratégie nationale sur l'assurance-médicaments proposée	

## Résumé

Ce document propose la mise en place, au Canada, d'un régime national d'assurance-médicaments financé et administré par l'État, accessible à tous, permettant de freiner les coûts et d'assurer un usage approprié et inoffensif des médicaments. Ce régime couvrirait les médicaments essentiels de la même façon que l'assurance-maladie couvre actuellement les soins hospitaliers et médicaux.

La mosaïque actuelle des régimes publics et privés d'assurance-médicaments est inéquitable parce que l'obtention de la couverture dépend non pas du besoin mais du lieu de résidence ou de travail. De plus, le système actuel est incapable de résister à l'influence négative exercée par les compagnies pharmaceutiques sur les prix et la sécurité et n'a pas réussi à assurer un usage approprié et sans risque des médicaments. Il est impératif de mettre en place un régime public efficient, accessible et abordable qui encouragerait un usage approprié et sans risque des médicaments.

### **Coût-efficacité et contrôle du prix des médicaments**

L'escalade des prix des médicaments s'explique principalement par l'introduction et la promotion de nouveaux médicaments plus dispendieux que ceux déjà sur le marché. Or, dans la plupart des cas, ces nouveaux médicaments ne sont pas plus efficaces. Si nous voulons diminuer les coûts, les médicaments les plus récents et les plus dispendieux doivent seulement être prescrits dans les situations où ils présentent des bénéfices thérapeutiques supérieurs aux médicaments existants et qu'ils sont utilisés pour des raisons thérapeutiques attestées. Il nous faut un formulaire national des médicaments essentiels approuvé dans le cadre d'un processus tenant compte de la sécurité et de l'efficacité par rapport au coût. Nous devons revoir la législation sur les brevets afin que les médicaments génériques moins coûteux puissent être mis plus tôt sur le marché. De plus, la publicité et la promotion s'adressant directement aux consommateurs et aux médecins doivent faire l'objet de supervision.

### **Accès aux médicaments sur ordonnance**

Le coût des médicaments est un fardeau financier et un obstacle pour trop de Canadiennes et de Canadiens et tous devraient avoir accès aux médicaments nécessaires à la santé. Un régime public d'assurance-médicaments aurait pour but de fournir, à toute la population canadienne, les médicaments essentiels inscrits à un formulaire national selon une couverture au premier dollar, c'est-à-dire que tous les frais sont couverts. Les personnes âgées, les enfants, les personnes ayant un handicap et les personnes à faible revenu devraient être dispensés sur-le-champ de tout frais associé aux médicaments. Pendant une période de mise en place progressive des mécanismes d'économie de coûts, les autres membres de la population paieraient une petite partie du coût de leurs médicaments.

## **Usage approprié et inoffensif des médicaments**

Les compagnies pharmaceutiques, par l'entremise du financement et de la promotion, influencent la recherche sur les médicaments, le processus d'homologation des médicaments et le type de médicaments prescrits par les médecins. Un régime public d'assurance-médicaments doit faire place à un organisme indépendant qui homologuerait les médicaments de façon plus rigoureuse, établirait les normes de recherche et verrait à ce que les résultats de recherche soient mis à la disposition des professionnels de la santé et du public. De plus, après leur mise en marché, la sécurité des médicaments doit faire l'objet d'un suivi rigoureux. La publicité et la promotion s'adressant directement au public et aux professionnels de la santé doivent être remplacées par une information plus fiable venant d'un organisme indépendant. Grâce à l'assurance-médicaments, les médecins et les patients auraient accès à des renseignements objectifs et récents sur la façon appropriée de prescrire les médicaments et d'en faire usage.

## **Public et abordable**

Un régime public national d'assurance-médicaments permettrait d'amorcer les changements ci-dessus mentionnés. De plus, il remplacerait les régimes privés plus coûteux, réduirait les coûts administratifs, et éliminerait les profits, les frais de vente et les commissions. Grâce à ce régime à payeur unique, nous aurions un pouvoir de négociation nous permettant d'obtenir les plus bas prix et nous pourrions mettre en place des mécanismes de contrôle. Financer l'assurance-médicaments signifie une augmentation de la contribution du gouvernement fédéral aux coûts des médicaments, contribution actuellement très faible. Ce changement permettrait d'alléger le fardeau fiscal des provinces et rendrait le gouvernement fédéral responsable financièrement des décisions relatives à l'homologation des médicaments, aux brevets et à la publicité. Actuellement, les employeurs qui fournissent des régimes d'assurances à leurs employés sont les seuls à assumer le coût élevé de l'assurance-médicaments. Cette pratique devrait être remplacée par un impôt équitable s'appliquant à tous les employeurs. Un régime d'assurance-médicaments serait avantageux pour les employeurs car la responsabilité des soins de santé de leurs employés serait alors assumée par un système public équitable au sein duquel les coûts seraient contrôlés.

Tout comme l'assurance-maladie, l'assurance-médicaments serait un avantage pour tous les Canadiens, les Canadiennes et les employeurs et mettrait nos services de santé au diapason de ceux de presque tous les autres pays développés.

# Introduction

Depuis longtemps, l'assurance-médicaments est considérée étape essentielle de l'évolution de l'assurance-maladie et nous avons maintenant l'occasion de donner suite à cette vision.

En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (Annexe A). Un groupe de travail composé de personnes représentant les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux a été formé. En septembre 2006, les premiers ministres ont publié un rapport d'étape sur la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNM). Aucun progrès à signaler jusqu'à maintenant par rapport à une meilleure couverture des médicaments et il semble que, dans son ensemble, la stratégie sur les produits pharmaceutiques a atteint un point mort étant donné l'absence d'engagement financier de la part du fédéral.

Ce document présente un cadre de travail pour la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments qui répondrait aux critères suivants :

- **Efficacité par rapport au coût**
- **Accessibilité**
- **Approprié et inoffensif**
- **Public and abordable**

Le Canada et les États-Unis figurent parmi le peu de pays industrialisés n'offrant aucun régime public d'assurance-médicaments. Pour Tommy Douglas, fondateur du régime universel d'assurance-maladie, la couverture des soins hospitaliers et médicaux ne devait être que la première étape; les médicaments et les autres services devaient suivre. En 1964, le juge Emmett Hall recommande d'étendre l'assurance-maladie et d'y ajouter un régime universel d'assurance-médicaments. Le temps est venu de donner suite à cette vision et mettre le Canada au diapason des autres nations développées.

# 1. Économie et contrôle des prix des médicaments

## *Ce que nous avons*

L'augmentation des dépenses en médicaments compromet les régimes actuels d'assurance-médicaments et, si elle n'est pas freinée, cette augmentation sera une menace à la viabilité de tout système. Entre 1996 et 2006, le coût associé aux médicaments prescrits a augmenté de 77,4 pour cent.<sup>1</sup> Si l'on tient compte de l'inflation, la somme consacrée aux médicaments augmente de sept à huit pour cent à chaque année, soit trois fois le taux d'inflation.<sup>2</sup> En 2006, nous avons affecté 21 milliards \$ aux médicaments sur ordonnance.

Les médicaments se classent maintenant au deuxième rang après les hôpitaux en tant que part du total des dépenses en santé et ont surpassé les honoraires des médecins en 1997. La part du total des dépenses en santé relative aux médicaments est passée de 9,5 pour cent en 1985 à 17,0 pour cent en 2006.<sup>3</sup>

La hausse rapide des prix des médicaments tient principalement à l'incessant remplacement de médicaments existants par des médicaments nouveaux plus chers. Dans la plupart des cas, les nouveaux médicaments ne sont pas plus efficaces. Parmi les 231 médicaments renfermant de nouveaux ingrédients et lancés sur le marché canadien au cours des 10 années s'échelonnant entre 1996 et 2005 inclusivement, seulement 34 (15 pour cent) représentaient une amélioration appréciable par rapport aux médicaments existants.<sup>4</sup> Les autres sont des médicaments à homologation *Moi Aussi* qui n'ont guère plus de valeur thérapeutique que les thérapies existantes mais qui comptent pour 80% de l'augmentation des dépenses relatives aux médicaments en Colombie-Britannique.<sup>5</sup>

La publicité agressive des sociétés pharmaceutiques fait augmenter la consommation de ces médicaments *Moi Aussi*.<sup>6</sup> Outre la publicité qu'elles font directement auprès des consommateurs et consommatrices, les sociétés pharmaceutiques dépensent annuellement 30 000 \$ par médecin du Canada en échantillons, contacts par des représentants de commerce, conférences, voyages et cadeaux.<sup>7</sup> L'influence des sociétés pharmaceutiques sur la recherche, l'éducation et la pratique clinique a, elle aussi, été amplement documentée.<sup>8</sup> Tant les médecins que les patients et patientes sont influencés par l'assaut,<sup>9</sup> ce qui a pour résultat que les prix des médicaments montent en flèche sans que les résultats pour la santé ne s'améliorent nécessairement.

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a été créé en 1987 par le gouvernement Mulroney afin de donner l'impression qu'un contrôle des prix était exercé alors que le gouvernement augmentait la protection monopolistique des brevets des compagnies pharmaceutiques. Le CEPMB examine les prix de lancement des médicaments brevetés et lie la hausse des prix de ces médicaments à l'index des prix à la consommation. Or, dans le cadre de la réglementation du CEPMB, le prix des nouveaux produits peut être aussi élevé que celui des médicaments existants déjà dans la même catégorie thérapeutique même si ces nouveaux médicaments ne sont ni supérieurs ni inférieurs aux médicaments déjà sur le marché.

Même si les compagnies pharmaceutiques maintiennent élevé le prix de leurs médicaments de marque déposée, même lorsque le brevet à pris fin, elles continuent néanmoins à gonfler le prix des nouvelles versions entrant sur le marché.<sup>10</sup> L'industrie pharmaceutique cite les rapports du CEPMB et affirme que les prix des médicaments sont à la baisse. Ainsi, ces compagnies détournent l'attention du vrai problème, soit le gonflement du prix de lancement des nouveaux médicaments et le fait que ces derniers remplacent des médicaments plus vieux et moins coûteux.

La protection des brevets dont bénéficient les sociétés productrices de médicaments de marque a pour effet de gonfler le coût des médicaments. La protection conférée par brevet aux nouveaux médicaments est de 20 ans à partir du moment où la compagnie fait la demande de brevet, ce qui veut dire 10 à 13 ans après que le médicament pénètre sur le marché. Les prolongations automatiques et les batailles juridiques peuvent prolonger de plusieurs années la protection conférée par brevet et ainsi retarder davantage la mise en marché de médicaments génériques moins coûteux. Même si le pourcentage d'ordonnances de médicaments génériques continue d'augmenter, le pourcentage du coût total des médicaments de marque déposée continue aussi d'augmenter principalement en raison de la promotion acharnée faite par les compagnies de marque qui entraîne le remplacement des médicaments non brevetés existants et moins coûteux par de nouveaux médicaments brevetés et plus coûteux.<sup>11</sup>

La multiplicité et le morcellement des régimes canadiens d'assurance-médicaments entrave l'amélioration de la gestion des coûts des médicaments, y compris les décisions au sujet des médicaments couverts et la capacité de négocier des prix plus bas. Une fois que de nouveaux médicaments sont approuvés par le gouvernement fédéral, on les évalue en vue de leur inscription aux formulaires pharmaceutiques provinciaux. Le fait que les médicaments sont achetés séparément par les gouvernements provinciaux, les hôpitaux et les individus empêche les achats en vrac et compromet la négociation de prix plus bas. En Australie, les gestionnaires publics des médicaments négocient avec les fabricants des prix acceptables qui sont inférieurs d'environ 10% à ceux du Canada. La Nouvelle-Zélande a fait des économies de 50 pour cent en ayant recours aux méthodes de négociation coordonnée, dont les appels d'offres pour les produits génériques et le fait d'exiger des compagnies une réduction du prix des médicaments déjà inscrits au formulaire gouvernemental avant de pouvoir y inscrire de nouveaux médicaments.<sup>12</sup> L'établissement d'un programme national d'assurance-médicaments permettrait de réaliser des économies appréciables.<sup>13</sup>

### ***Les problèmes***

Nous payons de nombreux médicaments chers alors que des médicaments existants moins coûteux assureraient un traitement équivalent ou, dans certains cas, meilleur. De plus, nous payons de la pharmacothérapie alors que d'autres types de traitement seraient d'une efficacité égale ou supérieure.<sup>14</sup>

La flambée des prix des médicaments a imposé des contraintes aux régimes publics et privés d'assurance-médicaments. Les régimes provinciaux ont été comprimés en réaction à la hausse des prix.<sup>15</sup> Ces régimes s'appliquent le plus souvent aux personnes âgées et à faible revenu, aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes ayant des troubles

médicaux comportant des frais très élevés. Les médicaments représentent de 70% à 80% du coût des régimes professionnels d'assurance-médicaments, et les cotisations à ceux-ci augmentent de 15% par année. Les employeurs font des pressions pour réduire les coûts, et les prestations de santé sont devenues une importante pomme de discorde entre les syndicats et les employeurs.

Le morcellement des régimes d'assurance-médicaments et de la responsabilité compromet la planification efficace et responsable. Le gouvernement fédéral, par exemple, réglemente l'homologation des médicaments ainsi que les brevets et la publicité sur ceux-ci mais il ne compte que pour une infime partie des dépenses relatives aux médicaments. Il n'a donc pas de responsabilité financière à l'égard de l'effet de ses décisions.

### ***Ce dont nous avons besoin***

#### Un formulaire national des médicaments essentiels

Nous devons avoir un formulaire pharmaceutique national mettant l'accent sur les médicaments essentiels qui sont efficaces sur le plan médical et économique. Il ne comprendrait pas tous les médicaments sur lesquels portent les formulaires actuels mais il comprendrait les médicaments essentiels. Ce comité tiendrait compte des besoins spéciaux et prévoirait un mécanisme d'appel.

Certaines provinces emploient déjà différentes méthodes pour réduire les coûts. Par exemple, l'établissement du coût en fonction du produit de référence permet aux gens de ne payer que le prix le plus bas des médicaments du même type. Bien qu'il ne s'applique qu'à cinq classes de médicaments, le Reference Drug Program de la C-B a permis de réaliser des économies considérables.<sup>16</sup> Puisque le programme n'a pas été développé pour d'autres drogues l'épargne s'est maintenant en grande partie évaporée.<sup>17</sup> Une autre approche est le système de première ligne, selon lequel le médicament le moins coûteux est prescrit en premier recours et des médicaments plus coûteux ne sont prescrits que si c'est nécessaire. Ces méthodes devraient faire partie de tout système national.

#### Système public à payeur unique

Les gouvernements du Canada devraient assumer le coût des médicaments essentiels inscrits au formulaire national, ce qui instaurerait un système à payeur unique. Cela leur donnerait le pouvoir de négocier des prix plus bas à l'égard des grandes quantités de médicaments qu'ils seraient chargés de fournir.

#### Meilleure réglementation du prix des médicaments

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) doit subir une restructuration afin de le rendre plus responsable, plus transparent et plus efficace. Le CEPMB doit fixer le prix des nouveaux médicaments selon leur valeur thérapeutique. Les nouveaux médicaments n'offrant rien de plus que les médicaments existants ne devraient pas se vendre plus cher.

### Pas de publicité

Les médicaments ne sont pas un produit comme les vêtements et les voitures, et la publicité est destinée non pas à informer mais bien à encourager l'achat. Santé Canada devrait mettre en œuvre la législation qui interdit la publicité sur les médicaments s'adressant au public canadien, y compris le filtrage obligatoire des annonces radio et télévision venant des États-Unis. La publicité, les promotions et les colloques s'adressant aux médecins et aux autres fournisseurs de soins de santé doit être rigoureusement contrôlée.

### Une réforme des brevets

Il y a lieu de réviser la pratique permettant l'établissement de prix de monopole par les sociétés pharmaceutiques en leur assurant une protection des brevets. En attendant les résultats de la révision, la durée des brevets devrait être restreinte à 20 ans sans prolongation. Le gouvernement devrait écarter les amendements proposés au Règlement sur les aliments et drogues qui offrent une protection accrue des données et une prolongation des monopoles.

## 2. Accès aux médicaments sur ordonnance

### *Ce que nous avons*

Les médicaments s'obtiennent dans le cadre d'une combinaison de régimes publics et privés.

Dans les hôpitaux, les médicaments sont couverts en tant que services assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Les règles d'admissibilité, la couverture et le partage des coûts varient d'une province à l'autre. Certaines provinces financent le coût des médicaments des patients recevant des soins à domicile mais la couverture est limitée.

Du côté du privé, les régimes collectifs offerts par les employeurs, régimes souvent négociés par les syndicats, couvrent 58 pour cent des travailleurs et leur famille.<sup>18</sup> Ces travailleuses et ces travailleurs bénéficient d'un régime collectif venant habituellement de compagnies privées d'assurances. Les régimes varient selon la somme cotisée par le travailleur, le pourcentage du coût des médicaments qui est couvert, et les franchises. Le travailleur perd sa couverture s'il quitte son emploi, prend sa retraite ou est mis à pied.

De nombreux Canadiens et Canadiennes doivent payer de leur poche le plein prix des médicaments.

### *Les problèmes*

En raison de nos régimes d'assurances-médicaments morcelés et inadéquats, les citoyens et les citoyennes n'y ont pas également accès d'une province à l'autre et même au sein de la même province. Cela peut avoir un impact dévastateur sur la santé. De plus, les personnes qui n'ont pas les moyens de se payer les médicaments prescrits par leur médecin peuvent voir leur santé physique et mentale se détériorer et elles ont alors besoin de soins plus dispendieux. Cela se traduit en coûts plus élevés pour le système de soins de santé.

Les médicaments sur ordonnance représentent un lourd fardeau financier pour plusieurs Canadiens et Canadiennes. Une étude approfondie sur l'accès aux médicaments prescrits démontre que 3,4 millions de personnes au Canada n'ont pas d'assurance-médicaments ou ne sont pas suffisamment assurées. Près de un (1) million de Canadiennes et de Canadiens ne sont pas assurés. Une personne est considérée sans assurance si elle doit payer plus de 4,5 pour cent de son revenu familial brut pour les médicaments. Par exemple, en se basant sur ces chiffres, une famille dont le revenu avant impôts est de 35 000 \$ paierait plus de 1 575 \$ pour les médicaments. Selon l'étude, 2,4 millions de personnes au Canada (huit pour cent) ne sont pas suffisamment assurées. Une personne entre dans cette catégorie si elle consacre 2,5 à 4,5 pour cent de son revenu familial brut à l'achat de médicaments.<sup>19</sup> Les obstacles financiers à l'achat de médicaments prescrits sont accrus car les séjours à l'hôpital sont écourtés et les services de soins de santé sont alors confiés à la collectivité, aux établissements de soins prolongés et, en dernier ressort, aux individus.

L'absence de régime d'assurance-médicaments dans de nombreux emplois à bas salaire, à temps partiel ou temporaires constitue un obstacle majeur pour les bénéficiaires d'aide sociale qui veulent se trouver du travail rémunéré car s'ils se trouvent un emploi, ils perdent alors leur assurance-médicaments.

Les régimes provinciaux prévoient différents degrés de couverture et un mélange complexe de règles, de franchises et de participations aux coûts.<sup>20</sup> La couverture est particulièrement restreinte dans les provinces de l'Atlantique. Prenons, par exemple, le cas d'un couple de plus de 65 ans ayant un revenu de 35 000 \$ qui a besoin de 1 000 \$ de médicaments par année. Ce couple paierait tous ses frais au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve, les deux tiers de ses frais au Québec, le tiers de ses frais en Ontario ou en C-B et rien au Yukon ou dans les Territoires du Nord-Ouest.<sup>21</sup>

Les personnes les plus susceptibles d'avoir une assurance insuffisante sont les personnes de 18 à 24 ans et celles de 55 à 64 ans. Ces personnes sont moins susceptibles d'avoir une assurance-médicaments professionnelle ou d'être accessibles aux régimes provinciaux.

Notre système à payeurs multiples et la forte dépendance à l'égard des dépenses personnelles donnent lieu à la négligence des besoins en services de santé et à une augmentation globale des coûts des soins de santé. Même de petites augmentations de ce que les gens doivent payer de leur poche pour obtenir des médicaments peuvent décourager les personnes à faible revenu de les utiliser, ce qui accroît le recours à des services de santé plus dispendieux tels que les services des médecins, les visites aux urgences et l'hospitalisation.<sup>22</sup>

## ***Ce dont nous avons besoin***

### Couverture universelle des médicaments essentiels dans le cadre d'un régime public

Tous les Canadiens et les Canadiennes devraient avoir une assurance publique sur les médicaments essentiels dont le coût serait partagé entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. L'objectif serait un régime universel assurant à tous les Canadiens et les Canadiennes une assurance au premier dollar. Cela signifie que le coût entier des médicaments inscrits au formulaire serait couvert. Il existe un précédent : les six régimes d'assurance-médicaments tenus par le gouvernement fédéral et les Territoires du Nord-Ouest, qui sont tous des régimes publics universels d'assurance au premier dollar.

Pareil régime serait un régime public ressemblant à ceux qui portent sur la prestation d'autres services de santé, comme les consultations de médecin et l'hospitalisation, et assurant des soins essentiels à tous. Si cela s'avère nécessaire à la suite d'un examen des finances (voir ci-dessous), la couverture au premier dollar pour tous les Canadiens et les Canadiennes se ferait de façon graduelle. L'assurance au premier dollar serait fournie selon une vaste définition des personnes les plus nécessiteuses, y compris les personnes âgées, à faible revenu et ayant un handicap, les enfants et les personnes dont le trouble médical nécessite des médicaments très coûteux. Les autres paieraient des cotisations raisonnables et abordables, rajustées en fonction du niveau de revenu. Les personnes à faible revenu en seraient exemptées. Cela assurerait un financement supplémentaire au nouveau système pendant la période initiale, pendant que l'on commencerait de réaliser des économies grâce aux mécanismes de contrôle des coûts.

Pareil système public rendrait les régimes professionnels inutiles à l'égard des médicaments de base, mais ceux-ci pourraient être le complément du régime public, comme le sont les services de santé additionnels tels que la chambre d'hôpital à deux lits et la physiothérapie qui sont négociés actuellement.

### ***Problèmes que pose la couverture de l'impact catastrophique du coût des médicaments***

Le régime public d'assurance-médicaments que nous proposons ne porterait pas que sur l'impact catastrophique du coût des médicaments. Le rapport Romanow propose que le gouvernement fédéral partage avec les provinces les frais des médicaments coûtant annuellement plus de 1 500 \$ par personne. Bien qu'il soit indéniable que les Canadiens et les Canadiennes aient besoin d'aide pour payer les frais des médicaments s'ils sont très élevés, il y aurait de graves inconvénients à ne traiter que de l'impact catastrophique du coût des médicaments.

La participation du gouvernement fédéral à cet élément du coût des médicaments aiderait aux finances provinciales, mais rien d'autre ne changerait. Ce ne serait pas un pas vers un système public plus équitable et universel. L'injection de fonds publics supplémentaires sans mesure de contrôle des coûts ou de la qualité n'améliorerait pas les perspectives d'avenir de l'assurance-médicaments. Elle n'aurait pour effet que d'acheminer plus de fonds publics vers les sociétés pharmaceutiques, les coûts continueraient d'augmenter, et les régimes publics d'assurance-médicaments risqueraient d'être réduits encore davantage.

La couverture de l'impact catastrophique du coût des médicaments est essentiellement une assurance à franchise selon lequel l'individu paie 1 500 \$ ou quelque autre montant avant d'avoir droit à une aide financière. Les personnes qui n'ont pas les moyens de payer la franchise ne reçoivent pas de nouvelle aide. De plus, pour obtenir la participation du gouvernement fédéral aux frais, il se peut que des fonds provinciaux soient détournés de la couverture au premier dollar des personnes assurées par les régimes provinciaux vers la couverture de l'impact catastrophique du coût des médicaments.<sup>23</sup>

Un autre sujet d'inquiétude critique est la crainte que la couverture de l'impact catastrophique qui est prévue n'assure un soutien fédéral qu'aux régimes provinciaux, n'aidant nullement les régimes professionnels. Elle n'allégerait pas la responsabilité des employeurs à l'égard de la couverture de l'impact catastrophique du coût des médicaments et ne réduirait pas les pressions subies par les régimes professionnels auxquels 16 millions de Canadiens et Canadiennes participent.

### 3. Médicaments inoffensifs et efficaces

#### *Ce que nous avons*

La Direction des produits thérapeutiques (DPT) de Santé Canada détermine si les médicaments sont inoffensifs et approuve leur utilisation. En 1995, l'approche de recouvrement des coûts adoptée a obligé les sociétés pharmaceutiques à commencer à payer des droits à l'égard de la procédure d'homologation. Ces sociétés se trouvent ainsi à payer la moitié des frais de fonctionnement de l'organisme qui évalue et approuve leurs médicaments. Le pourcentage des demandes d'homologation de médicaments qui sont approuvées a augmenté, et Santé Canada ne met plus en application la législation qui interdit la publicité sur les médicaments s'adressant au public.

Santé Canada ne partage les résultats de l'évaluation des médicaments ni avec le public, ni avec les médecins, pharmaciens et autres fournisseurs de soins de santé. À l'homologation d'un médicament, il arrive souvent que les médecins ne disposent que de très peu d'information à son sujet.

Le seuil d'homologation est trop bas. Pour être homologué, il n'est pas nécessaire que le médicament soit meilleur que les médicaments qui existent déjà. Il suffit qu'il soit meilleur qu'un placebo. La procédure d'homologation ne permet pas de tenir compte du rapport coût-efficacité.

Dans le cadre de l'initiative sur la réglementation intelligente, Santé Canada est à réviser la loi et la réglementation sur les aliments et les drogues et cherche des façons d'homologuer les médicaments non pas fondées sur la sécurité mais plutôt sur la rapidité.

#### *Les problèmes*

Santé Canada homologue de coûteux médicaments *Moi Aussi* qui ne présentent aucune amélioration par rapport aux médicaments existants.

Santé Canada et sa procédure d'homologation ne sont pas dûment protégés contre l'influence des sociétés pharmaceutiques. Selon le *Journal de l'Association médicale canadienne*, Santé Canada a tendance à approuver les médicaments trop rapidement et sans disposer de preuves suffisantes de leur innocuité.<sup>24</sup>

L'industrie pharmaceutique influence également la recherche. Plusieurs études dénoncent le fait que les compagnies pharmaceutiques utilisent des méthodologies de recherche faussées et non fiables pour que leurs produits soient homologués et mis en marché.<sup>25</sup> Onze des principales revues médicales ont publié une déclaration commune selon laquelle les prix du marché compromettaient la science médicale car les énormes subventions accordées par les compagnies pharmaceutiques aux universités et aux hôpitaux de recherche faussaient les résultats de recherche.<sup>26</sup>

Il y a un remarquable manque d'information au sujet des médicaments, et particulièrement des nouveaux, même chez les médecins qui les prescrivent. Un médecin a déclaré qu'il « est extrêmement difficile d'obtenir de la DPT même l'information clinique la plus fondamentale au sujet des médicaments », même dans les cas où le traitement pharmaceutique est controversé.<sup>27</sup> Les médecins doivent compter sur les sociétés pharmaceutiques pour obtenir de l'information.

Les scandales relatifs aux médicaments sont courants. Des millions de femmes se sont fait prescrire des médicaments contenant des hormones pour contrer les symptômes de la ménopause, souvent pour le reste de leurs jours. Ces médicaments ne sont maintenant recommandés que dans des cas graves, à faible dose et pour la période la plus courte possible puisqu'ils peuvent accroître les risques d'ACV, de crise cardiaque, de cancer du sein, de caillots et de calculs biliaires.<sup>28</sup> Les médicaments antidouleur Vioxx et Bextra, prescrits à grande échelle, se sont révélés à la source de crises cardiaques.<sup>29</sup>

Actuellement, le médicament le plus prescrit au Canada, à 9,7 millions de prescriptions par année, est une statine hypocholestérolémiante appelée Lipitor.<sup>30</sup> Trois millions de personnes, soit un huitième des Canadiens et Canadiennes de plus de 15 ans, prennent des statines pour réduire leur taux de cholestérol. Bien qu'elles aient été reconnues efficaces pour traiter les personnes ayant des troubles cardiaques, on en fait actuellement un usage préventif répandu alors que leur valeur préventive est contestée. Santé Canada a jugé que les effets secondaires possibles justifient des mises en garde des consommateurs et consommatrices à chaque prescription.

Des essais préalables à la commercialisation sont effectués sur des groupes de patients et patientes choisis. Toutefois, quand les produits sont lancés sur le marché, ils font l'objet d'une promotion agressive et sont souvent prescrits à des patientes ou patients ayant des troubles de santé sur lesquels les essais cliniques ne portaient pas. Cette forte prescription se déroule longtemps avant que l'on ne connaisse le profil de sécurité complet des nouveaux médicaments, ce qui fait courir aux patients et patientes le risque d'avoir des problèmes qui peuvent être graves. La moitié des retraits de médicaments du commerce qui ont eu lieu aux États-Unis de 1975 à 1999 se sont produits pendant les deux premières années après la mise en marché du médicament.<sup>31</sup>

## ***Ce dont nous avons besoin***

### Une réglementation qui fait passer la sécurité et l'efficacité avant tout

Nous devons avoir un organisme de réglementation responsable et transparent qui homologuerait les médicaments sans conflit d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. Le gouvernement devrait remplacer la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada par ce nouvel organisme, qui répondrait au ministre fédéral de la Santé et qui serait orienté carrément par l'intérêt du public, y compris le rapport coût-efficacité.

Le nouvel organisme d'homologation des médicaments superviserait et réglementerait la qualité et l'efficacité de la recherche menée par l'industrie pharmaceutique afin de faire place à une analyse indépendante et assurer la publication de tous les résultats. Les essais cliniques et la recherche en santé doivent être fondés sur une conduite éthique.

C'est pourquoi il y a lieu d'établir une seule liste de normes nationales régissant la conduite des commissions sur l'éthique en recherche. De plus, le gouvernement devrait exiger l'enregistrement préalable de tous les essais cliniques afin de déterminer qui les finance, qui les parraine, qui les effectue, le nombre de sujets et leurs caractéristiques, les objectifs et la méthodologie de recherche ainsi que les lieux où la recherche sera menée. Le public doit avoir accès à tous ces renseignements.

Le gouvernement devrait en outre rendre obligatoire la présentation d'information sur l'utilisation appropriée des médicaments, les mises en garde appropriées sur la sécurité rédigées en langage clair et simple et l'indication des médicaments de remplacement s'il y a lieu. Les mises en garde doivent être données à chaque prescription et doivent être approuvées par l'organisme de réglementation.

#### Prescription et usage appropriés des médicaments

Un système public et universel permettrait au gouvernement d'influencer davantage les pratiques en matière de prescription. En outre, il pourrait informer les médecins et les personnes intéressées par l'entremise de rapports d'experts et de recherches médicales. Avoir davantage recours à des équipes composées de pharmaciens, d'infirmières et d'infirmiers praticiens et d'autres professionnels de la santé permettrait de prescrire de façon plus appropriée.

Les gouvernements devraient financer la mise en place d'un système national et impartial d'informations fondées sur des preuves à l'intention de tous les professionnels de la santé, des patients et des patientes. Ce système d'information comprendrait un dossier électronique des antécédents médicaux du patient ainsi que des renseignements indépendants permettant de comparer les traitements pharmaceutiques et non pharmaceutiques. Grâce à une coordination nationale et à une liste contrôlée des nouveaux médicaments, le gouvernement pourrait réglementer l'usage initial.

#### Un conseil sur l'innocuité des médicaments chargé d'examiner la sécurité après la mise en marché

Un organisme indépendant devrait déterminer tous les effets indésirables possibles des médicaments une fois que ces derniers soient lancés sur le marché. Après examen, tous les renseignements seraient rendus publics, sauf ceux permettant d'identifier les personnes. Cette base de données serait d'accès facile et pourrait être consultée sur le Web.

#### Une prise de décisions responsable et transparente

Les travailleurs et travailleuses de la santé et le grand public devraient avoir accès à toute l'information sur laquelle sont fondées les décisions au sujet de l'homologation des médicaments, y compris les données intégrales sur les essais précliniques et cliniques et des résumés des essais. Le gouvernement devrait créer des groupes consultatifs d'experts qui examineraient les preuves justifiant les nouveaux médicaments avant qu'ils ne soient homologués. Les membres de ces comités seraient tenus de suivre de rigoureuses règles sur les conflits d'intérêts. De plus, il devrait donner au public l'occasion d'apporter son grain de sel à l'homologation et à sa révision.

#### 4. Nous avons les moyens de payer une assurance-médicaments nationale

##### *Qui paie les médicaments actuellement?*

En 2006, le Canada a dépensé 21 milliards \$ pour les médicaments sur ordonnance. Tel qu'illustré dans le tableau ci-dessous, le financement vient à la fois du secteur public et privé. Le financement de source publique couvre 46 pour cent de ce coût alors que le privé en couvre 54 pour cent.

Le financement public vient des gouvernements fédéral et provinciaux. Les provinces ont assumé 38 pour cent du coût total alors que le gouvernement fédéral n'a contribué que 3 pour cent.

Le financement privé se divise en deux catégories : les assureurs et les individus.

- a. Les assureurs paient 36 pour cent du coût total des médicaments. Cette proportion du coût vient des cotisations des employeurs et des travailleurs aux régimes collectifs de soins médicaux fournis par les compagnies d'assurances. En 2000, 55 pour cent des travailleurs et travailleuses devaient cotiser aux régimes collectifs d'assurance-médicaments alors que les employeurs ont assumé le coût total de la prime de 45 pour cent de leurs employés.<sup>32</sup> Les travailleurs et les travailleuses peuvent assumer 10 à 50 pour cent du coût de la prime. Il est raisonnable d'estimer que les employeurs paient au moins 80 pour cent du coût des primes d'assurance.
- b. Les individus paient directement de leur poche 19 pour cent du coût total des médicaments. Il s'agit des sommes payées au comptoir de la pharmacie par les personnes qui n'ont pas d'assurance-médicaments ou bénéficient seulement d'une couverture partielle.

## Coûts des médicaments prescrits au Canada, 2006 (prévision)

	millions \$	%
<b>Dépenses publiques</b>		
Provinces / territoires	8 100,3	38,4
Fédéral	670,6	3,2
Fonds d'aide sociale*	847,7	4,0
Total partiel	<b>9 618,6</b>	<b>45,6</b>
<b>Dépenses privées</b>		
Assureurs (employés / travailleurs)	7 558,3	35,8
Dépenses individuelles	3 913,5	18,6
Total partiel	<b>11 471,8</b>	<b>54,4</b>
<b>Coût total des médicaments</b>	<b>21 090,3</b>	<b>100,0</b>

*\*Commission des accidents de travail, régime d'assurance-médicaments du Québec destiné aux personnes non couvertes autrement.*

*Source : Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2006, ICIS, Ottawa 2007, tableau A.1.*

Il est important de souligner que le tableau ci-dessus et les arguments présentés jusqu'à maintenant sont trompeurs lorsqu'il s'agit de la division entre les dépenses publiques et privées. Ces chiffres publiés par l'Institut canadien d'information sur la santé sont ce que nous avons de plus complet et ils sont cités à grande échelle dans toute discussion sur le coût des médicaments. Toutefois, il s'agit d'une sous-évaluation des sommes actuellement payées par les gouvernements pour les médicaments.

Cette sous-estimation s'explique par le fait que les gouvernements fédéral et provinciaux sont aussi des employeurs qui assurent une couverture à leurs employés en payant leurs avantages sociaux par l'entremise de compagnies d'assurances. Cette somme est substantielle. En 2006, le secteur public comptait 3,1 millions de travailleurs et travailleuses (fédéraux, provinciaux, municipaux) sur un total de 16,5 millions, soit 19 pour cent de tous les travailleurs et travailleuses.<sup>33</sup> Quant au paiement de la couverture assurance-médicaments, beaucoup plus de travailleurs du secteur public sont syndiqués et couverts comparativement à ceux du secteur privé. Il y a même des différences entre les travailleurs syndiqués ; 59 pour cent des employés du secteur public contribuent aux régimes d'assurance-médicaments alors que ce chiffre est de seulement 39 pour cent pour ceux du secteur privé.<sup>34</sup> Une analyse plus poussée s'impose mais il est fort probable que près du tiers des 7,6 milliards de dollars de la catégorie « assureurs » sont actuellement payés par l'argent des contribuables à différents paliers de gouvernement. Par exemple, le régime d'assurance-médicaments des employés du gouvernement fédéral couvre un million de personnes dont la moitié représente des travailleurs et travailleuses et leur famille et l'autre moitié est constituée par les personnes à la retraite et leur famille.

Le fait que le gouvernement assume non seulement les dépenses « publiques » associées aux médicaments mais aussi une proportion substantielle des dépenses soi-disant « privées » signifie qu'un régime national d'assurance-médicaments serait moins onéreux pour le gouvernement que ce qui a été préalablement suggéré. En fait, les gouvernements assument probablement 2,5 des 7,6 milliards attribués au financement « privé ». Cela signifie aussi que, dans le cadre d'un régime national d'assurance-médicaments, les gouvernements, à titre d'employeurs, bénéficieraient des mêmes avantages que les autres employeurs. (voir ci-dessous).

Cette analyse démontre aussi que les employeurs du secteur privé contribuent beaucoup moins que les 7,6 milliard de dollars généralement cités. En fait, si les gouvernements, à titre d'employeurs, paient une somme estimée approximativement à 2,5 milliards pour les médicaments achetés par l'entremise des régimes d'assurances des employés, alors les employeurs du secteur public paient 5,1 milliards de dollars.

### ***Ce dont nous avons besoin***

#### Paiement des médicaments : financement direct du gouvernement

Les gouvernements fédéral et provinciaux combinés paient actuellement 46 pour cent du coût total des médicaments, C'est peu comparativement à la contribution publique de d'autres pays et cette contribution devrait être augmentée.<sup>35</sup> Une augmentation du financement public permettrait de réduire la somme déboursée par les individus.

Étant donné qu'elle représente seulement 3 pour cent du total, il est clair que la contribution directe du gouvernement au coût des médicaments est très minime. Les médicaments prescrits devraient être financés selon un partage fédéral-provincial des coûts comme c'est le cas pour les autres services de santé. Ainsi, le fédéral assumerait 25 pour cent de la part publique et une telle augmentation réduirait la part des provinces. Selon ce scénario, le gouvernement fédéral aurait assumé, en 2006, 11,4 pour cent du coût total des médicaments (25 pour cent de la part publique de 46 pour cent) plutôt que le faible 3,2 pour cent, soit une augmentation de 671 millions de dollars à 2,4 milliards de dollars. Cette contribution est tout à fait réaliste.

Dans ce document, nous proposons que le gouvernement assume tous les coûts des médicaments dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments financé et administré par l'État. Nous recommandons toutefois que les employeurs du secteur privé continuent de contribuer de façon pertinente par l'entremise du système fiscal (voir ci-dessous).

## Paiement des médicaments : employeurs et assureurs

Les soins de santé publics sont un avantage majeur pour tous les employés. Ils les dégagent de leur responsabilité à l'égard des frais de soins de santé de leur personnel et ils leur évitent les graves dépenses et conflits qui ont eu lieu aux États-Unis.<sup>36</sup> Les médicaments ne sont pas assujettis au système des soins de santé au Canada, et les employeurs trouvent les régimes d'assurance-médicaments privés coûteux, complexes et difficiles à négocier, outre le fait qu'ils font l'objet d'un nombre croissant de conflits et de grèves. Un régime public et universel d'assurance-médicaments, tout comme les autres services publics de santé, serait avantageux à la fois pour les employés des secteurs privé et public.

Le système de santé universel à financement public du Canada assure à nos entreprises un avantage concurrentiel par rapport aux entreprises des États-Unis. L'instauration d'un régime national d'assurance-médicaments publique renforcerait cet avantage. Notre système public est beaucoup plus efficace que le système américain principalement privé. Les dépenses de santé aux États-Unis dépassent grandement 5 000 \$ par personne -- c'est près de deux fois et demie les dépenses de santé du Canada par personne.<sup>37</sup> Pour ne prendre qu'un exemple de l'avantage concurrentiel que cela peut donner, disons que General Motors des États-Unis signale que les régimes d'assurance-maladie privés lui coûtent plus qu'elle ne consacre à l'acier – environ 1 500 \$ par véhicule. GM Canada n'y affecte que 500 \$ par véhicule.<sup>38</sup>

L'assurance-maladie publique permet aux employeurs canadiens de jouir de plus de stabilité. Aux États-Unis, tous les conflits de travail majeurs portent sur les frais d'assurance-maladie.<sup>39</sup> Si nous n'enrayons pas la hausse des prix des médicaments, les conflits syndicaux-patronaux au sujet des régimes d'assurance professionnels s'intensifieront également au Canada.

Le Conference Board du Canada a conclu que les gros employeurs s'attendent à contribuer aux frais de santé mais qu'ils se préoccupent de la limitation et de la réduction des coûts.<sup>40</sup> Les propositions qui suivent portent sur ces sujets d'inquiétude.

L'assurance-médicaments publique ne comporterait pas des cotisations plus élevées que celles qui sont versées à des assurances-médicaments privées. Seuls 58% des travailleurs et travailleuses (7,6 millions) sont assujettis à des régimes professionnels.<sup>41</sup> Souvent, les personnes travaillant à temps partiel et celles qui travaillent pour de petites entreprises (25 personnes ou moins) n'ont pas d'assurance-médicaments. Un des problèmes graves que pose l'actuel système d'assurance privée est qu'il est trop coûteux pour les petites entreprises d'obtenir une assurance-médicaments. Les frais d'administration moyens des régimes privés sont de 8%, mais les compagnies d'assurance imposent aux petits groupes des frais d'administration pouvant atteindre 25%.<sup>42</sup>

Parmi les 42 pour cent de travailleurs et travailleuses non couverts par un régime d'assurance-médicaments fourni par l'employeur, certains paient leurs médicaments de leur poche, d'autres sont couverts par des régimes du gouvernement provincial et plusieurs sont couverts par le régime d'assurance collective d'un des membres de leur famille. Bien que 7,6 millions de travailleurs et travailleuses aient une assurance-médicaments, leurs régimes s'appliquent en outre à quatre millions d'autres membres adultes de leurs familles qui ont moins de 65 ans et à 4,4 millions d'enfants.<sup>43</sup> En 2000, un total de 16 millions de Canadiennes et de Canadiens étaient couverts par un régime d'assurance fourni par l'employeur.

Certains employeurs assument une partie de la facture de 7,6 milliards \$ pour les médicaments achetés par l'entremise des compagnies d'assurances alors que d'autres ne paient rien. En fait, les employeurs qui ne contribuent pas financent souvent les membres de la famille de leurs employés qui ont un emploi mais qui n'ont pas de régime d'assurance à leur travail. Un système plus équitable serait une taxe imposée équitablement à tous les employeurs sur une base progressive.

Il est important de souligner que les employeurs et les travailleurs paient beaucoup plus en primes d'assurance que ce que les assureurs paient pour les médicaments. « Généralement, le coût réel des prescriptions (i.e. le médicament et les frais d'exécution d'ordonnance) représente 75 pour cent du coût du régime d'assurance-médicaments de l'employeur. Le dernier 25 pour cent comprend les frais d'administration imposés par l'assureur (y compris la répartition du coût de transaction), les provisions mathématiques, les taxes, les commissions ou honoraires du conseiller en prestations ou du courtier d'assurances. »<sup>44</sup> [Traduction]. En d'autres mots, les 7,6 milliards de dollars payés, en 2006, par les assureurs pour les médicaments représentent seulement 75 pour cent de la somme payée par les employeurs et les travailleurs pour leurs primes d'assurance-médicaments. Selon ces données, les employeurs et les travailleurs des secteurs public et privé ont, en fait, payé 10,1 milliards de dollars en primes d'assurance pour obtenir 7,6 milliards de dollars de médicaments. Les employeurs ont payé approximativement 80 pour cent de cette somme alors que les travailleurs et les travailleuses ont payé le reste en cotisant à leur régime.

Les frais d'administration des régimes privés d'assurance-médicaments sont d'énormes dépenses. Des millions de travailleurs et travailleuses présentent des demandes à leur égard et à celui de membres de leur famille, et les régimes varient selon le lieu de travail quant à l'admissibilité, aux franchises, à la participation aux coûts et aux médicaments sur ordonnance qui sont assurés. Chaque demande doit faire l'objet d'une évaluation selon le régime et d'un remboursement ou d'un rejet à titre individuel. L'instauration d'un régime public universel réduirait radicalement les frais administratifs. Une étude démontre que les coûts moyens d'administration des régimes privés sont de 8 pour cent comparativement à seulement deux pour cent pour les gros régimes publics.<sup>45</sup> Ces chiffres ne comprennent pas les autres coûts associés aux régimes privés, dont les profits, les frais et les commissions des courtiers, soit des coûts qui ne s'appliqueraient pas à un régime public.

Un régime public national d'assurance-médicaments permettrait d'économiser beaucoup d'argent comme le fait l'assurance-maladie comparativement aux régimes privés de soins médicaux. De plus, le rôle des compagnies d'assurances serait grandement diminué.

Il faudra toutefois tenir compte des pertes d'emploi qui s'ensuivraient et mettre en place un programme de transition pour aider les personnes affectées. Toutefois, l'inquiétude au sujet de l'élimination d'emplois dans l'industrie de l'assurance ne devrait pas empêcher l'instauration d'un régime public d'assurance-médicaments plus économique dans l'intérêt de l'ensemble de la population canadienne.

### Paiement des médicaments : individus

Actuellement, les individus paient, de leur poche, 19 pour cent du coût des médicaments. Cela signifie 3,9 milliards de dollars en 2006. C'est un lourd fardeau pour plusieurs Canadiens et Canadiennes. Selon la stratégie que nous proposons, des fonds supplémentaires seraient tirés du contrôle des prix des médicaments, de l'accroissement du financement public, des contributions d'employeurs supplémentaires et de l'économie des sommes versées actuellement aux compagnies d'assurance en frais d'administration, profits et frais de marketing.

Ces fonds pourraient servir à réduire grandement les dépenses que les individus paient de leur poche. Cela permettrait, sinon une couverture au premier dollar pour tous, au moins une couverture au premier dollar à un nombre beaucoup plus grand de personnes.

### ***Nous avons les moyens de payer une assurance-médicaments publique universelle***

Dans le cadre d'un régime universel d'assurance-médicaments, les coûts augmenteraient car davantage de Canadiens et de Canadiennes auraient accès aux médicaments prescrits. Ainsi, la consommation de médicaments augmenterait pour ceux et celles qui n'ont pas d'assurance en ce moment ou dont la couverture est insuffisante et qui, par conséquent, ne se procurent pas les médicaments qui leur sont prescrits.<sup>46</sup>

Or, l'augmentation des coûts en raison d'une plus grande consommation serait contrebalancée par les économies réalisées grâce à l'assurance-médicaments. Notre analyse nous a permis de cibler quatre autres sources de financement dans le cadre d'un régime national d'assurance-médicaments :

1. Réduction des coûts des médicaments grâce aux éléments suivants : surveillance plus rigoureuse des nouveaux médicaments; formulaire pharmaceutique national, meilleures pratiques en matière de prescription, contrôle de la publicité et de la promotion, négociation de prix plus bas, mécanismes de contrôle direct des prix, et brevets restreints;
2. Financement public global supplémentaire par rapport au financement privé, dont une augmentation particulièrement substantielle de la contribution du gouvernement fédéral;
3. Contribution des employeurs pour couvrir le grand nombre de travailleurs et de travailleuses qui n'ont pas de régime d'assurance collective au travail;
4. Économies des sommes allant actuellement aux profits des compagnies d'assurances ainsi qu'à leurs frais d'administration et de mise en marché.

Nous jugeons que le système public décrit ci-dessus permettrait de payer les frais supplémentaires associés à l'utilisation par les personnes qui n'ont pas une assurance suffisante à l'heure actuelle, qu'il réduirait les paiements des employeurs cotisant actuellement à un régime et qu'il ferait baisser considérablement les paiements des individus.

Nous proposons que le gouvernement subventionne un projet de recherche et examine de façon approfondie et fiable la possibilité de mettre en place un régime d'assurance-médicaments.

## **Conclusion**

Nous incitons les gouvernements à assumer la responsabilité de la prestation de médicaments sur ordonnance, qui est un élément des soins de santé aussi crucial que les soins hospitaliers et ceux des médecins.

Nous avons besoin d'un régime d'assurance-médicaments – un régime national d'assurance-médicaments financé et administré par l'État, accessible à tous, qui freinerait les coûts et assurerait un usage approprié et sans risque des médicaments.

## Glossaire

- Couverture au dernier dollar : Assurance-médicaments qui ne couvre que les coûts de médicaments au-delà d'une franchise annuelle élevée (p. ex., 1 500 dollars), aussi appelée régime d'assurance contre l'impact catastrophique du coût des médicaments.
- Couverture au premier dollar : Assurance-médicaments qui paye tous les frais de médicaments assujettis dès la première prescription sans participation aux coûts, sans franchise ni dépense de santé remboursable.
- Établissement du coût en fonction du produit de référence : Fixation d'un maximum du prix remboursable pour une catégorie de médicaments jugés également efficaces et les plus économiques dans une classe thérapeutique de médicaments.
- Formulaire : Liste de médicaments sur ordonnance établie par un organisme de réglementation. Les gouvernements peuvent définir quels médicaments feront partie du formulaire et seront assujettis à l'assurance publique. Les régimes privés d'assurance ont aussi un formulaire.
- Franchise : Le patient ou l'utilisateur paye 100% des coûts des médicaments sur ordonnance jusqu'à ce qu'il ait atteint un montant annuel maximum. Lorsqu'il a atteint le montant de la franchise, les autres frais admissibles peuvent être couverts pour le reste de l'année civile. Dans le cadre de certains régimes, les participations aux coûts sont additionnées jusqu'à ce qu'elles atteignent le montant de la franchise, p. ex., si la participation aux coûts est de 5 dollars par prescription et que la franchise est de 100 dollars, l'utilisateur ne paye plus la participation aux coûts après avoir fait exécuter 20 prescriptions.
- Garantie contre l'impact catastrophique du coût des médicaments : Voir : Couverture au dernier dollar
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques, dont le siège social se trouve à Paris et qui regroupe trente pays croyant fermement aux bienfaits d'un système de marché « libre » mais qui encourage le monopole des brevets sur les médicaments afin d'empêcher la concurrence.

Participation aux coûts :	Certains régimes de prestations exigent que vous déboursiez une partie du coût de chaque prestation ou service. C'est ce qui s'appelle la participation aux coûts. Il peut s'agir d'un montant fixe chaque fois, par exemple de 5 dollars, ou d'un pourcentage du coût total tel que 20%.
Pérennisation :	Tactique utilisée par des fabricants de produits pharmaceutiques brevetés pour prolonger la protection des brevets sur leurs médicaments. Cela consiste par exemple à lancer un médicament breveté en version à dose quotidienne unique lorsque le brevet sur la version à trois doses par jour est sur le point d'expirer.
Programme commun d'évaluation des médicaments :	Processus commun unique servant à examiner les nouveaux médicaments afin d'évaluer la possibilité de leur assujettissement au régime canadien public d'assurance-médicaments établi en septembre 2001 par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux (sauf celui du Québec)
Régime d'assurance-médicaments :	Régime d'assurance-médicaments régi par un gouvernement.
Traitement de première intention :	Le traitement thérapeutique qui devrait être privilégié au départ afin de combattre une maladie. Lorsque ce traitement n'est pas efficace, on essaie un traitement de deuxième intention.

## ANNEXE A

### Plan d'action (fédéral-provincial-territorial) de 2004 sur la santé **Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques**

Il y a cinquante ans, les fondateurs de l'assurance-maladie ont établi le principe de l'équité d'accès aux services hospitaliers et aux médecins pour tous les Canadiens. Les premiers ministres conviennent qu'aucun Canadien et aucune Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires.

Les premiers ministres demandent aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail ministériel qui sera chargé d'élaborer et de mettre en oeuvre une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et de rendre compte des progrès réalisés d'ici le 30 juin 2006. Cette stratégie inclura les mesures qui suivent :

- Formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada;
- Créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité;
- Accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments;
- Renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché;
- Appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens et aux Canadiennes;
- Intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème;
- Élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé ;
- Accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés;
- Améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments.

[Il est entendu que le Québec conservera son propre programme d'assurance-médicaments].

## **ANNEXE B**

Les 10 éléments de la stratégie nationale sur l'assurance-médicaments proposée par la Coalition canadienne de la santé

### **1. Assurance-médicaments publique universelle**

- Élargir la couverture au premier dollar selon les principes de la Loi canadienne sur la santé : pas de frais modérateurs, de participation aux frais ou de cotisations pour les traitements thérapeutiques de première ligne.
- Faire financer entièrement le régime d'assurance par le secteur public. Les gouvernements s'auto-assurent pour contrôler les coûts. Aucun partenariat avec le secteur privé.
- Les options de couverture de l'impact catastrophique du coût des médicaments (qui visent les coûts dépassant des seuils élevés) ne doivent pas devenir des moyens de restreindre les programmes actuels de couverture au premier dollar.

### **2. Formulaire national des médicaments essentiels**

- Inscrire les thérapies de première ligne sur un formulaire national fondé sur des preuves d'efficacité, de sécurité et d'économie comparative.
- Les décisions devraient être prises par un comité du formulaire national selon des règles rigoureuses régissant les conflits d'intérêts financiers.
- Le régime public ne paie que ce qui est efficace et économique.
- Le comité répondrait aux besoins spéciaux et il y aurait un mécanisme d'appel.
- Recourir à des méthodes de gestion des coûts intégrées à l'échelle nationale, y compris l'achat en vrac, la négociation d'escomptes de volume et l'établissement du coût en fonction du produit de référence.

### **3. Réglementation des médicaments qui fait passer la sécurité et l'efficacité avant tout**

- Remplacer la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada par un organisme responsable et transparent répondant au ministre fédéral de la Santé et ne recevant pas de fonds de l'industrie qu'il réglemente.
- Exiger la présentation d'information sur l'usage approprié des médicaments et de mises en garde sur la sécurité rédigées en des termes clairs et simples ainsi que l'énumération des médicaments de remplacement possibles s'il y a lieu. Les mises en garde doivent être données avec toutes les prescriptions et doivent être approuvées par l'organisme de réglementation.
- Créer un organisme indépendant chargé d'enquêter sur la sécurité des médicaments une fois qu'ils ont été lancés sur le marché, cet organisme s'inspirant du Bureau de la sécurité des transports.
- Mettre toute l'information sur les enquêtes à la disposition du public et la rendre facile d'accès à l'aide d'une base de données consultable sur le Web moyennant la suppression de l'information permettant d'identifier des individus.

### **4. Réforme du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés**

- Modifier le règlement sur le Conseil d'examen du prix des médicaments brevets afin d'interdire que les nouveaux médicaments ne présentant que peu d'amélioration thérapeutique par rapport aux médicaments existants de la même catégorie, sinon aucune, aient des prix aussi élevés que ceux-ci.
- Modifier les règles régissant la méthode du CEPMB pour que le prix de lancement des nouveaux médicaments soit aligné sur celui des pays de l'OCDE qui ont un niveau d'activité industrielle ressemblant à celui du Canada.

## **5. Prise de décisions responsable et transparente**

- Garantir l'accès du public à toute l'information employée pour prendre des décisions sur l'homologation des médicaments et les formulaires, y compris les données intégrales sur les essais précliniques et cliniques, des résumés des essais et les hypothèses financières qui ont servi à déterminer quels médicaments seraient inscrits sur le formulaire.
- Créer des conseils consultatifs d'experts chargés d'examiner les preuves sur les nouveaux médicaments. Les membres de ces conseils seraient assujettis à de rigoureuses règles sur les conflits d'intérêts.
- Donner au public l'occasion de participer au processus d'homologation et de révision des médicaments.

## **6. Réforme de la réglementation des brevets**

- Mettre un terme à la pérennisation des brevets en abrogeant le Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité). La pérennisation des brevets permet aux entreprises de conserver le monopole des médicaments après la date où le brevet aurait dû expirer.
- Écarter les modifications proposées au Règlement sur les aliments et drogues qui offrent une protection accrue des données et qui élargissent les monopoles.

## **7. Réglementation de la promotion et du marketing des médicaments**

- Accroître et mettre en oeuvre les sanctions interdisant la publicité visant des médicaments sur ordonnance qui s'adresse au public.
- Établir de rigoureuses règles et sanctions sur la promotion et le marketing de l'industrie à l'intention des professionnels de la santé.
- Créer un organisme indépendant chargé de superviser la réglementation de la promotion et du marketing des médicaments, cet organisme devant être assujetti à la législation et comprendre des personnes nommées par des groupes de professionnels de la santé et des groupes de consommateurs et consommatrices ou de patients et patientes indépendamment des industries des médicaments et de la publicité.

## **8. Service national de prescription**

- Faire appel davantage au travail en équipe des pharmaciens et pharmaciennes, des infirmières et infirmiers et des autres professionnels de la santé.
- Par l'entremise du Collège royal des médecins et chirurgiens, du Collège des médecins de famille et des organisations nationales et provinciales de

- pharmaciens et pharmaciennes, faire la promotion de meilleures pratiques de prescription.
- Étudier la possibilité de créer un organisme indépendant ressemblant au National Prescribing Service de l’Australie. Ce service pourrait collaborer avec les associations nationales et provinciales des professionnels de la santé à l’établissement de stratégies destinées à améliorer la prescription des médicaments.

## **9. Système public d’information sur les médicaments**

- Établir un système national d’information impartiale et fondée sur des preuves à l’intention des médecins, des pharmaciens et pharmaciennes et des patients et patientes.
- Ce système d’information comprendrait une information comparative indépendante sur les traitements pharmaceutiques et non pharmaceutiques.

## **10. Réglementation en vue du respect de l’éthique au cours des essais cliniques et des recherches**

- Contrôler la qualité et l’efficacité des recherches de l’industrie pharmaceutique.
- Établir et mettre en oeuvre des règles nationales sur la réalisation éthique des essais cliniques et des recherches concernant la santé.
- Instituer l’inscription préalable obligatoire des essais cliniques à titre de condition de l’examen des médicaments en vue de leur homologation. Les données d’inscription indiqueraient qui finance les essais, qui les parraine, qui les effectue, le nombre et les caractéristiques des patients et patientes, les objectifs et les méthodes de recherche ainsi que les lieux de recherche.

- <sup>1</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2007), « Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2006 », Tableau A.2.
- <sup>2</sup> Lexchin, J. (2005), « 50 années à attendre l'assurance-médicaments, c'est assez ». Fiche documentaire publiée par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, le 11 août 2005, consulté le 15 août 2005 à l'adresse [http://www.nursesunions.ca/en/Press%20Releases/2005-08-11-Fact\\_Sheet\\_Lexchin.pdf](http://www.nursesunions.ca/en/Press%20Releases/2005-08-11-Fact_Sheet_Lexchin.pdf).
- <sup>3</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2006), « Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2006 », p. 19.
- <sup>4</sup> Calculé avec les Rapport annuel 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 et 2005 du Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés, Ottawa.
- <sup>5</sup> Stephen Morgan et al, « Breakthrough drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada », *British Medical Journal*, vol. 331, octobre 2005, pp. 815 et 816.
- <sup>6</sup> Mintzes B., M.L. Barer, R.L. Kravitz, K. Bassett, J. Lexchin, A. Kazanjian, R.G. Evans, R. Pan et S.A. Marion (2003). How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *Journal de l'Association médicale canadienne* 169(5) :pp. 405 à 412; Morgan, S. G. (2007). "Direct-to-consumer advertising and expenditures on prescription drugs: a comparison of experiences in the United States and Canada", *Open Medicine*, 1(1), 37-45.
- <sup>7</sup> Lexchin, Joel, "are Drugs too expensive in Canada?", in *Canadian Family Physician*, Vol. 52: May 2006, p. 573.
- <sup>8</sup> Angell, M. (2004), "Excess in the pharmaceutical industry". *Journal de l'Association médicale canadienne* 171(12) : pp. 1451 à 1453; Bordemier, T. (2000). « Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry », *New England Journal of Medicine* 342 : pp. 1539 à 1544; Choudhry N. K., H.T. Stelfox et A.S. Detsky (2002). "Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry". *Journal of the American Medical Association* 287: pp. 612 à 617; Lenzer, J. (2002). "Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the 'brain attack' campaign". *British Medical Journal* 324 : pp. 723 à 729; Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry. *Journal of the American Medical Association* 283(3) : pp. 373 à 380; Ziegler, M. G. et B.C. Singer (1995). "The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives". *Journal of the American Medical Association* 273 (16) : pp. 1296 à 1298.
- <sup>9</sup> Kassirer, J.P. "On the Take: How Medicine's Complicity With Big Business Can Endanger Your Health", Oxford University Press, 2004; Barbara Mintzes, « Doctor, about that medicine I saw advertised... », *In Motion Magazine*, juillet 2001; Arthur Schafer, « Can your doctor be bought for a dinner? » *Globe and Mail* du 14 mars 2005, p. A13; Tom Blackwell, « Wining, dining MDs », *National Post* du 27 avril 2005, p. A1; Scott Hensley et Barbara Martinez, « To Sell their Drugs, Companies Increasingly Rely on Doctors », *Wall Street Journal* du 15 juillet 2005, p.1, A1.
- <sup>10</sup> Lexchin, J. (2007), "Canadian Drug Prices and Expenditures", Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa.
- <sup>11</sup> Lexchin, J. (2003), "Intellectual Property Rights and the Canadian Pharmaceutical Marketplace: Where Do We Go From Here?", Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa.
- <sup>12</sup> Ibid.
- <sup>13</sup> Lexchin, J. (2001), "A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity", Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa.
- <sup>14</sup> Antonuccio, D.O, W.G. Danton, G.Y. DeNelsky, R.P. Greenberg et J.S. Gordon (1999), "Raising questions about antidepressants". *Psychother Psychosom* 68 (1): 3-14; « Treating hypertension with dietary modification: Therapeutics Initiative. » *Therapeutics Letter*, Can blood pressure be lowered by a change in diet? Evidence from DASH trials. numéro 50, octobre – décembre 2003; Moynihan, R. et Cassels, A. (2005). « Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning Us All into Patients », Nation Books.
- <sup>15</sup> Harten, Cheryl and Ballantyne, Peri. (2004), "The Impact of Cost-Sharing Within Canadian Provincial Drug Benefit Programs: A Review", *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics and Policy*, Vol. 13 (1): 35-53.
- <sup>16</sup> Alan Cassels, « Paying for What Works: B.C.'s experience with the Reference Drug Program as a model for rational policy making », Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa, mars 2002, p. 4.
- <sup>17</sup> Schneeweiss, Sebastian (2007). "Reference drug programs: effectiveness and policy implications", *Health Policy*, 81: 17-28.
- <sup>18</sup> Applied Management de concert avec le Fraser Group et Tristat Resources, *Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription*, volume 2, présenté à Santé Canada, mars 2000, p. 28.
- <sup>19</sup> Ibid. volume 2, pp. 91 à 93.
- <sup>20</sup> Conseil canadien de la santé (2005), « Rapport annuel aux Canadiens », annexe A.5. Consulté le 22 novembre 2005 à l'adresse [http://hcc-ccs.com/report/Annual\\_Report/exec\\_cum/ExecSumFRE.pdf](http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/exec_cum/ExecSumFRE.pdf)
- <sup>21</sup> Applied Management de concert avec le Fraser Group et Tristat Resources, *Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription*, présenté à Santé Canada, mars 2000, volume 1, Annexe 4-11.
- <sup>22</sup> Tamblyn et al, « Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons », *Journal of the American Medical Association*, 285 : pp. 421 à 429.
- <sup>23</sup> Steven G. Morgan et Donald J. Willison, « Post-Romanow Pharmacare: Last-Dollar First... First-Dollar Lost? » *Healthcare Papers*, 2004, 4(3), pp. 10 à 20.
- <sup>24</sup> Editorial (2005, January 4). « Vioxx: Lessons for Health Canada and the FDA », éditorial, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172 (1), le 4 janvier 2005.
- <sup>25</sup> St-Onge, C. (2004), « L'envers de la pilule: Les dessous de l'industrie pharmaceutique », *Les Editions Écosociété*, Montréal; Angell, M. (2005), « The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to do About It », Random House, New York; Moynihan, R. and Cassels, A. (2005), "Selling Sickness: How the World's Biggest

- 
- Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients”, Nation Books.
- 26 Davidoff, Frank, DeAngelis, Catherine D., Drazen, Jeffrey M., et al. (2001), “Sponsorship, authorship and accountability”, *Canadian Medical Association Journal*, 165:786-8; Schafer, A. (2002), “Medicine, Morals and Money: Dancing with porcupines or sleeping with elephants”, Manitoba: University of Manitoba Centre for Professional and Applied Ethics, University of Manitoba.
- 27 Joel Lexchin. « Transparency in Drug Regulation: Mirage or Oasis? », Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, octobre 2004, p. 8.
- 28 Paul Taylor, « HRT: heart attacks, cancer and now, incontinence », *Globe and Mail* du 25 février 2005, p.A11.
- 29 Ritt Goldstein, « Drug Industry Scandal a Crisis », *Inter Press News Agency*, le 4 octobre 2004; Presse canadienne, « Canada Joins Call for Pfizer to Halt Sale of Bextra », le 8 avril 2005.
- 30 Dianne Rinehart, « A wonder drug and a dilemma », *Globe and Mail* du 19 mars 2005, p. F9.
- 31 Lasser, K.E., P.D. Allen, S.J. Woolhandler, D.U. Himmelstein, S.M. Wolfe et D.H. Bor. “Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications”. *Journal of the American Medical Association*, 2002;287 : pp. 2215 à 2220.
- 32 Applied Management de concert avec le Fraser Group et Tristat Resources, *Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription*, présenté à Santé Canada, mars 2000, volume 1, p.18.
- 33 Statistiques Canada, CANSIM, tableau 183-0002.
- 34 Ressources humaines et Développement social Canada, Workers Information Directorate, tabulations demandées, septembre 2007.
- 35 Lexchin, J. (2001), “A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity”, Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa.
- 36 June Patricia Green et Judith MacBride-King, *Corporate Health Care Costs in Canada and the U.S.*, Conference Board du Canada, Ottawa, mars 1999.
- 37 Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2005*, pp. 200 à 203. <http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>
- 38 « Canadian corporations need to stick up for our health-care system:Praise from head of GM of Canada underscores value of public health. » *The Edmonton Journal*, le 17 juillet 2005 et « U.S. Healthcare problem too big for employers and workers. » *LA Times*, le 20 juin 2005.
- 39 *Quality, Accessible Healthcare*, FAT-COI, <http://www.afcio.org/issues/legislativealert/stateissues/healthcare/>.
- 40 Judith MacBride-King, “From Payer to Player: The Employer’s Role in the Canadian Health Care System”, Conference Board du Canada, Ottawa, 1998, p.12.
- 41 Applied Management de concert avec le Fraser Group et Tristat Resources, *Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription*, volume 2, présenté à Santé Canada, mars 2000, p. 28.
- 42 Palmer D’Angelo Consulting Inc., « National Pharmacare Cost Impact Study », Ottawa, September 1997, p. 24; discussions avec Services Actuariels Inc. de Montréal, Québec, septembre 2005.
- 43 Applied Management de concert avec le Fraser Group et Tristat Resources, *Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription*, volume 2, présenté à Santé Canada, mars 2000, pp. 28 et 29.
- 44 Sandi Huty, « Third party issues: Understanding drug benefits for better patient care », Conseil canadien de l’éducation permanente en pharmacie, juin 2002, p. 2.
- 45 Palmer D’Angelo Consulting Inc., “National Pharmacare Cost Impact Study”, Ottawa, septembre 1997, p. 24.
- 46 Joel Lexchin, J. “A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity”. Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, mars 2001.