Coalition canadienne de la santé
Canadian Health Coalition

mai 2016

DOCUMENT D'ORIENTATION

Un régime public universel d'assurance-médicaments pour tous

Julie White

Coalition canadienne de la santé
251 rue Bank, suite 212
Ottawa, Ontario K2P 1X3
(613) 688-4973

coalitionsanté.ca

L'auteure aimerait remercier Joel Lexchin, Marc-André Gagnon et Keith Newman pour leurs commentaires.

Le but de ce document d'orientation est de plaider la cause d'un régime public universel d'assurance-médicaments pour tous. Un tel régime serait similaire à la couverture dont nous bénéficions en vertu du régime d'assurance-maladie, soit le droit de voir un médecin ou d'être hospitalisé sans avoir à payer pour ces services. La situation est très différente pour les médicaments sur ordonnance car plusieurs personnes doivent payer leurs médicaments, en tout ou en partie, et, par conséquent, certaines personnes ne peuvent se permettre de prendre les médicaments prescrits par leur médecin.

Dans ce document, nous ferons valoir trois raisons pour lesquelles un régime public universel d'assurance-médicaments s'avère nécessaire : le manque d'accès aux médicaments prescrits dans le cadre des régimes actuels, le besoin de contrôler le coût élevé des médicaments, et la question cruciale de l'innocuité des médicaments. La dernière section met l'accent sur le rôle essentiel du gouvernement fédéral dans la mise en œuvre d'un régime public universel d'assurance-médicaments.

1. Accès aux médicaments sur ordonnance

Les médicaments prescrits ne font pas partie de notre régime public universel d'assurance-maladie. C'est pourquoi il y a trois groupes de Canadiens ayant différents types de couverture, ou de non-couverture, des médicaments. Un rapport conjoint, élaboré par les gouvernements provinciaux et intitulé *Pan Canadian Drugs Negotiations Report*, met en relief les types suivants de couverture des médicaments :

Trois types différents de couverture des médicaments

1. **Régimes publics**
   « Dans l'ensemble, environ 10 millions de Canadiens sont couverts par des programmes publics d'assurance-médicaments, neuf millions sont couverts par les régimes provinciaux, et un autre million sont couverts par des régimes fédéraux. »[1] [Traduction] Ainsi, environ 29 pourcent des 35 millions de Canadiens, soit moins du tiers, ont accès à une couverture publique des médicaments.

2. **Régimes privés d'assurance, principalement offerts par les employeurs**
   Le même rapport dit : « … pour la majorité de la population (environ 66 pourcent), les médicaments sont couverts par des régimes privés, soit offerts par les employeurs ou souscrits individuellement. »[2] [Traduction]

3. **Aucune couverture des médicaments**
   « 10 pourcent des Canadiens n'ont pas de couverture de base des médicaments. » [3] [Traduction] Cela signifie qu'il y a 3,5 millions de personnes sans couverture pour les médicaments.

Les régimes publics d'assurance-médicaments, qui couvrent environ 29 pourcent de la population, sont une mosaïque de régimes provincial, territorial et fédéral. Dans certaines provinces, seuls les aînés, les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes souffrant de certaines maladies sont couvertes, alors que dans d'autres provinces, les personnes paient leurs médicaments en fonction de l'évaluation de leur revenu. Le gouvernement fédéral couvre des groupes particuliers qui relèvent de lui, notamment les Premières nations et les Inuits, les réfugiés, les militaires et les anciens combattants, la GRC, et les détenus des prisons fédérales. Il est important de souligner que les personnes couvertes par des régimes publics d'assurance-médicaments ne reçoivent pas toujours leurs médicaments gratuitement. Souvent, elles doivent assumer une partie du coût et cela peut être un obstacle à se procurer les médicaments sur ordonnance.

Environ deux tiers de la population dépendent des régimes privés, fournis principalement par une vaste gamme de régimes offerts par les employeurs. Des milliers de régimes offrent différents types de couverture dans chaque milieu de travail, et couvrent parfois les conjoints et les enfants. Les employeurs et les employés paient le coût de ces régimes sous la forme de primes facturées par les compagnies d'assurances. Comme les régimes d'avantages sociaux font partie des négociations dans les milieux de travail, il est possible que les travailleurs paient aussi la couverture de leurs médicaments sous forme de salaire moins élevé. Plusieurs régimes exigent aussi que les personnes paient une partie du coût de l'ordonnance au comptoir de la pharmacie car les régimes ne couvrent que 80, 70 ou 60 pourcent du coût. Selon un sondage des régimes offerts par les employeurs de l'Ontario, seulement 38 pourcent de ces régimes couvrent 100 pourcent du coût des médicaments.[4] De plus, les régimes privés sont en difficulté car le coût élevé et croissant des médicaments met à risque leur viabilité. Par conséquent, on observe une tendance à diminuer la couverture et à exiger que les personnes paient une proportion plus grande des coûts.

Les sommes déboursées par les personnes peuvent être considérables lorsque le coût du médicament est élevé. Autrement dit, le fait qu'une personne ait un régime privé d'assurance ne signifie pas qu'elle a nécessairement accès aux médicaments prescrits. De plus, étant donné que ces régimes sont liés au milieu de travail, ils ne sont pas fiables. Si vous changez d'emploi ou êtes mis à pied, vous perdez votre couverture. Seulement une minorité des retraités sont encore couverts par les régimes offerts par les employeurs.

L'accès aux médicaments sur ordonnance grâce aux régimes privés offerts par les employeurs varie considérablement. Par exemple, les hommes sont plus souvent couverts par les régimes privés de soins médicaux que les femmes, les travailleurs syndiqués sont plus souvent couverts que les travailleurs non syndiqués, les populations de certaines provinces ont une couverture plus complète que d'autres, et les travailleurs plus âgés sont plus souvent couverts que les travailleurs plus jeunes.[5] Tout dépend de l'endroit où vous travaillez et du type de régime privé d'assurance-médicaments auquel vous avez droit. Rien de tout cela n'est lié au besoin.

Plusieurs personnes n'ont aucune couverture, publique ou privée, des médicaments. Selon le rapport élaboré par les provinces, ci-dessus mentionné, 10 pourcent des Canadiens, soit 3,5 millions de personnes, n'ont pas de régime public ou privé d'assurance-médicaments. Par exemple, on compte 2,8 millions de travailleurs autonomes, soit 15 pourcent de la main-d'œuvre salariée totale.[6] Ces travailleurs ne sont pas couverts par les régimes de soins médicaux offerts

par l'employeur et, selon leur lieu de résidence, plusieurs ne seraient pas admissibles à la couverture publique provinciale des médicaments. Les travailleurs à faible revenu sont les plus touchés car ils n'ont probablement aucune couverture des médicaments offerte par l'employeur et, souvent, gagnent trop pour être admissibles aux régimes publics.

Ainsi, 22 pourcent de toutes les dépenses en médicaments sont payées de la poche des personnes.[7] Ce chiffre comprend les coûts défrayés par les personnes sans couverture ainsi que la participation aux coûts exigée pour ceux qui sont couverts par les régimes privés et publics. Ce chiffre ne comprend toutefois pas la cotisation aux primes dans le cadre des régimes offerts par les employeurs, ni les sommes assumées par les personnes souscrivant aux régimes privés.

Les problèmes liés à cette mosaïque de couverture et de non-couverture sont prévisibles et dérangeants. À chaque année, 10 pourcent des Canadiens ne peuvent se procurer les médicaments prescrits par leur médecin parce qu'ils n'en ont pas les moyens. Ce chiffre augmente à 36 pourcent pour les personnes sans couverture et les personnes à faible revenu.[8] Selon un sondage mené par Angus Reid en 2015, au cours de l'année précédente, près du quart de la population (23 pourcent) n'auraient pas pris leurs médicaments tels que prescrits en raison du coût. Cela signifie qu'ils n'ont pas fait exécuter l'ordonnance, qu'ils ont diminué la dose, ou qu'ils n'ont pas renouvelé l'ordonnance.[9] Et, bien sûr, il y a les histoires d'horreur : l'homme souffrant de diabète qui devrait prendre sa retraite prématurément mais qui ne peut le faire parce qu'il perdra son régime offert par l'employeur; la jeune femme souffrant de cancer qui essaie de rembourser une dette en médicaments de 26 000 $; le couple planifiant de vendre leur maison pour payer pour les médicaments prescrits.[10]

Comme le souligne André Picard, journaliste en santé dans le *Globe and Mail* : « Le fait qu'une personne avec 20 000 $ de traitements de chimiothérapie à l'extérieur de l'hôpital ne paie rien de sa poche au Nunavut, qu'elle paierait 3 000 $ en Colombie-Britannique, et 20 000 $ à l'Île-du-Prince-Édouard, viole les principes de l'assurance-maladie et les valeurs canadiennes. »[11] [Traduction]

Un régime public unique d'assurance-médicaments permettrait à tous d'avoir un accès équitable aux médicaments. Cela doit, par conséquent, être une initiative fédérale qui couvrirait une proportion importante des coûts des provinces afin d'assurer la même norme de base pour les services offerts partout au pays. Même si les provinces ont une autonomie par rapport aux dépenses en santé, le gouvernement fédéral doit établir des priorités faisant l'objet de

financement afin d'assurer un accès juste et équitable pour tous. Autrement dit, la couverture des médicaments devrait être offerte sur la même base que les services médicaux et hospitaliers offerts par le régime d'assurance-maladie.

Un tel régime public universel n'est pas une idée nouvelle. En fait, le Canada est à la fois déphasé et en retard par rapport aux autres pays comparables. Plusieurs pays européens, ainsi que l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont un régime public universel d'assurance-médicaments. De façon générale, ces régimes couvrent gratuitement les médicaments d'une proportion importante de la population, par exemple les enfants, les étudiants, les bénéficiaires de l'aide sociale, les aînés et les personnes souffrant de maladies chroniques. Les autres paient une modique somme pour chaque ordonnance, souvent limitée par des plafonds mensuels et annuels. Le Pays de Galle et l'Écosse ont éliminé toute cotisation individuelle et offrent les médicaments gratuitement à toute leur population.

Dans les années 1940, plusieurs pays ont mis en place des régimes universels d'assurance-médicaments dans le cadre de leurs systèmes universels de soins de santé. En fait, tous les pays ayant un système public universel de soins de santé offre aussi un régime d'assurance-médicaments, sauf le Canada. Un régime public universel d'assurance-médicaments n'est donc pas une expérience nouvelle et audacieuse. Dans plusieurs pays comparables au Canada, trois générations de citoyens bénéficient déjà d'un tel régime.

2. Contrôle du coût des médicaments sur ordonnance

Notre imbroglio de régimes publics et privés, donnant des résultats insatisfaisants au titre de la santé et exigeant de grosses cotisations de la part des personnes, ne coûte pas moins cher que les régimes publics des autres pays. En fait, il est beaucoup, beaucoup plus dispendieux.

Grâce au travail innovateur de Marc-André Gagnon de l'Université Carleton, nous avons maintenant une idée plus claire sur les économies que nous pourrions réaliser en mettant en œuvre un régime public universel d'assurance-médicaments bien réglementé. La réponse est un impressionnant 41 pourcent de réduction des coûts. En 2013, nous avons déboursé 27,7 milliards de dollars pour les médicaments prescrits alors que nous pourrions payer seulement

16,3 milliards dans le cadre d'un régime public universel qui améliorerait la couverture pour tous.[12]

Pourquoi les Canadiens paient-ils davantage pour en avoir moins? Comment un régime public universel d'assurance-médicaments couvrant toute la population pourrait-il coûter moins cher que les dispositions partielles actuelles? C'est principalement en raison du coût gonflé des médicaments, ainsi que du coût des régimes privés d'assurance-médicaments, et des frais élevés d'exécution des ordonnances.

Coût gonflé des médicaments

Au Canada, le coût élevé des médicaments représente le gaspillage le plus important. Ce coût élevé s'explique par deux facteurs : les prix élevés fixés pour les nouveaux médicaments et l'absence de fixation des prix par appels d'offres concurrentiels. Nous payons une somme supplémentaire de 9,9 milliards par année parce que nous n'avons pas de négociation à l'échelle de la population nationale, ni de prix concurrentiels.[13]

Lorsque de nouveaux médicaments sont approuvés, le prix maximal au lancement est fixé par un organisme fédéral, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Cet organisme examine les prix des médicaments dans d'autres pays et choisit le prix médian pour fixer le prix au Canada. Toutefois, les pays choisis pour faire la comparaison sont ceux affichant les prix les plus élevés au monde et, par conséquent, le prix est fixé très haut inutilement.

Cette approche a été adoptée intentionnellement et constitue une politique industrielle visant à augmenter les investissements des compagnies pharmaceutiques dans la recherche et le développement (R. et D.) et à créer des emplois. Toutefois, cette politique s'est révélée être un échec total. De 1998 à 2013, on a observé un déclin des investissements en R. et D., et ces derniers sont passés de 11,5 à 4,5 pourcent, comparativement aux ventes.[14] En fait, le CEPMB a maintenant admis que cette politique ne fonctionne pas.[15]

Ainsi, en raison de cette politique industrielle inefficace, nous payons un coût inutilement élevé pour les médicaments brevetés. Ces derniers représentent 62 pourcent des ventes totales de médicaments prescrits.[16]

La protection du prix des médicaments de marque déposée prend fin après 20 ans, lorsque le médicament peut alors être fabriqué par d'autres fabricants et vendu à prix moins élevé. Il s'agit

alors d'un médicament générique. Toutefois, cette période de 20 ans est souvent prolongée de plusieurs années car les compagnies pharmaceutiques vont devant les tribunaux pour empêcher la mise en marché des versions génériques moins dispendieuses. Ce processus signifie que nous continuons souvent à payer, pendant plusieurs autres années, les prix élevés fixés par le CEPMB.

Le prix des médicaments génériques est aussi très élevé au Canada comparativement à d'autres pays. En 2011, le prix de 82 médicaments génériques était 54 pourcent plus élevé au Canada qu'au Royaume-Uni, en Allemagne, en France, en Suède, en Italie et aux États-Unis.[17] La raison qui explique cette différence est l'absence de négociation du prix des médicaments.

Dans les pays ayant des régimes publics universels d'assurance-médicaments, les prix sont négociés avec les compagnies pharmaceutiques, à la fois pour les médicaments brevetés et les médicaments génériques. Avoir à acheter des médicaments pour toute la population représente une force de négociation pour ces pays. Selon le régime, ils négocient le prix d'achat en masse, établissent les budgets, exigent des appels d'offre concurrentiels des compagnies, examinent le groupage de plusieurs médicaments et ainsi de suite. Les résultats sont impressionnants. Les pays ayant des régimes publics universels d'assurance-médicaments ont des prix beaucoup moins élevés que le Canada, et réussissent mieux à contenir l'augmentation des coûts.[18]

En l'absence de régime universel d'assurance-médicaments, seulement 43 pourcent de toutes les dépenses en médicaments sont financées par le gouvernement. Or, cette somme est ensuite divisée entre les différents régimes offerts par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les hôpitaux et les groupes d'hôpitaux, qui tous, achètent leurs médicaments séparément.[19] Cette situation limite grandement le pouvoir de négocier du secteur public quand vient le temps d'acheter des médicaments.

De plus, la majorité des dépenses en médicaments vient des milliers de régimes privés et des personnes, qui n'ont absolument aucun pouvoir pour négocier des prix moins élevés. Les régimes privés ne sont pas motivés à négocier des prix moins élevés car ce sont les travailleurs et les employeurs qui paient les médicaments et non pas les compagnies d'assurances. En fait, les primes des compagnies d'assurances pour leurs services sont souvent établies selon un pourcentage des coûts des médicaments remboursés en vertu du régime, et cela les motive à ne pas vouloir des prix moins élevés.

Les régimes publics provinciaux ont tenté de contrôler les prix en négociant des rabais confidentiels avec les compagnies pharmaceutiques. Ainsi, le prix officiel du médicament

demeure le même mais certains régimes provinciaux bénéficient d'une réduction secrète. Comme le prix officiel demeure le même, les personnes et les employeurs offrant des régimes continuent de payer le prix élevé. Pendant que certains régimes publics provinciaux diminuent leurs coûts, ces derniers sont transférés aux patients individuels, aux régimes privés offerts par les employeurs, et aux provinces plus petites qui ne sont pas en mesure de négocier les mêmes rabais.[20]

En 2010, les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont annoncé leur intention de négocier, ensemble, le prix des médicaments et ont formé ce qui s'appelle maintenant l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP). Sur le site Web de l'APP on peut lire : « Le 31 mars 2015, ces efforts de collaboration entre les provinces et les territoires ont permis de conclure 63 négociations communes pour des médicaments novateurs et des réductions de prix pour 14 médicaments génériques, pour des économies annuelles combinées de plus de 490 millions de dollars. »[21] Bien que cela semble un progrès, c'est une petite somme comparativement à ce que nous pourrions économiser avec un régime universel pour tous. De plus, seuls les régimes publics sont touchés et ils couvrent un pourcentage estimé de 29 pourcent de la population, ce qui, encore une fois, fait en sorte que les personnes et les régimes offerts par les employeurs doivent payer des prix officiels plus élevés qui croissent constamment.

Des regroupements d'hôpitaux ont aussi tenté de négocier des prix moins élevés mais les résultats sont limités et les prix varient grandement d'un groupe à l'autre. En 2015, le vérificateur général du Québec a examiné le prix des médicaments relativement à cinq groupes d'hôpitaux différents. Il s'est dit choqué de voir qu'il y avait généralement une différence de plus de 10 pourcent entre les prix payés pour le même médicament. En ce qui concerne un médicament en particulier, certains hôpitaux payaient neuf (9) fois plus que d'autres. Il a aussi souligné le fait que certaines compagnies pharmaceutiques refusaient tout simplement de négocier.[22]

Il est clair que la nature fragmentée des régimes d'assurance-médicaments au Canada empêche de négocier des prix réduits avec les compagnies pharmaceutiques. De plus, les négociations menées par les provinces dans le cadre des régimes publics ont entraîné une augmentation des prix pour le reste de la population, y compris les plus vulnérables qui n'ont aucune couverture.

Les compagnies pharmaceutiques sont des entreprises privées à but lucratif et non pas un service public. Ces compagnies connaissent du succès car les profits réalisés sont excessivement élevés. Depuis plusieurs années, aux États-Unis, les profits des compagnies pharmaceutiques dépassent, de façon constante, ceux des autres entreprises, et l'écart s'est accentué davantage

depuis le milieu des années 1980. À la fin de 2010, les profits des compagnies pharmaceutiques étaient trois fois plus élevés que ceux des compagnies faisant partie des 500 compagnies américaines affichant les plus gros revenus (Fortune 500).[23]

En attendant de considérer la fabrication des médicaments pour le bien collectif par le biais de fabricants sans but lucratif, la meilleure option disponible est d'élargir nos régimes publics pour qu'ils couvrent toute la population. Un régime public universel aurait alors la force de négocier des prix réduits avec les compagnies pharmaceutiques, comme tant d'autres pays l'ont déjà fait.

Argent gaspillé par les régimes privés

Les régimes privés d'assurance couvrant les deux tiers de la population gaspillent beaucoup d'argent. Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, ils ne négocient pas des prix moins élevés et, par le fait qu'ils existent, ils nuisent aux tentatives de nos régimes publics partiels qui tentent de le faire. Ils entraînent aussi des coûts supplémentaires comparativement aux régimes publics.

Des milliers de régimes privés couvrent des millions de personnes de différentes façons. Chacun a ses propres conditions, restrictions et participations aux coûts, et à chaque fois qu'une personne a besoin d'un médicament prescrit, elle doit vérifier si elle est couverte par le régime. Les compagnies d'assurances doivent analyser les coûts pour chaque groupe de travailleurs, faire des ajustements aux primes des employeurs et trouver de nouveaux clients. Cette lourdeur administrative est coûteuse. En sus de ces coûts, mentionnons que la plupart des compagnies d'assurances, contrairement aux régimes publics, visent à faire des profits.

Une étude menée par Michael Law s'est attardée aux frais d'administration et aux profits des régimes privés d'assurances offerts par des compagnies à but lucratif. Selon l'étude, les frais administratifs ont augmenté rapidement au cours des dernières années et représentent maintenant 23 pourcent du coût total.[24] Ainsi, près du quart des sommes déboursées pour les régimes privés d'assurance-médicaments offerts par les compagnies à but lucratif va non pas aux médicaments prescrits mais aux frais d'administration et aux profits. Law souligne que cela serait illégal aux États-Unis où ces frais sont limités à un maximum de 20 pourcent. Certaines compagnies d'assurances sont sans but lucratif; lorsqu'elles sont ajoutées aux compagnies à but lucratif, le pourcentage combiné de frais d'administration pour tous les régimes privés de soins médicaux est de 16 pourcent. À titre de comparaison, les frais d'administration des régimes publics sont seulement de 1,8 pourcent.[25] Par conséquent, nous payons 1,3 milliards de dollars

de plus pour les frais d'administration et les profits, une somme qu'un régime public permettrait d'épargner.

Un autre problème lié aux régimes offerts par les employeurs vient du fait que le gouvernement fédéral subventionne ces régimes grâce à une réduction des impôts. La contribution de l'employeur au régime d'assurance-médicaments est exprimée comme faisant partie des salaires des employés et est libre d'impôt. C'est un avantage pour les employeurs et cela les encourage à offrir une couverture des médicaments. Il s'agit aussi d'une mesure fiscale régressive car plus le salaire de l'employé est élevé (donc un salaire au taux d'imposition marginal plus élevé), le moins d'impôt l'employé a à payer en raison de cette politique. En 2009, le coût de cette subvention du gouvernement fédéral était de 1,2 milliards de dollars.[26]

Frais élevés d'exécution des ordonnances

Les frais élevés d'exécution des ordonnances sont la troisième raison expliquant le coût élevé des médicaments au Canada. Les pharmacies déterminent quels médicaments génériques ils vont stocker et vendre. C'est pourquoi les compagnies pharmaceutiques offrent des rabais aux pharmacies pour qu'elles vendent leurs produits. Cela est un avantage pour les pharmacies mais pas pour les provinces. Les provinces ont essayé de mettre un frein à cette pratique. Comme les provinces fixent le prix des médicaments génériques selon un pourcentage du prix du médicament breveté, elles ont réduit le pourcentage. Entre 2010 et 2012, l'Ontario a rabaissé le prix des médicaments génériques de 50 à 25 pourcent du prix du médicament breveté. D'autres provinces ont suivi l'exemple. Ainsi, en Alberta et au Québec le prix des médicaments génériques a été fixé à 18 pourcent du prix du médicament breveté.[27] Étant donné le fait que 60 pourcent des ordonnances au Québec sont pour des médicaments génériques, il serait raisonnable de s'attendre à une chute importante du coût total des médicaments sur ordonnance. Cela ne s'est pas produit et, dans certains cas, le prix moyen d'une ordonnance a augmenté. Pourquoi? La réponse est le transfert du coût.

Les pharmacies récupèrent la perte engendrée par le prix moins élevé des médicaments génériques en augmentant les frais d'exécution des ordonnances pour les médicaments couverts par les assurances privées. Par exemple, entre 2010 et 2012 au Québec, le coût moyen d'une ordonnance couverte par un régime public a diminué de 5,5 pourcent mais le coût des ordonnances couvertes par les régimes privés a augmenté de 6,4 pourcent. Un sondage mené auprès de pharmacies du Québec révèle que les régimes publics ont payé des frais d'exécution moyens de 8,44 $ par ordonnance pour un échantillon de médicaments brevetés et génériques,

alors que les régimes privés ont payé des frais de 25,76 $, soit trois fois plus.[28] Dans certains cas, les frais d'exécution des ordonnances sont plus élevés que le médicament. Dans les provinces de l'Ouest et les territoires, les frais d'exécution des ordonnances ont augmenté de 5,5 pourcent en une année. Encore une fois, les régimes privés sont une cible facile car ils n'ont aucun contrôle sur les prix.

Avec un seul régime public universel d'assurance-médicaments, il n'y aurait aucun transfert de coûts entre les régimes publics et privés. Avec une couverture plus normalisée et, par conséquent, des processus plus rapides pour délivrer les médicaments, Gagnon en arrive à la conclusion que nous pourrions économiser deux (2) pourcent du coût total.

Les résultats

Les dépenses en médicaments au Canada sont hors de contrôle. Nous payons des prix gonflés aux compagnies pharmaceutiques, nos régimes fragmentés nous empêchent de négocier efficacement les prix, et le fardeau financier est transféré des régimes publics aux personnes et aux régimes privés offerts par les employeurs. Au fur et à mesure que les dépenses continuent d'augmenter, il est de plus en plus difficile, dans les milieux de travail, de négocier la couverture des médicaments. Ainsi, la contribution aux coûts augmente pour les personnes et les avantages diminuent. Une solution a été d'offrir des « régimes souples » au sein desquels chaque travailleur doit choisir différents types de couverture et payer en conséquence, ce qui veut dire, essentiellement, deviner quels seront ses besoins en matière de médicaments.

On peut se poser des questions lorsqu'on est devant une situation qui veut que ce soit les employeurs, les travailleurs et les syndicats qui se débattent par rapport à la couverture pertinente des médicaments des deux tiers de la population, plutôt que les professionnels de la santé et les experts en politiques publiques.

Avec un régime public universel d'assurance-médicaments couvrant tous les coûts des médicaments de toute la population, Gagnon estime que les économies totales se chiffreraient à 11,4 milliards de dollars, soit 41 pourcent de moins que les dépenses actuelles de 27,7 milliards.[29] De plus, cette somme réduite comprend une augmentation de 10 pourcent de la consommation de médicaments prescrits afin d'inclure les personnes qui ne sont pas actuellement en mesure de payer leurs médicaments prescrits.

3. Innocuité des médicaments

Nous sommes aux prises avec la situation suivante : les médicaments sont un élément crucial des soins de santé et une nécessité pouvant sauver la vie de plusieurs personnes mais, au même moment, il y a de graves inquiétudes relativement à l'innocuité des médicaments sur ordonnance. Les études démontrent que l'omniprésence des compagnies pharmaceutiques dans la recherche, l'homologation et la recommandation des médicaments se traduit en surutilisation et mauvaise utilisation des médicaments. Soulignons que cela se reflète sur le coût élevé des médicaments prescrits. Si nous surutilisons ou utilisons mal les médicaments, alors nous payons pour des médicaments inutiles, et nous augmentons ainsi les coûts sans aucune amélioration à la santé, voire même en nuisant à la santé.

Santé Canada examine l'efficacité et l'innocuité des nouveaux médicaments et en approuve la vente et l'utilisation. Ce processus n'est pas indépendant des compagnies pharmaceutiques. Depuis 1994, une nouvelle approche de type « recouvrement des coûts » veut que les compagnies pharmaceutiques paient des frais pour le processus d'homologation. Les compagnies pharmaceutiques paient maintenant la moitié des coûts de l'agence qui approuve leurs médicaments.[30] De toute évidence, il ne s'agit pas d'un processus indépendant. Le *Canadian Medical Association Journal* affirme que Santé Canada est biaisé et est influencé à approuver trop rapidement des médicaments sans preuve adéquate de leur innocuité.[31]

Des études démontrent que les essais cliniques financés par les compagnies pharmaceutiques pour les nouveaux médicaments sont biaisés en faveur du produit fabriqué par la compagnie.[32] Les études requises des compagnies pharmaceutiques dans le cadre du processus d'homologation ne sont pas communiquées au public, aux professionnels de la santé et aux chercheurs. Parce que c'est tenu secret, il est difficile d'analyser davantage l'innocuité des médicaments mis en marché, et les professionnels de la santé se voient refuser l'opportunité de faire leur propre évaluation de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments.

Le seuil pour l'homologation des médicaments est bas. Un médicament n'a pas besoin d'être meilleur qu'un autre médicament pour être approuvé, il doit seulement être meilleur qu'un placebo. Ainsi, Santé Canada approuve de nouveaux médicaments brevetés qui sont plus dispendieux que les médicaments actuels mais qui n'ont aucune valeur thérapeutique ajoutée ou qui ont moins de valeur thérapeutique que les médicaments déjà sur le marché. On en sait

encore moins sur l'innocuité de ces médicaments « copie conforme » parce qu'ils ont seulement fait l'objet d'essais cliniques dans un environnement contrôlé, alors que les médicaments actuels ont été utilisés dans le monde réel par une grande proportion de la population, et qu'on a eu l'occasion de signaler tout problème. Au moins 85 pourcent des médicaments homologués par Santé Canada sont ces médicaments « copie conforme », ils sont plus dispendieux et offrent un avantage thérapeutique douteux.[33]

Nous avons besoin d'une liste nationale des médicaments qui tient compte de l'efficacité en matière de coût. Cela ne signifie pas seulement comparer un nouveau médicament à un placebo mais examiner s'il représente vraiment une amélioration par rapport aux médicaments actuels qui sont maintenant moins dispendieux parce que le brevet a pris fin. Souvent, c'est aussi un choix moins risqué car les médicaments actuels ont été utilisés par la population et suffisamment de temps s'est écoulé pour déterminer les effets indésirables. Payer un prix élevé simplement parce que le médicament est nouveau s'avère non seulement coûteux mais c'est souvent une approche qui comporte plus de risques.

Une fois que leurs médicaments sont sur le marché, les compagnies pharmaceutiques influencent les médecins à les prescrire. Selon les estimations, les compagnies pharmaceutiques dépenseraient 60 000 $ par médecin par année pour faire la promotion de leurs médicaments.[34] Les représentants des ventes se rendent au bureau du médecin, offrant des affiches murales et des échantillons gratuits, et ils paient les médecins pour assister à des conférences et faire des communications. Cela veut aussi dire faire la publicité des médicaments dans les publications scientifiques et auprès du public en général. Rien dans ce processus n'est objectif. En fait, des études ont démontré que les représentants pharmaceutiques ne fournissent pas aux médecins les informations relatives aux effets indésirables des médicaments[35] et que les médecins sont, effectivement, influencés par ce processus de vente lorsqu'ils prescrivent.[36]

Nous avons de bonnes raisons de nous inquiéter de l'influence des compagnies pharmaceutiques. En 2011, GlaxoSmithKline a payé 3 milliards de dollars aux États-Unis pour régler des poursuites criminelles et civiles. La compagnie a plaidé coupable d'avoir fait la promotion de médicaments pour des utilisations non approuvées, d'avoir omis de divulguer les problèmes quant à l'innocuité, et « d'avoir offert aux médecins des voyages de chasse en Europe, des tournées de conférences chèrement payées, et même des billets a un concert de Madonna.»[37] [Traduction] La compagnie doit maintenant faire face à de nouvelles allégations en Chine selon lesquelles les médecins se font offrir des pots-de-vin pour prescrire des médicaments. Glaxo n'est pas la seule. Au cours des 10 dernières années, toutes les grandes

compagnies pharmaceutiques ont plaidé coupable à une vaste gamme d'activités illégales. Par exemple :

- Pfizer a payé 2 milliards de dollars en 2009 pour avoir fait la promotion illégale de quatre médicaments, en plus d'avoir offert des pots-de-vin et avoir fait preuve « d'hospitalité très généreuse » envers des fournisseurs de soins de santé afin de les encourager à prescrire leurs médicaments.

- Novartis a payé 423 millions de dollars en 2010 pour la mise en marché illégale de ses médicaments, en plus d'offrir des ristournes clandestines aux professionnels de la santé afin de les encourager à prescrire leurs médicaments.

- Sanofi-Aventis a payé 95 millions de dollars en 2009 pour avoir fraudé des agences de la santé publique en surchargeant pour les médicaments.

- AstraZeneca a payé 520 millions de dollars en 2010 pour la mise en marché illégale d'un médicament antipsychotique auprès des enfants, des personnes âgées et des anciens combattants, et dont l'utilisation n'avait pas été approuvée par la US Food and Drug Administration.

- Johnson & Johnson a reçu une amende de 1,1 milliards de dollars en 2012 pour avoir minimisé les effets secondaires potentiellement mortels d'un médicament appelé Risperdal lorsqu'il était consommé par les enfants et les personnes âgées.

- Eli Lilly a payé 1,4 milliards de dollars en 2009 pour la mise en marché illégale de son médicament antipsychotique le plus vendu, le Zyprexa, pour des utilisations non approuvées pour les personnes âgées et les enfants, notamment ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer, de démence et de dépression.[38]

Il y a plusieurs autres cas semblables. Pour résumer, les compagnies pharmaceutiques sont régulièrement, et à répétition, devant les tribunaux américains pour leurs énoncés trompeurs au sujet des effets secondaires nocifs et parfois mortels, pour avoir omis de communiquer les données relatives à l'innocuité, pour avoir fait de fausses déclarations au sujet de l'innocuité des médicaments, pour la promotion et la vente de médicaments pour des maladies ou des patients

pour lesquels ils n'ont pas été approuvés, pour avoir offert des incitatifs financiers aux médecins et aux hôpitaux pour les encourager à prescrire leurs médicaments, et pour avoir fraudé les programmes publics d'assurance-médicaments.

Pour améliorer cette situation, nous devons reprendre le contrôle de l'homologation des médicaments et de l'information venant de l'industrie pharmaceutique car il y a des contradictions évidentes entre les buts de la santé publique et ceux des compagnies pharmaceutiques privées. La santé publique se soucie du bien-être des patients alors que le but des compagnies pharmaceutiques est d'augmenter les profits.

Il faut une évaluation indépendante et transparente des médicaments et une liste nationale des médicaments nécessaires et efficaces au meilleur prix disponible. Il faut fournir des informations indépendantes et éduquer les médecins en fonction de la recherche plutôt que des quotas de vente. Un régime national permettrait aussi d'avoir une banque de données sur les médicaments et à l'échelle du Canada afin de repérer et signaler les effets indésirables aux médecins. Il y aurait d'autres avantages. Par exemple, l'Australie a un programme appelé NPS MedicineWise qui met l'accent sur l'amélioration des pratiques de prescription des médecins et l'utilisation des médicaments par les consommateurs. Le programme est financé par le gouvernement mais géré indépendamment. Il fournit des informations aux médecins et au public. Une étude a maintenant démontré que ce programme a amélioré la santé des patients souffrant de maladie cardiovasculaire.[39]

La question de l'innocuité des médicaments est clairement liée à celle des dépenses en médicaments. Parce que nous consommons des médicaments inutilement et parce que nous consommons des médicaments à prix élevé quand des médicaments beaucoup moins coûteux et plus sécuritaires sont disponibles, nous dépensons trop pour les médicaments prescrits. Cela s'ajoute aux coûts inutiles énoncés ci-dessus. Si nous devions améliorer l'autonomie de la recherche sur les médicaments, de leur homologation et des informations, non seulement offririons-nous de meilleurs soins de santé mais nous pourrions économiser par rapport aux médicaments inutiles et nocifs.

4. Vers un régime public universel d'assurance-médicaments

Le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer dans toute initiative visant à fournir, à tous, l'accès aux médicaments prescrits nécessaires. Tout comme pour les services médicaux et hospitaliers, les provinces et les territoires ne peuvent établir des normes pour toutes les personnes du pays. En raison des variantes provinciales et territoriales en matière de richesse, population et géographie, il est beaucoup plus difficile de dispenser des services dans certaines régions du pays que dans d'autres. Afin d'assurer l'égalité des services partout au pays, un soutien financier du gouvernement fédéral est essentiel. Il est tout aussi important d'établir des normes nationales pour les services afin que toute personne puisse recevoir le même traitement qu'importe le lieu de résidence.

En ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance, il est aussi nécessaire de mettre en place un régime national afin de réduire le coût de ces médicaments. Le prix des médicaments doit être négocié à l'échelle nationale et pour toute la population afin d'augmenter notre pouvoir de négocier plus efficacement. Des négociations à l'échelle nationale pour un régime public qui couvre tous les médicaments sont aussi la seule façon d'empêcher les compagnies pharmaceutiques de transférer les coûts d'un régime ou d'un groupe à l'autre.

Le gouvernement fédéral offre un important soutien financier aux provinces pour les services médicaux et hospitaliers. En 2014-2015, ce transfert en espèces se chiffrait à 32,1 milliards de dollars.[40] Les différents régimes publics provinciaux couvrant les médicaments prescrits ne bénéficient d'aucun soutien financier du gouvernement fédéral.

La Coalition canadienne de la santé propose un régime public national d'assurance-médicaments dans le cadre duquel le gouvernement fédéral assurerait un financement minimum de 25 % des coûts totaux. Tel que mentionné ci-dessus, en se basant sur les chiffres pour 2012-2013, Gagnon estime à 16,3 milliards le coût d'un tel régime. Une contribution de 25 pour cent du fédéral voudrait alors dire une dépense d'environ 4 milliards de dollars.

Étant donné les responsabilités actuelles du gouvernement fédéral relativement aux médicaments, cette somme n'est pas vraiment une dépense supplémentaire. Cela exige davantage d'explication. Actuellement, le gouvernement fédéral dépense de l'argent en médicaments prescrits de quatre façons :

1. Le gouvernement fédéral est directement responsable de fournir des médicaments sur ordonnance à environ un million de Canadiens : les Premières nations et les Inuit, les détenus des prisons fédérales, les réfugiés, les militaires, les membres de la GRC et les anciens combattants.

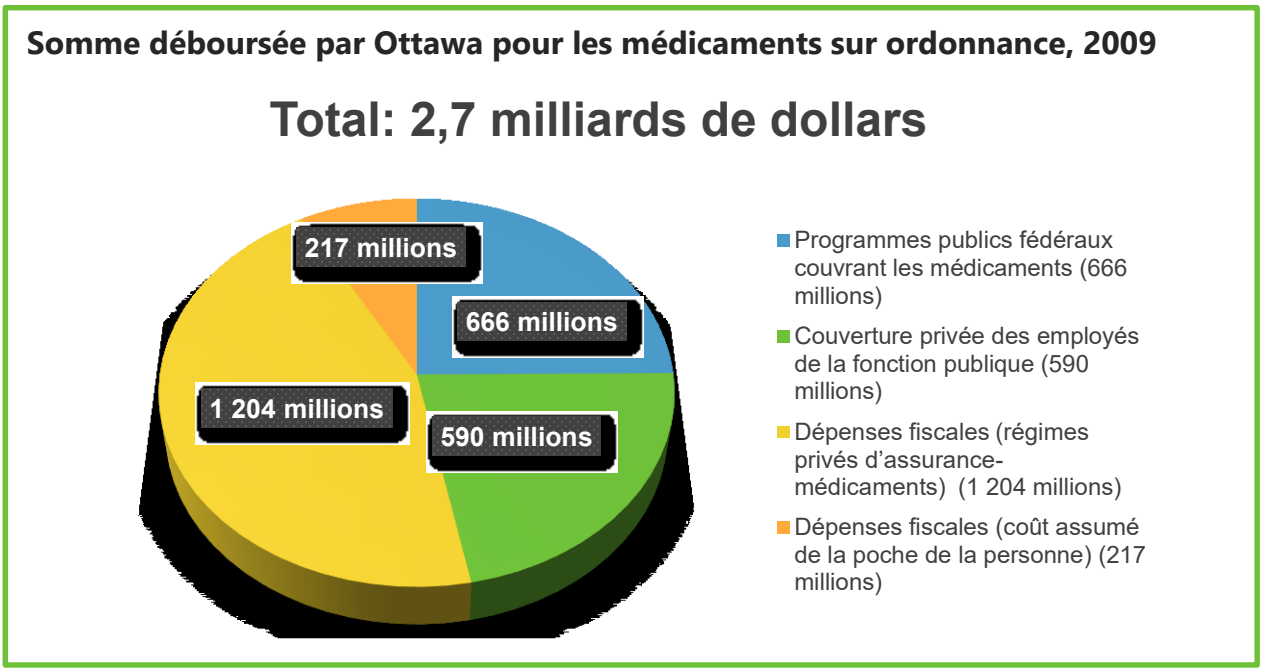
2. En qualité d'employeur, le gouvernement fédéral offre un régime de soins de santé appelé le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP). Ce régime couvre les médicaments des employés et des retraités de la fonction publique fédérale, y compris les conjoints et les enfants. Ce régime couvre 1,4 millions de personnes et c'est le plus gros régime privé offert par un employeur au pays.[41]

3. Par l'intermédiaire des impôts, le gouvernement fédéral offre deux types de réduction d'impôt. Premièrement, tel que mentionné ci-dessus, les régimes privés offerts par les employeurs et couvrant les soins médicaux et dentaires sont considérés comme revenu non imposable pour les employés.

4. Le deuxième type de réduction d'impôt fédéral vient du fait que les personnes peuvent réclamer un crédit d'impôt pour frais médicaux pour les frais payés de leur poche, y compris les médicaments sur ordonnance.

Gagnon estime que le total de ces dépenses pour les médicaments était de 2,7 milliards[42] en 2009. Voir ci-dessous :

Somme déboursée par Ottawa pour les médicaments sur ordonnance, 2009



Les informations permettant de mettre à jour ces chiffres ne sont pas disponibles mais les dépenses en médicaments ont certainement augmenté depuis 2009. Alors que le nombre d'employés et de retraités couverts par le régime fédéral était de 603 572 en 2009, ce chiffre est arrondi à « plus de 630 000 membres » en 2015.[43] En l'absence d'information plus détaillée, il semble raisonnable d'estimer la contribution du gouvernement fédéral à la mosaïque actuelle de régimes d'assurance-médicaments et d'exonérations fiscales de 2,7 à 3 milliards de dollars.

Selon Gagnon, le coût d'un régime public universel d'assurance-médicaments couvrant tous les Canadiens, et sans contribution aux coûts, était de 16,3 milliards en 2013. Si le gouvernement fédéral devait financer 25 pourcent de ce coût, sa contribution serait d'environ 4 milliards de dollars. Toutefois, le gouvernement fédéral dépense déjà environ trois quarts de cette somme pour les médicaments, soit entre 2,7 et 3 milliards de dollars. Le financement fédéral supplémentaire requis se situerait autour de 1 à 1,3 milliards de dollars.

Dans la lettre de mandat de la nouvelle ministre de la santé, le premier ministre Trudeau mentionne, parmi les 10 priorités, « l'accès aux médicaments sur ordonnance essentiels ». Il élabore en disant : « à cet égard, il faudra conjuguer nos efforts à ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux pour acheter des médicaments en vrac, réduire les coûts que doivent payer les gouvernements canadiens pour ces médicaments et les rendre plus abordables pour les Canadiens, et déterminer s'il est nécessaire d'établir une liste nationale. »[44] C'est très encourageant de voir la question des médicaments sur ordonnance soulevée à l'échelle fédérale et nous apprécions l'intention d'examiner cette question de plus près.

Toutefois, conjuguer les efforts pour réduire seulement « les coûts que doivent payer les gouvernements canadiens » ira probablement à l'encontre du but recherché. Cela suggère que les régimes publics couvrant seulement 29 pourcent de la population seraient les seuls à bénéficier des négociations pour réduire le coût des médicaments. Le problème est que les compagnies pharmaceutiques peuvent transférer le coût des médicaments, et elles le font, d'une partie à l'autre de notre mosaïque de régimes, comme nous l'avons déjà démontré. Si les gouvernements négocient des réductions des prix dans les régimes publics limités, rien n'empêchera les compagnies pharmaceutiques d'augmenter les prix pour les régimes privés et les individus. Comme nous l'avons souligné ci-dessus, ces deux groupes constituent la majorité de la population. Ainsi, le coût des régimes privés offerts par les employeurs va augmenter et cela va se traduire en d'autres réductions de la couverture et en paiements plus élevés pour les individus. Une telle stratégie signifie aussi transférer les coûts aux personnes ayant le moins de

protection, notamment les 3,5 millions de personnes sans couverture qui doivent payer le prix exigé au comptoir de la pharmacie.

La Coalition canadienne de la santé demande au gouvernement fédéral d'amorcer les discussions avec les provinces dans le but de mettre en œuvre un régime public universel d'assurance-médicaments. Étant donné que les dépenses en médicaments du gouvernement fédéral sont déjà de 2,7 à 3 milliards de dollars par le biais des régimes actuels inefficaces, coûteux et limités, cette somme pourrait être utilisée pour défrayer le coût d'un régime public universel.

Le gouvernement fédéral a aussi d'importantes responsabilités dans les secteurs suivants qui permettraient d'augmenter la sécurité et de contrôler les dépenses en médicaments :

- assurer que les études portant sur les nouveaux médicaments soient transparentes et ouvertes aux évaluations indépendantes;
- augmenter la rigueur du processus d'approbation des médicaments à Santé Canada afin qu'il se fasse indépendamment des compagnies pharmaceutiques;
- examiner et améliorer le travail du CEPMB qui fixe des prix artificiellement gonflés pour les nouveaux médicaments brevetés;
- mettre en place une liste nationale de médicaments basée sur les avantages thérapeutiques plutôt que permettre l'entrée sur le marché de médicaments onéreux similaires;
- examiner le processus de renouvellement des brevets des compagnies pharmaceutiques qui leur permet de les prolonger au-delà de la limite de 20 ans;
- revoir la banque de données nationales sur les effets indésirables des médicaments et améliorer la cueillette d'informations afin que les médecins et les chercheurs aient accès aux données pertinentes sur les effets indésirables.

Nous savons qu'un régime public universel serait extrêmement populaire. Selon un sondage de 2015 mené par l'Institut Angus Reid, 91 pourcent des Canadiens appuient un tel régime.[45] Ces propositions permettraient au Canada d'entrer dans le 21e siècle et d'harmoniser les régimes publics de santé à ceux des autres pays comparables. Le gouvernement fédéral complèterait la dernière étape de la prestation publique des soins de santé visualisée par Tommy Douglas, et assurerait une couverture efficace et sécuritaire des médicaments pour tous.

Références

[1] Pan Canadian Pricing Alliance (maintenant l'Alliance pancanadienne pharmaceutique), Pan Canadian Drugs Negotiations Report, version finale, 22 mars 2014, 2.0 Introduction, p.11. http://www.pmprovincesterritoires.ca/phocadownload/pcpa/pan_canadian_drugs_negotiations_report_march22_2014.pdf

[2] Idem, p.16.

[3] Idem, p.11. Veuillez noter que les estimations des trois types de couverture dans le rapport ne constituent pas 100 pourcent.

[4] Mercer, *Cost Trends in Health Benefits for Ontario Businesses: Analysis for Discussion*, préparé pour la Chambre de commerce de l'Ontario aux fins de communication lors du Sommet économique de l'Ontario, 17 novembre 2011.

[5] Colleen Fuller, *Pharmacare Goes to the Bargaining Table*, Pharmacare 2020, 2013.

[6] Statistique Canada, L'emploi selon le groupe d'âge, sexe, genre de travail, catégorie de travailleur, désaisonnalisés, par province (mensuel) (Canada). Tableaux 282-0087 et 282-0089. http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=2820087&pattern=&p2=37&stByVal=1&p1=1&tabMode=dataTable&csid=&retrLang=fra&lang=fra et http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=2820089&&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=37&tabMode=dataTable&csid=

[7] Institut canadien d'information sur la santé, Drug Expenditure in Canada, 2013, Table G14.1, Expenditure on Drugs by Type, by Source of Finance, Canada, 1985-2015. Informations disponibles sur demande auprès des Communications et Relations externes, ICIS.

[8] Michael Law et al, The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada, *Canadian Medical Association Journal*, 184-3, 2012.

[9] Jane Taber, National pharmacare has large support across Canada, poll says, *Globe and Mail*, 15 juillet 2015.

[10] Chronically ill lobby for national drug plan, *The Edmonton Journal*, 27 octobre 2007; André Picard, The cost of drugs: breaking the bank to stay alive, *The Globe and Mail*, 23 août 2012; Coalition canadienne de la santé, *Life Before Pharmacare*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 2008.

[11] André Picard, Action, not excuses, on drug coverage, *Globe and Mail*, 6 avril 2011

[12] Marc-André Gagnon, *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2014, p.41, Figure 9.

[13] Ibid.

[14] Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, *Rapport annuel 2013*, p.33, Graphique 16.

[15] Idem, p.38.

[16] Idem, p.1.

[17] Gagnon, 2014, p.18.

[18] Idem, p. 8.

[19] Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2012 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, 2013.

[20] Gagnon, 2014, p.23.

[21] Alliance pancanadienne pharmaceutique, http://www.pmprovincesterritoires.ca/fr/initiatives-fr/12-root-category-all-articles/361-alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app

[22] Robert Dutrisac, Prix des médicaments payé par les hôpitaux. Des écarts fréquents et parfois étonnants, note le vérificateur général, *Le Devoir*, 12 juin 2014, p.A3.

[23] Peter Gøtzsche, *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma has Corrupted Healthcare*, Radcliffe Publishing, London, 2013, p.58.
[24] Idem.
[25] Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2013,* https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf, cité dans Gagnon, 2014, p.30.
[26] Gagnon, 2014, p.28-29.
[27] Idem, p.11.
[28] Idem, p.12, 13.
[29] Idem, p.41, Figure 9.
[30] Santé Canada, Médicaments et produits de santé. *Recouvrement des coûts – Questions posées fréquemment*, 2011 [cité 20 juillet 2014]. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/fs-fi/costfs_coutsfd-fra.php
[31] Editorial, Vioxx: Lessons for Health Canada and the FDA, *Canadian Medical Association Journal*, 2005, 172 (1).
[32] Joel Lexchin, Economics and industry do not mean ethical conduct in clinical trials, *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 6:11, 2013.
[33] Joel Lexchin, Postmarket safety in Canada: are significant therapeutic advances and biologics less safe than other drugs? A cohort study. *British Medical Journal*, 2014;4:e004289.
[34] Marc-André Gagnon et Joel Lexchin, The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States, *PLoS Medicine* 2008;5:e1.
[35] Barbara Mintzes et al, Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States, *Journal of General Internal Medicine*, 2013.
[36] Geoffrey Spurling et al, Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review, *PLoS Medicine* 2010;7:e1000352.
[37] Glaxo to stop paying doctors to pump its drugs, Associated Press, 17 décembre 2013.
[38] Gøtzsche, pp.26-32.
[39] Gadzhanova SV1, Roughead EE, Bartlett MJ. Improving cardiovascular disease management in Australia: NPS MedicineWise, *Medical Journal of Australia*, 2013 Aug 5;199(3):192-5.
[40] Jean-François Nadeau, Bureau du directeur parlementaire du budget, *Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires en 2014-2015*, 19 juin 2014, http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/files/files/TransferPayments_FR.pdf, p.1
[41] Gouvernement du Canada, *Régime de soins de santé de la fonction publique – Foire aux questions*, p.2. https://www.tbs-sct.gc.ca/psm-fpfm/benefits-avantages/health-sante/faq/general-fra.asp
[42] Marc-André Gagnon, Pharmacare and Federal Drug Expenditures: A Prescription for Change, dans G. Bruce Doern et Christopher Stoney, How Ottawa Spends, 2012-2013. The Harper Majority, Budget Cuts and the New Opposition, McGill-Queen's University Press, 2012, p.169.
[43] Gouvernement du Canada, *Régime de soins de santé de la fonction publique – Foire aux questions*, p.2. https://www.tbs-sct.gc.ca/psm-fpfm/benefits-avantages/health-sante/faq/general-fra.asp
[44] Le très honorable Justin Trudeau, Lettre de mandat de la ministre de la Santé, sans date. http://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante
[45]Jane Taber, National pharmacare has large support across Canada, poll says, *Globe and Mail*, 15 juillet 2015.