



**Rapport final du
comité d'experts en
matière d'assurance
médicaments nationale
2025**



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:
Report of the National Pharmacare Committee of Experts 2025

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par la ministre de la Santé, 2025

Date de publication : novembre 2025

À moins d'avis contraire, vous pouvez reproduire le contenu de cette publication ou ce produit en totalité ou en partie à des fins non commerciales, dans tout format, sans frais ni autre permission. Les reproductions ou distributions commerciales sont interdites sans obtenir la permission écrite de l'administrateur du droit d'auteur de Santé Canada. Pour obtenir une permission de reproduire du contenu appartenant au gouvernement du Canada pour des fins commerciales, communiquez avec pubsadmin@hc-sc.gc.ca.

Cat. : H22-4/46-2025F-PDF
ISBN : 978-0-660-79601-7
Pub. : 250318

Table des matières

Message du président	1
Sommaire	7
Résumé des recommandations	9
Introduction	14
Recommandations et explications	19
Recommandation 1	19
Législation.....	21
Recommandation 2	23
Financement fédéral.....	23
Réalisation progressive.....	27
Expansions futures du régime d'assurance médicaments national.....	28
Administration du régime d'assurance médicaments.....	29
Recommandation 3	34
Recommandation 4	35
Stratégie nationale pour les médicaments essentiels.....	35
Réduction du coût des médicaments essentiels	36
Autres conseils.....	41
Protéger l'approvisionnement en médicaments et éviter les pénuries	44
Traitements pour les maladies rares.....	44
Utilisation appropriée.....	45
Recommandation 5	47
Recommandation 6	52
Recommandation 7	54
Recommandation 8	57
Portée, contexte et approche du comité d'experts	60
Remerciements	62
Annexe 1 : Biographies	65
Annexe 2 : Estimation du coût du régime d'assurance médicaments	68
Annexe 3 : Liste des médicaments	75
Références	80



Message du président

La crise du coût de la vie se reflète dramatiquement dans l'inabondabilité des médicaments vitaux. Des gens meurent parce que des médicaments ne sont toujours pas inclus dans le système public de soins de santé du Canada^{1,2}. En plus de sauver des vies, le régime d'assurance médicaments fera économiser des milliards de dollars^{3,4}. Les économies engendrées par ce régime se heurteront à l'opposition des sociétés qui profitent du statu quo injuste tout en exploitant les subventions du gouvernement et les échappatoires fiscales.

Le droit aux médicaments essentiels devrait être reconnu par la mise en place rapide du régime d'assurance médicaments. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* devraient s'appliquer aux médicaments : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Le gouvernement fédéral devrait financer en totalité l'accès aux médicaments essentiels pour toute personne vivant au Canada. Les rapports gouvernementaux de 2018 et 2019 promouvaient clairement l'intégration des médicaments dans notre système public^{5,6}. Les progrès du régime d'assurance médicaments sont déclarés aux Nations Unies entre autres efforts du Canada pour concrétiser progressivement le droit à la santé^{7,8}.

Le régime d'assurance médicaments contribuera à honorer les promesses faites par la Couronne aux peuples autochtones depuis au moins 1876 avec la clause relative aux médicaments dans le *Traité 6*^{9,10}. Le gouvernement s'est engagé à faire avancer la réconciliation aux termes de la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.

Il y a deux options : prendre en charge et développer le régime d'assurance médicaments au Canada maintenant ou continuer de compter sur les modèles d'assurance privée de type américain. Ces modèles transfèrent la richesse hors du Canada et importent des problèmes inhérents :

- accès discriminatoire empreint de sexisme, de racisme et de capacitisme;
- résultats inférieurs en matière de santé;
- coûts plus élevés.

L'approche actuelle n'apportera jamais une bonne valeur, et nous ne pouvons pas économiser de l'argent dans un système conçu pour générer des profits.

Les dépenses totales en médicaments sur ordonnance au Canada ont bondi de 10 milliards de dollars sur cinq ans, passant de 34 milliards de dollars en 2019 à 44 milliards de dollars en 2024¹¹, sans que l'on constate d'améliorations mesurables dans la santé ou dans l'accès aux médicaments.

Les régimes d'assurance privés favorisent les prix élevés des médicaments, parce que les assureurs prennent un pourcentage sur les demandes de remboursement. Les coûts des médicaments par comprimé sont plus élevés au Canada que dans les pays comparables. Certains médicaments produits au Canada sont vendus à des prix plus bas outremer qu'ici. Les Canadiens ont déjà des cartes santé qui donnent accès à des services de santé nécessaires financés par l'État, ce qui fait que les coûts de gestion des régimes privés et la prise de profits par les propriétaires de ces régimes représentent du gaspillage.

L'assurance-maladie privée étant généralement associée à un revenu d'emploi plus élevé, certains ménages ne comptent aucun membre détenant une assurance privée. D'autres ménages comptent un membre dont le régime couvre tous les autres membres, tandis que certains ont deux membres détenant des régimes qui se chevauchent et qui couvrent tous deux tous les membres du ménage. Dans ces situations d'assurance dédoublée, où deux membres du ménage ont des régimes d'assurance séparés qui se chevauchent, les primes d'assurance sont payées comme si une couverture complète sera fournie, mais les coûts sont partagés entre les deux régimes. Une telle situation n'est pas sensée et ne se produit pas lorsque chaque résident a accès à une assurance publique avec une carte santé.

Les sociétés d'assurance privées ont toujours bénéficié d'un plus grand soutien gouvernemental que le régime d'assurance médicaments. Manuvie a été créée par une loi du Parlement en 1887, et son premier président était John A. Macdonald, le premier ministre en poste. Les grands assureurs se sont démutualisés dans les années 1990 pour devenir des sociétés cotées en bourse, contraintes de générer des profits pour leurs actionnaires. Aujourd'hui, Manuvie et Sun Life comptent parmi les grandes sociétés d'assurance au Canada, avec une valeur des actifs combinée de plus de 1 000 milliards de dollars. Les régimes administrés par des entités privées, accessibles seulement à certaines personnes, sont soutenus par une subvention publique (non-imposition des cotisations de l'employeur aux régimes d'assurance médicaments privés) qui nous coûte à tous 5 milliards de dollars chaque année¹².

Avant de demander comment nous pouvons nous payer un régime d'assurance médicaments, il faut se demander comment nous pouvons nous permettre chaque année une subvention publique de 5 milliards de dollars pour des régimes d'assurance médicaments privés accessibles seulement à certaines personnes. En ce moment, qui paie en fin de compte 50 milliards de dollars pour des médicaments? Nous pouvons choisir de payer moins et d'obtenir beaucoup plus.

Le régime d'assurance médicaments est ce que la majorité choisirait. Le soutien de plus de 80 % de la population et les multiples recommandations gouvernementales antérieures démontrent un consensus rare et clair à l'idée que les médicaments devraient être inclus dans notre système public¹³.

Ce dont on a besoin maintenant, c'est une volonté politique pour faire fi du lobby de l'industrie et prendre ces mesures promises depuis longtemps.

Aujourd'hui, nous pouvons choisir de créer une institution canadienne qui nous servira pendant des générations à venir. Un régime d'assurance médicaments implique d'inclure les médicaments dans notre système public, qui finance déjà les services nécessaires pour des raisons médicales, qu'il s'agisse de consulter un médecin de famille à propos d'une tension artérielle élevée ou de subir une transplantation cardiaque. La justification pour financer par des fonds publics les services de soins de santé nécessaires vaut tout autant pour les médicaments essentiels. Le régime d'assurance médicaments devrait être construit autour d'une liste de médicaments essentiels rigoureusement élaborée et soutenue qui est au centre d'une stratégie nationale.

Un régime d'assurance médicaments réglera une multitude de problèmes connexes.

L'accès aux médicaments est lié aux soins. Les provinces et les territoires agissent pour réduire le nombre de personnes qui n'ont pas de médecin de famille. Le financement fédéral du régime d'assurance médicaments libérera de l'argent qui pourra être réinvesti dans des solutions pour que tout le monde ait accès à un fournisseur de soins primaires qui peut leur prescrire des médicaments. Les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux continueront de fournir et d'administrer les soins de santé avec du financement fédéral dans le cadre de relations bâties sur un respect mutuel.

« Si les États-Unis ne veulent plus diriger, le Canada le fera. » Voilà une puissante déclaration faite par le nouveau premier ministre du Canada en avril 2025 au sujet du rôle du Canada dans le monde. L'un de nos objectifs internationaux est d'atteindre la cible 95-95-95 des Nations Unies pour le VIH (95 % des cas diagnostiqués, 95 % des cas traités, 95 % des charges virales supprimées) d'ici la fin de 2025¹⁴. Certaines provinces et certains territoires au Canada sont en voie d'atteindre cet objectif, mais comme le VIH se transmet au-delà des frontières, il faut s'y attaquer partout à la fois. Le VIH est un exemple probant du besoin de leadership fédéral.

Des investissements dans les soins et la distribution de médicaments sont particulièrement requis dans les communautés éloignées où l'accès aux soins de santé est inéquitable. Les systèmes de santé souverains des Autochtones devraient prospérer, et des soins culturellement appropriés devraient être accessibles partout pour les Autochtones.

Des cliniques de perfusion privées fournissent actuellement des soins médicalement nécessaires aux patients qui ont besoin de médicaments comme l'infliximab pour des maladies comme la maladie de Crohn et la polyarthrite rhumatoïde. Les sociétés pharmaceutiques multinationales exploitent actuellement ce manque dans nos médicaments financés par des fonds publics pour commercialiser des produits plus chers dans une catégorie de médicaments biologiques et spécialisés qui coûte plus de 5 milliards de dollars par année, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹⁵. Les médicaments et les services requis pour les recevoir devraient être inclus dans le système de soins de santé public du Canada.

De nombreux acteurs du système de santé canadien, dont Santé Canada, achètent des données sur la distribution de médicaments d'une entreprise dont le siège social se situe à Durham, en Caroline du Nord. IQVIA vend les informations personnelles sur la santé collectées dans les pharmacies à des tiers. Le Canada ne devrait pas dépendre d'une entreprise américaine pour améliorer les pratiques de prescription. Nous devons reprendre le contrôle de nos données et veiller à ce qu'elles soient utilisées pour améliorer les soins. Des investissements dans notre infrastructure de données et de nouvelles façons de collaborer entre les administrations sont essentiels.

Tandis que nous améliorons l'accès aux médicaments, nous devons aussi réduire les effets néfastes causés par leur utilisation inappropriée. La crise des opioïdes a été provoquée par la commercialisation illégale de médicaments à des médecins qui ont rédigé des ordonnances mortelles. Les milliers de décès par année dans la crise des opioïdes qui sévit toujours nous rappellent que nous ne pouvons pas répéter nos erreurs passées. Une stratégie nationale pour la prescription et l'utilisation appropriées des médicaments est vitale.

Les soins virtuels peuvent contribuer à élargir l'accès aux soins et aux médicaments, mais certains services contournent les règlements et les normes de pratique pour produire rapidement des ordonnances. Le régime d'assurance médicaments doit être mis en place d'une manière qui respecte les normes tout en élargissant l'accès.

Les tentatives du Canada pour faire baisser les prix des médicaments brevetés ont échoué depuis 1987. En 2017, le ministre de la Santé a annoncé des modifications au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) qui étaient censées faire diminuer les prix des médicaments et ouvrir la voie vers le régime d'assurance médicaments. Depuis lors, le CEPMB était chancelé et les prix des médicaments se sont envolés¹⁶. La bonne séquence est limpide : mettre en place le régime d'assurance médicaments dès aujourd'hui pour réduire les prix et les dépenses liés aux médicaments demain. Au fil des décennies, les États-Unis ont fait pression sur le Canada pour qu'il adopte une posture faible qui profite aux entreprises américaines qui prolongent les brevets, et le Canada continue de se faire tirer l'oreille et de payer.

Le régime d'assurance médicaments représente une occasion d'assurer l'impact environnemental des médicaments suivant une approche « Une seule santé¹⁷ » Les décisions relatives à la sélection des médicaments tiennent compte du fait que certains, mais pas la totalité, des médicaments contiennent des sous-produits qui restent dans l'eau et l'air pendant des siècles. Tout en veillant à ce que les médicaments soient facilement accessibles à tous d'un océan à l'autre, nous devons protéger l'eau, la terre et l'air qui sont essentiels à la vie.

La plupart des meilleurs médicaments (anti-infectieux, traitements pour la haute tension artérielle, traitements pour la dépression et la schizophrénie et autres traitements vitaux) ont été découverts il y a des décennies. Même si des décisions difficiles devront être prises concernant les médicaments nouveaux et dispendieux, nous pouvons dès maintenant fournir un accès gratuit à de nombreux médicaments efficaces à un coût relativement bas et dans le respect d'un budget fixe. À l'avenir, la liste des médicaments couverts pourra être allongée suivant les meilleures pratiques et les précédents internationaux qui établissent un équilibre entre les ressources publiques limitées et le droit à la santé^{18,19,20}.

Le régime d'assurance médicaments réduira les dépenses en médicaments de milliards de dollars, en économies directes sur les médicaments et indirectes par l'amélioration de la santé, mais sa justification dépasse les avantages tangibles. L'assurance médicaments, c'est une question de vie, de santé et d'équité. De droits de la personne^{21,22}.

La meilleure route devant nous est une montée. Des décisions audacieuses sont requises dès maintenant pour le régime d'assurance médicaments, prises pour le Canada et au Canada, et qui sont résilientes aux vrais défis. L'option facile est de plus ou moins maintenir le statu quo, cédant à la peur et à la désinformation.

Le Canada continuera de dépenser d'importantes sommes en médicaments, et nous pouvons décider d'investir dans l'innovation et la capacité de production canadiennes. Le Canada a donné au monde l'insuline, premièrement en la découvrant, puis grâce aux exportations de Connaught Laboratories à Toronto. En revanche, de nos jours, les gens qui vivent au Canada peinent à se payer des produits d'insuline qui nous sont expédiés par des personnes davantage intéressées par notre argent que par notre santé. Les lacunes spécifiques dans les politiques ont empêché le Canada de progresser, et nous pouvons décider d'aller de l'avant vers une position de force et de leadership. Forts et libres.

Sommaire

Des millions de personnes au Canada ne prennent pas des médicaments essentiels parce qu'elles ne peuvent pas se les payer. Cette situation touche tout particulièrement les patients externes - des personnes qui reçoivent des traitements médicaux, mais qui n'ont pas besoin d'être dans un hôpital. L'accès aux médicaments, qui dépend de l'assurance privée ou de la capacité à payer de sa poche, est inéquitable ou injuste.

L'absence d'une approche nationale concertée pour l'accès aux médicaments est inacceptable. Un changement se fait attendre depuis trop longtemps.

Le présent rapport présente un cadre complet pour un régime d'assurance médicaments public universel à payeur unique au Canada. Il repose sur la reconnaissance de l'accès aux médicaments essentiels comme un droit de la personne et :

- comblera les écarts dans l'accès aux médicaments;
- réduira les disparités en matière de santé;
- améliorera les résultats en matière de santé;
- fera économiser des milliards de dollars.

La législation sur l'assurance médicaments, à la fin de 2023, faisait partie de l'entente intitulée « Obtenir des résultats dès maintenant pour les Canadiens » annoncée par le premier ministre le 22 mars 2022²³. Le 10 octobre 2024, la *Loi concernant l'assurance médicaments* est entrée en vigueur²⁴. Elle a jeté les bases juridiques et politiques d'un régime d'assurance médicaments universel, en commençant par les contraceptifs et les médicaments contre le diabète et en progressant vers une liste plus complète des médicaments assurés. La loi a aussi créé un comité d'experts chargé de formuler des recommandations sur les options de fonctionnement et de financement d'un régime national d'assurance médicaments universel à payeur unique²⁵.

Le comité a fait preuve d'ouverture d'esprit à l'égard de son mandat. Ses membres ont étudié un large éventail d'options en tenant compte de leur contexte et de leur histoire. Ils voulaient que leurs travaux s'appuient sur les travaux existants et les complètent, notamment :

- un rapport d'un comité parlementaire de 2018 intitulé *Un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Canadiens : Une nécessité*²⁶;
- un rapport de 2019 du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments²⁷.

Le comité a consulté des personnes qui avaient différents points de vue sur le fonctionnement et le financement des régimes d'assurance médicaments. Il a examiné de grandes quantités de données, dont des sommaires des données du gouvernement qui ne sont normalement pas accessibles. Ses membres ont réalisé un examen minutieux des sources nationales et internationales et pris en considération l'histoire de la politique de santé dans ce contexte. Ils ont également exploré différentes approches pour la couverture des médicaments au Canada et à l'étranger et ont tenu compte des orientations internationales.

Le comité a conclu que l'approche actuelle de l'accès aux médicaments au Canada compromet le droit à la santé ainsi que l'identité du Canada comme pays engagé à l'égard de l'équité et des soins universels. Il rejette l'idée d'un modèle limité qui ne fait que combler les lacunes et défend plutôt un régime d'assurance médicaments universel à payeur unique et public basé sur les droits de la personne.

Le comité a conclu qu'un régime d'assurance médicaments national améliorera les résultats en matière de santé, réduira les disparités et optimisera les investissements publics existants dans les médicaments. Il rationalisera l'accès, harmonisera la collecte de données, permettra des évaluations de l'efficacité et des coûts, stabilisera les chaînes d'approvisionnement et pourrait soutenir la fabrication au pays. Avec les économies anticipées à l'échelle du système, le gouvernement pourrait dégager une marge de manœuvre pour réinvestir dans les services comme les soins de santé primaires et les soutiens communautaires - en particulier les services privilégiés par les Autochtones et les populations mal desservies.

Ces huit recommandations constituent une feuille de route détaillée pour guider le gouvernement fédéral dans le fonctionnement et le financement d'un régime d'assurance médicaments qui est fondé sur des droits et des données probantes et aligné sur les obligations juridiques et issues de traités du Canada.

Le comité exhorte les leaders fédéraux à agir dès maintenant

Résumé des recommandations

Recommandation 1

Le gouvernement fédéral devrait faire avancer rapidement la nouvelle législation en reconnaissant explicitement le droit aux médicaments essentiels - en s'appuyant sur la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* de 2021 et la *Loi concernant l'assurance médicaments* de 2024 - et en définissant exactement de quelle façon la politique fournit une couverture universelle au premier dollar dans le cadre d'un régime à payeur unique public qui est équitable et juste.

Le gouvernement devrait promulguer une loi fédérale qui reconnaît formellement l'accès aux médicaments essentiels comme un droit de la personne, ancré dans les obligations constitutionnelles et les engagements internationaux du Canada. Les nouvelles dispositions législatives devraient :

- établir un régime d'assurance médicaments universel à payeur unique et public avec une couverture au premier dollar équitable;
- inclure des critères de mise en application précis liés au financement fédéral;
- promouvoir la réconciliation par l'intégration des droits des Autochtones et des obligations découlant de traités;
- assurer un accès cohérent aux médicaments essentiels dans tous les secteurs de compétence au Canada.

Recommandation 2

Le gouvernement fédéral devrait financer en totalité une liste de médicaments essentiels, assurant un accès gratuit à toutes les personnes qui vivent au Canada par les processus déjà en place, par exemple les cartes santé provinciales et territoriales.

Le gouvernement fédéral devrait s'engager à financer en totalité une liste de base des médicaments essentiels pour assurer un accès gratuit et égal dans toutes les provinces et tous les territoires, en se servant l'infrastructure de santé publique existante. Cette approche à payeur unique évite les inconvénients des accords bilatéraux, consacre l'accès universel et accroît la capacité de négocier les prix des médicaments avec les sociétés pharmaceutiques.

L'assurance médicaments devrait être fournie par les régimes d'assurance médicaments provinciaux, territoriaux et fédéral existants à l'aide des systèmes de cartes santé actuels, permettant un accès sans entraves ni frais d'utilisation. Le régime d'assurance médicaments devrait être le premier payeur pour les médicaments essentiels, tout en respectant la souveraineté des Autochtones en matière de santé et en permettant la transférabilité entre les secteurs de compétence au Canada. Les assureurs privés peuvent offrir une couverture complémentaire, comme ils le font dans d'autres pays.

Recommandation 3

Le gouvernement fédéral devrait mettre à profit les meilleures pratiques internationales pour établir un organisme indépendant qui administre la liste des médicaments essentiels qui doivent être financés par l'État pour l'ensemble de la population du Canada. Cet organisme indépendant ne devrait pas avoir de conflit d'intérêts financier.

Un organisme indépendant sans conflit d'intérêts devrait être créé pour évaluer et tenir à jour la liste des médicaments essentiels en fonction des besoins en matière de santé publique. Cet organisme devrait :

- n'être soumis à aucune influence politique;
- être le reflet de la diversité du Canada;
- prioriser les perspectives des soins de santé primaires;
- adopter un processus transparent, fondé sur des données probantes et aligné sur les normes internationales comme celle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Recommandation 4

Le gouvernement fédéral devrait élaborer une stratégie nationale pour les médicaments essentiels qui garantit l'abordabilité et l'accessibilité. En mettant en place des achats concurrentiels et en concluant des accords financiers stratégiques, le Canada peut renforcer son système de soins de santé, protéger les chaînes d'approvisionnement et promouvoir la production pharmaceutique au pays.

Le gouvernement devrait adopter une stratégie multidimensionnelle pour optimiser l'accès aux médicaments essentiels, leur rentabilité et la sécurité des patients. Les composantes devraient comprendre :

- une stratégie d'approvisionnement concurrentielle, y compris des appels d'offres pour faire baisser les prix;
- la surveillance des coûts et des outils de limitation des coûts pour les médicaments brevetés;
- la distribution durable des médicaments, le dédommagement des pharmacies et l'accès en région rurale;
- des protections contre les pénuries de médicaments;
- la prescription fondée sur des données probantes;
- la surveillance des données.

Cette approche intégrée stabilisera les chaînes d'approvisionnement, aplanira les iniquités et procurera de meilleurs résultats en matière de santé à moindres coûts.

Recommandation 5

Le gouvernement devrait financer en totalité la liste initiale des médicaments essentiels par diverses mesures de génération de revenus qui sont équitables, neutres et efficaces.

Le régime d'assurance médicaments, comme d'autres initiatives nationales, peut être entièrement financé par les revenus fédéraux généraux. Au besoin, les options équitables comprennent la révision des exemptions fiscales pour les régimes d'assurance médicaments privés et l'ajustement de l'imposition du secteur de l'assurance. Ces mesures favorisent l'équité sans introduire un impôt dégressif.

Recommandation 6

Les Autochtones doivent jouer un rôle de premier ordre dans la surveillance et l'évaluation du régime pour déterminer l'incidence de l'assurance médicaments sur l'accès aux médicaments. Les représentants des Premières Nations et des Inuits devraient décider comment les économies produites par le Programme des services de santé non assurés devraient être réinvesties dans les priorités des Autochtones en santé.

L'assurance médicaments réduira les dépenses par l'intermédiaire du Programme des services de santé non assurés. Cela représente une occasion pour la détermination des Autochtones en vue de rediriger le budget afin de fournir des soins de santé équitables et culturellement appropriés aux Autochtones. Une telle réorientation du financement soutiendra les systèmes dirigés par les Autochtones et réparera les préjudices causés par les politiques de santé sans risque pour les droits issus des traités.

Recommandation 7

Le gouvernement fédéral devrait rencontrer dans les plus brefs délais les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de s'entendre sur des plans pour améliorer les soins de santé primaires et les services de pharmacie. Ils devraient se concentrer sur les services qui garantissent l'accessibilité et l'utilisation appropriée des médicaments qui seront financés avec les économies que réaliseront les provinces et les territoires grâce au régime d'assurance médicaments.

Les provinces et les territoires devraient réinvestir les économies générées par le régime d'assurance médicaments dans l'élargissement des soins de santé primaires, les services de pharmacie en région rurale, les réseaux de distribution équitables et les cliniques de perfusion publiques. Sans accès aux prescripteurs et au soutien des pharmacies, le plein potentiel de l'assurance médicaments ne peut pas être réalisé, surtout auprès des populations mal desservies.

Recommandation 8

Les partenaires du système de santé et les praticiens devraient continuellement et rapidement agir en fonction des données sur les résultats en matière de santé (dont la mortalité, la morbidité et les disparités) et les habitudes de prescription afin d'améliorer les soins. La présentation de rapports annuels au Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies démontrera la détermination du Canada à promouvoir le droit à la santé.

L'incidence du régime d'assurance médicaments sur les résultats en matière de santé, les disparités, l'abordabilité, les habitudes de prescription et l'efficacité systémique devrait faire l'objet d'une surveillance systématique et annuelle de l'ICIS. Les patients, les communautés autochtones, les prescripteurs et les intervenants du secteur pharmaceutique devraient participer à l'évaluation continue. La production de rapports transparents (au pays et aux Nations Unies) démontrera l'engagement du Canada à l'égard du droit à la santé.

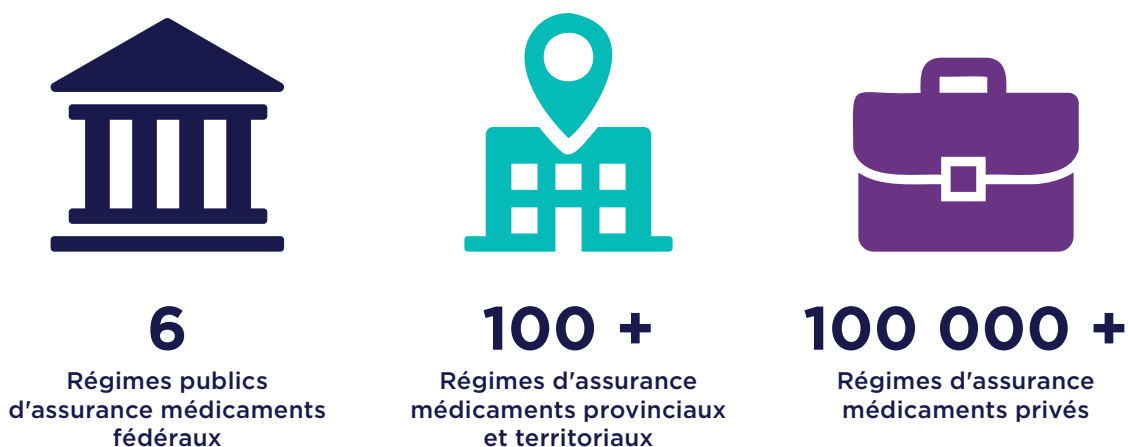
Introduction

Aujourd’hui, des millions de personnes au Canada ne prennent pas des médicaments essentiels parce qu’elles ne peuvent pas se les payer, et ce problème est beaucoup moins répandu dans les pays comparables^{28,29,30}.

Les iniquités en santé engendrent des différences inévitables dans les résultats en matière de santé, et au Canada, il existe des iniquités dans l’accès aux médicaments vitaux. Les adultes âgés, les personnes qui ont un faible revenu, les femmes, les Autochtones et les personnes racisées sont plus susceptibles de ne pas prendre un médicament à cause de son coût^{31,32,33,34}.

Comme les problèmes de santé deviennent plus courants à mesure que les gens prennent de l’âge, la capacité d’accéder aux médicaments médicalement nécessaires et appropriés devient de plus en plus importante. La majorité des gens âgés de 65 ans et plus au Canada sont actuellement atteints d’au moins une maladie chronique, et un nombre croissant d’entre eux ont de multiples maladies. En fait, un récent rapport a conclu que 25 % des adultes âgés au Canada en 2016 se sont fait prescrire des médicaments appartenant à 10 classes ou plus de médicaments. Les adultes âgés reçoivent habituellement un certain niveau de soutien de leur province ou territoire pour accéder aux médicaments sur ordonnance. Toutefois, les régimes d’assurance médicaments provinciaux et territoriaux pour les adultes âgés varient d’un bout à l’autre du Canada. Dans la plupart des cas, il y a encore des quotes-parts et des franchises qui peuvent réduire l’accès³⁵.

Figure 1 : Aperçu des régimes d’assurance médicaments existants au Canada



D'autres facteurs qui ne devraient pas avoir d'incidence sur l'accès aux médicaments essentiels déterminent en fait l'accès au Canada. Le fait d'être un nouvel arrivant (et non né au Canada) et d'être séparé ou divorcé (et non marié) sont des facteurs associés à un accès plus limité à l'assurance-maladie et aux médicaments essentiels³⁶. Les personnes racisées sont moins susceptibles d'avoir une assurance privée, et les femmes sont proportionnellement moins nombreuses à pouvoir se payer des médicaments, qu'elles aient ou non une assurance privée³⁷.

La politique sur l'accès aux médicaments prend racine dans des processus coloniaux qui se traduisent par un accès inéquitable pour les Autochtones. En raison de la ségrégation historique et contemporaine, du sous-financement et des vides en matière de compétences dans le système de soins de santé canadien, les Autochtones affichent les plus bas taux d'accès aux médicaments et aux soins^{38,39,40}.

Les iniquités sont causées par l'absence d'un régime d'assurance médicaments universel public et la dépendance à des régimes d'assurance médicaments privés pour répondre au besoin de couverture. Ces régimes ne sont pas équitablement offerts et sont souvent liés à l'emploi. Ces iniquités ont trait à la discrimination dans les pratiques d'embauche, de promotion et d'emploi.

La discrimination dans l'emploi est souvent basée sur le genre, la racialisation et l'incapacité⁴¹. Les femmes sont moins payées que les hommes et ont moins accès aux médicaments^{42,43}. Les personnes racisées ont moins de chances de recevoir une promotion et sont plus susceptibles de déclarer ne pas pouvoir se payer des médicaments⁴⁴. Une optique intersectionnelle montre que les femmes autochtones et racisées sont les plus désavantagées⁴⁵.

Rien de tout cela ne devrait plus se produire. L'accès aux soins de santé doit être un droit pour toutes les personnes vivant au Canada. L'absence d'une approche nationale et harmonisée de l'accès aux médicaments ne peut plus être une norme acceptée.

Plus de 150 pays ont une liste de médicaments essentiels, mais pas le Canada⁴⁶. Le gouvernement fédéral a la responsabilité de s'assurer que les gens ne subissent pas de préjudices à cause d'un mauvais accès aux médicaments essentiels. Le gouvernement dépense des milliards de dollars chaque année pour soutenir des systèmes qui ne fournissent pas un accès équitable aux médicaments nécessaires. Puisque chaque personne a des droits, chaque personne devrait avoir accès aux médicaments essentiels. Les médicaments essentiels répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de santé et devraient toujours être accessibles dans un système de santé qui fonctionne⁴⁷.

Au Canada, le droit à la santé représente un facteur vital de notre identité collective. Dans ce rapport et les précédents, l'iniquité de l'accès aux médicaments s'aggrave et menace ce droit dans son intention, et affaiblit conséquemment le cœur de notre identité canadienne.

Une approche basée sur les droits a des implications cruciales pour un régime d'assurance médicaments national. La reconnaissance d'un régime d'assurance médicaments dirigé par le gouvernement fédéral améliore le droit à la santé des personnes qui vivent au Canada, apportant de la robustesse et de la viabilité pour répondre aux besoins futurs de notre nation en matière de soins de santé.

Certains ont affirmé qu'il n'est pas nécessaire que le Canada établisse un programme de médicaments sur ordonnance universel à payeur unique et public. Ils font remarquer que la plupart des personnes qui vivent au Canada a accès à un certain niveau de couverture pour les médicaments et que les écarts dans l'assurance sont généralement faibles et concentrés dans de petites zones géographiques. Ils sont en faveur d'un modèle d'assurance médicaments qui « comble les lacunes », prendrait en charge les personnes non assurées et sous-assurées et coûterait présumément moins cher.

Le comité d'experts a pris acte de cette rétroaction et l'a respectée dans ses délibérations sur les recommandations concernant le fonctionnement et le financement d'un régime d'assurance médicaments national. Toutefois, le consensus du comité était que toutes les personnes vivant au Canada devraient avoir accès à des médicaments essentiels, quelles que soient leur identité ou leurs circonstances d'emploi. Par conséquent, le comité a fermement ancré ses recommandations sur le droit de chaque personne au Canada à bénéficier d'un accès égal et équitable aux médicaments essentiels.

Le comité s'est penché plus en profondeur sur les risques financiers associés à l'approche fragmentée actuelle de la couverture des médicaments. Il a déterminé qu'une stratégie nationale serait transparente dans la gestion des dépenses élevées déjà investies dans la fourniture d'un accès aux médicaments. Il a constaté des inefficacités fondamentales qui menacent la viabilité du modèle actuel. Il est crucial pour le leadership fédéral de participer aux partenariats, aux négociations et à la planification pour optimiser l'investissement.

Le comité voyait la mise en place d'un régime d'assurance médicaments universel à payeur unique et public comme un investissement dans la gestion des risques pour le gouvernement. Il permet au gouvernement de surveiller, d'évaluer et d'améliorer continuellement l'accès aux médicaments. Cela permettra de :

- rationaliser et normaliser l'accès aux médicaments essentiels;
- centraliser et harmoniser les données sur la prescription et la distribution;
- évaluer de manière indépendante l'efficacité et la rentabilité des médicaments essentiels et du régime d'assurance médicaments en tant que tel;
- fournir des occasions aux gouvernements des provinces et des territoires, et aux utilisateurs finals du Programme des services de santé non assurés, de réinvestir les économies directes et indirectes en vue d'améliorer les régimes d'assurance médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils répondent mieux aux besoins uniques des populations de patients;
- avoir une chaîne d'approvisionnement viable qui :
 - consolide la distribution nationale;
 - répond aux besoins des communautés urbaines, éloignées et rurales;
 - s'adapte aux communautés qui peuvent être touchées les catastrophes climatiques et d'autres urgences;
- bénéficier d'occasions de travailler avec d'autres pays sur une base nationale pour surmonter les défis dans l'écosystème pharmaceutique;
- renégocier avec les fabricants et les fournisseurs en cas de problèmes dans la fabrication ou la distribution, y compris l'affrontement des obstacles géopolitiques ou climatiques dans l'accès aux médicaments pour la population canadienne.

Le comité prévoit que le régime d'assurance médicaments national améliorera les résultats en matière de santé et entraînera des économies pour tous les régimes d'assurance médicaments, y compris les régimes fédéral, provinciaux, territoriaux et privés. Ces économies libéreront des ressources considérables qui pourront être réaffectées pour améliorer l'accès aux services de santé primaires et les interventions en santé afin de mieux répondre aux besoins de toutes les personnes qui vivent au Canada. Cela englobe la santé mentale, les soins pour les aînés (y compris les soins communautaires à domicile et de longue durée) et les soins palliatifs. À cette fin, le comité encourage le gouvernement fédéral à travailler avec les Autochtones et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour créer des priorités et des stratégies afin d'optimiser cette occasion de réinvestissement pour le système de santé.

Recommandations et explications

Les huit recommandations interreliées du comité appliquent une approche fondée sur les droits pour inclure les médicaments dans le système public de soins de santé du Canada.

Recommandation 1

Le gouvernement fédéral devrait faire avancer rapidement la nouvelle législation en reconnaissant explicitement le droit aux médicaments essentiels - en s'appuyant sur la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* de 2021 et la *Loi concernant l'assurance médicaments* de 2024 - et en définissant exactement de quelle façon la politique fournit une couverture universelle au premier dollar dans le cadre d'un régime à payeur unique public qui est équitable et juste.

Les nations doivent protéger les droits et prendre des mesures pour les faire valoir avec un sentiment d'urgence qui reflète la nature fondamentale des droits de la personne⁴⁸.

Les gens qui ont besoin de services de santé ne devraient pas s'y voir refuser l'accès parce qu'ils ne sont pas capables de les payer. De même, l'accès aux médicaments essentiels devrait être garanti et considéré comme un droit de la personne⁴⁹. Ce droit est reconnu au Canada comme il l'est ailleurs dans le monde^{50,51}.

Le Canada est partie au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui reconnaît la fourniture des médicaments essentiels comme une obligation de base en vertu du droit à la santé⁵². En septembre 2024, le gouvernement du Canada a répondu aux questions au sujet du droit à la santé du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies en décrivant les progrès réalisés dans la création d'un régime d'assurance médicaments national⁵³. En avril 2025, le Canada a appuyé une motion au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies qui affirmait à plusieurs reprises la nécessité de réaliser le droit à la santé⁵⁴.

La *Loi concernant l'assurance médicaments* de 2024 reconnaît que « des soins de santé de qualité, y compris un accès aux médicaments sur ordonnance et aux produits connexes, sont essentiels pour protéger et favoriser la santé et le bien-être des Canadiens ». Elle reconnaît que de multiples rapports du gouvernement ont recommandé l'établissement d'un « régime public d'assurance médicaments universel à payeur unique au Canada⁵⁵. »

Les gouvernements au Canada dépensent actuellement des milliards de dollars pour soutenir divers régimes d'assurance médicaments publics et privés qui ne procurent à certaines personnes qu'un mauvais accès aux médicaments essentiels. Cela vise le cœur de la responsabilité du gouvernement en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés.

On pourrait soutenir que les interventions gouvernementales qui favorisent l'accès aux médicaments pour certaines personnes seulement sont discriminatoires en vertu de la Charte^{56,57}. Ces soutiens comprennent l'important financement fédéral direct et indirect sous la forme d'exonérations fiscales, par exemple pour les régimes administrés par des entités privées. Le gouvernement du Canada réalise des investissements substantiels dans la protection des droits de la personne dans le monde entier, y compris pour l'accès à la santé reproductive⁵⁸. Une politique semblable devrait être appliquée à l'accès aux médicaments essentiels au Canada, où les gens possèdent les mêmes droits de la personne.

En ce qui concerne les peuples autochtones, en 1876, le gouvernement du Canada leur a promis des médicaments dans le Traité 6. En même, il a aussi investi massivement dans des projets coloniaux en adoptant la Loi sur les Indiens dans une tentative limpide de dépouiller les Autochtones de leurs droits^{59,60}. Le Traité 6 s'applique à l'intérieur et à l'extérieur du territoire qu'il vise, chevauchant plusieurs secteurs de compétence. Les médicaments ont également été promis dans plusieurs autres traités, dont les 7, 8, 10 et 11⁶¹.

L'importance de ces traités a été consacrée dans l'article 25 dans la Charte canadienne des droits et libertés de 1982 qui renvoie à la Proclamation royale de 1763⁶². La *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (Loi sur la DNUDPA) de 2021 établit la DNUDPA comme instrument de droits de la personne international applicable au Canada. Il est donc clair que le droit à la santé (qui est explicitement mentionné dans la DNUDPA) s'applique ici et maintenant aux Autochtones⁶³. L'accès aux médicaments en fait partie.

Législation

Le régime d'assurance médicaments pourrait être mis en place dans le cadre législatif actuel sans loi nouvelle ou modifiée. Cependant, les membres du comité ont convenu que l'approche privilégiée est que le gouvernement promulgue rapidement une loi plus robuste qui reconnaît clairement et explicitement le droit aux médicaments et la pertinence de la Loi sur la DNUDPA.

Les nouvelles dispositions législatives devraient :

- énoncer l'engagement général du gouvernement fédéral à soutenir un régime d'assurance médicaments universel à payeur unique;
- intégrer des critères clairs précisant comment il sera administré avec des fonds publics et par qui;
- charger le ministre fédéral de la Santé de faire appliquer ces critères pour que les provinces et les territoires reçoivent des fonds fédéraux pour les médicaments essentiels.

La nouvelle loi sur l'assurance médicaments devrait permettre au gouvernement fédéral de transférer des fonds aux gouvernements provinciaux et territoriaux qui donnent accès à une liste des médicaments essentiels. Ce serait semblable aux transferts canadiens en matière de santé effectués en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (une loi fédérale qui exige que les provinces et les territoires répondent à certains critères pour obtenir un financement fédéral). Cela assurerait les gouvernements provinciaux et territoriaux que s'ils répondent à certaines exigences, ils recevront un financement adéquat. Ce financement permettrait à l'ensemble des provinces et des territoires d'administration de manière cohérente et durable l'accès aux médicaments essentiels.

Figure 2 : Les fonds fédéraux soutiennent l'accès aux médicaments pour certains



* Tous les chiffres **sont approximatifs**

+ Estimation par le Comité des fonds indirects du Transfert canadien en matière de santé qui pourraient soutenir les **services des programmes** de médicaments des provinces et des territoires

^ Les coûts estimés pour **2025** de la non-imposition des prestations des régimes privés de soins de santé et de soins dentaires s'élèvent à **5 milliards de dollars** (Rapport sur les dépenses fiscales fédérales - Concepts, estimations et évaluations **2025** : partie 6). En 2023, 32 % des paiements des régimes privés concernaient des demandes de remboursement de médicaments (Informations sur l'assurance-maladie et l'assurance-vie au Canada, édition 2024).

~ Régimes d'assurance médicaments fédéraux (Services de santé non assurés, Anciens combattants, GRC, Service correctionnel du Canada, Programme fédéral de santé intérimaire, Forces armées canadiennes) et le **Régime de soins de santé** de la fonction publique

Ces nouvelles dispositions sous-tendraient l'élargissement du système public de soins de santé du Canada, soutenu par les piliers des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. En outre, elles donneraient au gouvernement l'occasion de faire avancer la mise en application de la DNUDPA en préconisant une approche qui tient compte de la particularité des collectivités afin de démontrer la valeur du respect des systèmes de connaissances autochtones dans les grands changements politiques et législatifs. Ultimement, cela améliorerait la santé de tous, y compris les Autochtones qui vivent dans les centres urbains et se heurtent actuellement aux plus gros obstacles dans l'obtention de médicaments essentiels, car un régime d'assurance médicaments conçu pour venir en aide aux Autochtones sans statut assistera, par sa nature, d'autres personnes qui ne bénéficient que d'un accès limité à ces médicaments.

Recommandation 2

Le gouvernement fédéral devrait financer en totalité une liste de médicaments essentiels, assurant un accès gratuit à toutes les personnes qui vivent au Canada par les processus déjà en place, par exemple les cartes santé provinciales et territoriales.

Financement fédéral

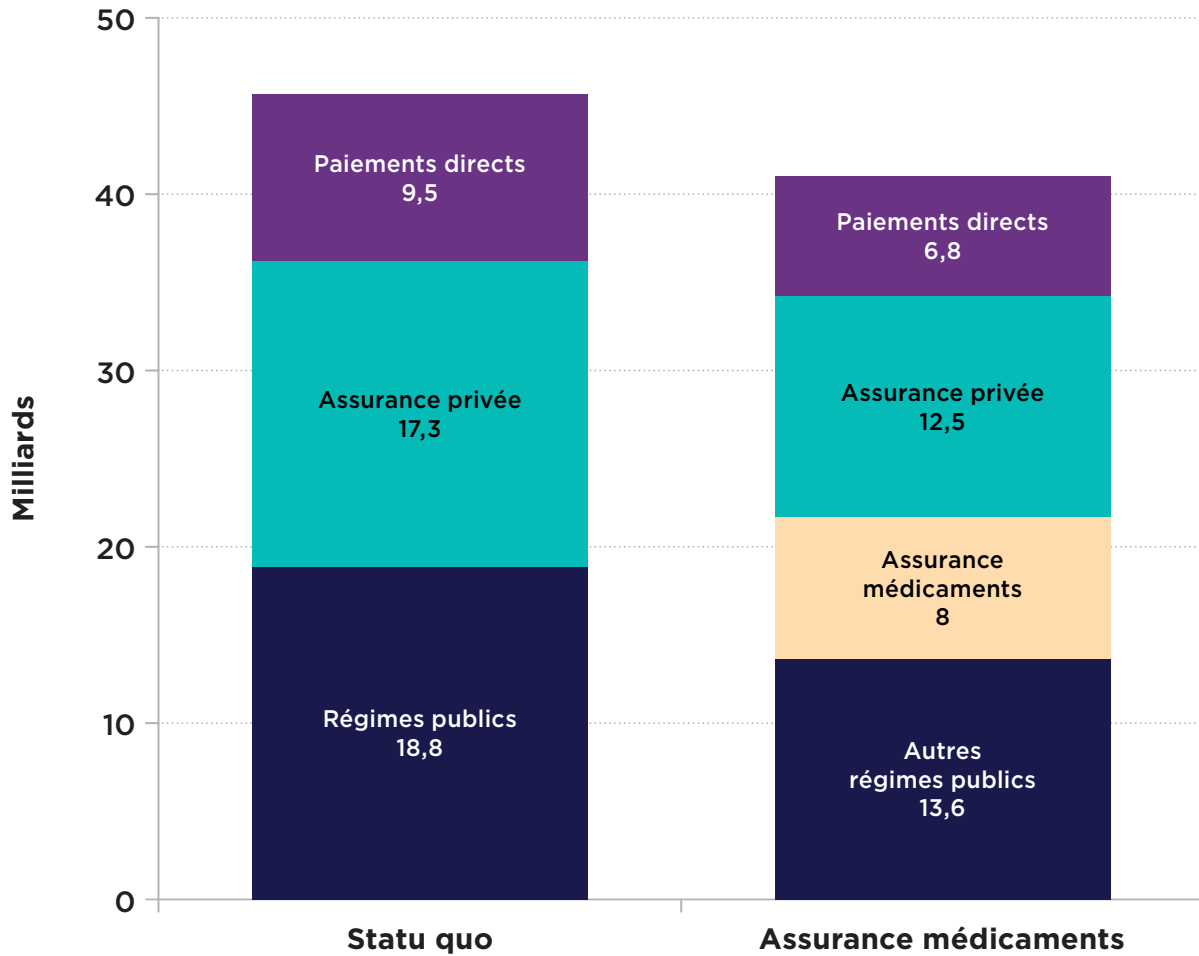
Le régime d'assurance médicaments devrait être créé à partir d'une liste de médicaments essentiels rigoureusement préparée et actualisée. La liste définirait la couverture minimale des médicaments pour être admissible au financement fédéral.

La fourniture d'une liste de médicaments gratuits est basée sur les orientations internationales, et une étude canadienne a démontré qu'elle^{64,65,66,67,68,69,70}:

- améliore les résultats en matière de santé;
- facilite l'achat de choses nécessaires, comme la nourriture;
- fait baisser des coûts globaux liés aux soins de santé;
- est acceptable pour les patients, les cliniciens et les décideurs.

Le coût total du financement public d'une liste de médicaments essentiels se situera probablement entre 6 et 10 milliards de dollars (voir l'[annexe 2](#)).

Figure 3 : Estimation des dépenses en médicaments en 2025 : le statu quo par rapport à l'assurance médicaments



Le comité recommande que le gouvernement fédéral soit entièrement responsable de payer la liste de médicaments essentiels. Un financement fédéral complet garantira que le droit aux médicaments essentiels est protégé pour tous au Canada, quels que soient leur province ou leur territoire de résidence.

La position du comité est que la responsabilité du gouvernement fédéral est de protéger initialement le droit à une norme minimale d'accès aux médicaments essentiels. Cette responsabilité ne devrait pas être déléguée aux gouvernements provinciaux et territoriaux. De même, le résultat des négociations bilatérales ne devrait d'aucune façon empêcher le gouvernement fédéral d'assumer sa responsabilité d'assurer une norme minimale d'accès aux médicaments essentiels. Lorsque les médicaments essentiels seront financés, il incombera aux provinces et aux territoires d'administrer le régime d'assurance médicaments dans leurs secteurs de compétence respectifs.

Le rôle du gouvernement fédéral dans le financement de l'accès aux médicaments est clair dans la loi, dans la politique et dans la réalité.

La Cour suprême a résumé les rôles qui se chevauchent des différents ordres de gouvernement dans le domaine de la santé :

« La «santé» n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas » (Schneider vs British Columbia, 1982).

La *Loi concernant l'assurance médicaments* de 2024 précise que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans le financement des médicaments. Elle aborde aussi l'importance de la coopération avec les gouvernements provinciaux et territoriaux⁷¹. La coopération entre les différents ordres de gouvernement dans la fourniture d'un accès aux médicaments a été recommandée dans de multiples rapports^{72,73}, surtout sous la forme d'un financement partagé^{74,75}. À ce jour, ces recommandations n'ont pas mené à la création d'un régime d'assurance médicaments national. En comparaison, les initiatives entièrement financées par le gouvernement fédéral qui fournissent des soins dentaires, des services de garde d'enfants et d'autres services administrés par les gouvernements provinciaux et territoriaux ont été mises en œuvre avec succès dans de courts délais.

Le gouvernement fédéral devrait s'engager à financer en totalité une liste de médicaments essentiels plutôt que de compléter le financement provincial et territorial pour accroître la couverture du régime d'assurance médicaments afin de fournir une couverture universelle à payeur unique au premier dollar.

Cet engagement garantirait que les principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* seraient respectés par la fourniture d'un financement durable pour une liste uniforme de médicaments dans l'ensemble des provinces et des territoires. De plus, il entraînerait une réduction immédiate des dépenses provinciales et territoriales actuelles dans ces mêmes médicaments. Les provinces et les territoires pourraient être invités à s'engager à réinvestir ces économies directes dans l'amélioration des services de soins de santé primaires connexes pour répondre aux besoins de leurs résidents (voir les [recommandations 3 et 4](#)).

Avant de formuler cette recommandation, le comité a pris en considération d'autres options de financement, par exemple :

- verser aux provinces et aux territoires une proportion du financement en fonction de leur part actuelle des dépenses en médicaments pour les médicaments couverts;
- contribuer à hauteur de la moitié du coût total des médicaments couverts.

Ces options exigeraient le type d'entente de financement bilatérale qui s'est avéré difficile et chronophage, comme l'a démontré la mise en application de la *Loi concernant l'assurance médicaments de 2024*.

Au moment de rédiger le présent rapport, seules 4 des 13 administrations canadiennes (la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon) ont conclu des ententes avec le gouvernement fédéral pour fournir l'accès à seulement deux classes de médicaments, les contraceptifs et les traitements contre le diabète, et même dans ces ententes, les médicaments inclus et leur couverture ne sont pas identiques. Dans ces ententes, en moyenne, la contribution fédérale correspond à environ 70 pour cent des dépenses totales en médicaments inclus⁷⁶.

Le recours à une approche bilatérale pour mettre en place une couverture universelle à payeur unique au premier dollar pour une liste de médicaments essentiels serait sans aucun doute beaucoup plus difficile. De plus, cela éroderait probablement encore plus la capacité du régime d'assurance médicaments à atténuer les iniquités relatives à l'universalité et à la transférabilité. Si des négociations bilatérales du financement devaient aller de l'avant, les gouvernements seraient des bailleurs de fonds conjoints. Ils auront donc le droit de participer aux activités de sélection et d'approvisionnement concernant les médicaments à inclure dans la liste des médicaments essentiels. L'absence de consensus sur ces questions pourrait engendrer d'autres disparités dans la couverture entre les provinces et les territoires.

Les disparités dans la couverture et le calendrier du régime occasionnées par les ententes bilatérales pourraient aussi influencer sur les prix des médicaments, comme l'a démontré l'actuelle approche bilatérale. Les établissements pharmaceutiques affirment qu'ils sont en mesure d'accorder des réductions plus importantes sur les prix des médicaments à un régime d'assurance médicaments public parce qu'ils peuvent demander des prix plus élevés aux payeurs privés. Si les assureurs privés décident de désinscrire des médicaments qui ne figurent que dans une ou quelques ententes bilatérales, les réductions offertes à ces administrations pourraient être moins élevées. La création d'un régime d'assurance médicaments autour d'une seule liste fédérale de médicaments essentiels permet au régime d'exploiter les économies d'échelle. Bien évidemment, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont libres de financer des médicaments supplémentaires.

L'élimination des négociations complexes et politiques requises pour les modèles de financement partagé dans les premières étapes de la mise en place du régime d'assurance médicaments augmentera la probabilité que les principes fondamentaux soient acceptés par tous les gouvernements. Ces principes concernent le droit aux médicaments, l'universalité, l'accessibilité et la transférabilité de la couverture. Qui plus est, le financement complet de tous les médicaments essentiels sur la liste évitera de pénaliser les provinces et les territoires qui ont déjà amélioré l'accès à certains médicaments essentiels.

Le modèle de financement du régime d'assurance médicaments devrait être simple. Il devrait reposer sur le remboursement par le gouvernement fédéral des médicaments essentiels distribués dans la province ou le territoire. Il devrait également être soutenu par une bonne stratégie de prescription et d'utilisation appropriée des médicaments pour assurer des soins optimaux.

Réalisation progressive

La recommandation du comité est de mettre en place le régime d'assurance médicaments dans son intégralité dès maintenant. Le droit aux médicaments essentiels doit être progressivement réalisé et toujours centré sur les médicaments couramment prescrits dans les soins primaires. Une réalisation progressive signifie que le gouvernement fédéral est obligé d'utiliser le plus de ressources disponibles possible pour élaborer et mettre en application une loi fondée sur les droits et les politiques requises pour mettre en place le régime d'assurance médicaments⁷⁷.

Le concept de la réalisation progressive reconnaît des contraintes dans les ressources, et une approche fondée sur les droits suppose des progrès constants et inexorables. Elle ne permet pas de trouver des excuses ou des prétextes pour retarder la mise en place du régime d'assurance médicaments malgré les recommandations et les promesses antérieures^{78,79,80,81,82}. Les progrès vers la réalisation d'un droit à la santé devraient faire l'objet d'un rapport annuel aux Nations Unies⁸³. Le rapport préparé pour le premier anniversaire de ces recommandations déposé au Parlement devrait décrire la fourniture d'une liste de médicaments essentiels à tous les résidents du Canada gratuitement par un régime public à payeur unique.

Expansions futures du régime d'assurance médicaments national

Les listes de médicaments financés avec des fonds publics ont tendance à croître au fil des ans. L'ajout de médicaments à la liste des médicaments inclus dans le régime d'assurance médicaments national contribuera à faire en sorte que les gens aient accès aux traitements nécessaires.

La recommandation du comité au gouvernement fédéral de financer entièrement les médicaments inclus dans le régime d'assurance médicaments ne s'appliquerait pas forcément à toutes les expansions futures de la liste des médicaments couverts. Le gouvernement fédéral devrait garantir le financement permanent et continu des médicaments inclus au départ et des médicaments ajoutés au cours des deux premières années.

Lorsque le régime d'assurance médicaments sera évalué, l'inclusion d'une plus longue liste de médicaments pourrait être envisagée, et les accords de financement pourraient devoir être établis en fonction :

- des économies directes et indirectes réelles réalisées par les gouvernements provinciaux et territoriaux;
- des facteurs comme la rubrique des décisions d'inscription et les négociations des prix qui ont eu lieu :
- plus de détails dans la [recommandation 3](#).

Ces accords de partage des coûts pourraient être déclenchés en fonction :

- du temps (p. ex., dans le cas des médicaments ajoutés plus de deux ans après la mise en place en régime d'assurance médicaments);
- des dépenses fédérales (p. ex., lorsque les dépenses fédérales dans le régime d'assurance médicaments dépassent un certain seuil);
- la part des dépenses fédérales en médicaments.

Administration du régime d'assurance médicaments

L'actuelle mosaïque de couvertures d'assurance médicaments au Canada complique l'accès pour les patients et l'administration pour les fournisseurs. De nombreux fournisseurs et patients demandent la modernisation des systèmes de santé publics du Canada et l'accès simplifié aux soins de santé essentiels. Le système actuel comprend des programmes et des régimes qui se chevauchent, ce qui mène à un dédoublement des couvertures des médicaments. Cette situation complique la coordination de la couverture entre les différents régimes et ralentit les investissements qui pourraient être redistribués aux personnes qui n'ont peu ou pas de couverture.

Une couverture financée par le gouvernement fédéral pour une liste de médicaments essentiels devrait être administrée par les programmes de médicaments publics existants pour simplifier la couverture.

Les gestionnaires des régimes d'assurance médicaments FPT ont indiqué que l'infrastructure actuelle des programmes peut déjà prendre en charge l'accès gratuit à certains médicaments. Par exemple, tous les gouvernements FPT fournissent une couverture au premier dollar pour la pilule abortive mifegymiso. Certaines provinces, comme la Colombie-Britannique et le Manitoba, offrent aussi une couverture au premier dollar pour certains contraceptifs. De plus, les provinces qui ont mis en application des ententes bilatérales pour les médicaments contre le diabète et les contraceptifs n'ont pas eu de difficulté à administrer l'accès gratuit avec leurs systèmes existants et les cartes santé provinciales. Aux premières lignes, les pharmaciens ont indiqué qu'ils ont inévitablement connu un allègement du fardeau administratif avec l'utilisation des régimes au premier dollar sans quote-part⁸⁴.

Avec le régime d'assurance médicaments, les gouvernements provinciaux se serviraient de leurs processus administratifs actuels pour la couverture au premier dollar spécifique aux médicaments. Tous les produits de marque et génériques sur la liste des produits essentiels seraient transférés dans une catégorie ou un régime où il n'y a pas de frais. Le régime d'assurance médicaments deviendrait alors le premier payeur de ces médicaments, assurant la totalité des coûts liés aux médicaments et à leur distribution pour tous les résidents, sans franchise ni quote-part.

Les bénéficiaires d'autres régimes d'assurance médicaments continueront d'avoir accès aux médicaments non couverts par le régime d'assurance médicaments national, selon les règles et les exigences d'admissibilité actuelles de ces régimes. Comme exemples de ces régimes, mentionnons les régimes fédéraux tels que le Programme des services de santé non assurés et les régimes d'assurance médicaments provinciaux et territoriaux.

En ce qui concerne les bénéficiaires des régimes d'assurance médicaments privés, la loi proposée concernant l'assurance médicaments serait parfaitement compatible avec l'assurance privée, contrairement à la *Loi canadienne sur la santé*, qui établit que les services hospitaliers et médicaux doivent être financés par l'État uniquement et interdit les paiements privés pour les services de santé médicalement nécessaires.

Les sociétés d'assurance privées et les promoteurs de régimes d'assurance médicaments pourraient continuer d'offrir une couverture pour les médicaments essentiels en plus d'autres médicaments et prestations de santé s'ils le souhaitent.

C'est semblable à ce qui se fait dans d'autres pays qui ont des régimes d'assurance médicaments publics universels au premier dollar, où l'assurance privée joue habituellement un rôle supplémentaire. De nombreux employeurs dans ces pays continuent d'offrir des régimes d'assurance médicaments privés dans leurs régimes de rémunération concurrentiels qui regroupent une assurance médicaments avec d'autres prestations de santé comme les soins dentaires, les soins de la vue et d'autres services paramédicaux. Ces régimes peuvent comprendre des médicaments qui figurent sur la liste des médicaments assurés ainsi que des médicaments qui n'y figurent pas, et souvent donnent un accès plus rapide aux médicaments nouveaux ou couvrent des médicaments de marque lorsque le régime public ne couvre que leurs versions génériques⁸⁵.

Dans le passé, l'industrie de l'assurance du Canada s'est dite en faveur du concept de mise en place par le gouvernement d'une liste des médicaments assurés basée sur les médicaments essentiels : « Il y a eu des discussions très intéressantes sur l'utilisation d'une liste de médicaments nationale utilisant pour base la définition de l'OMS pour les médicaments essentiels [...]. [N]ous pourrions tous en venir à un consensus, et faire bouger les choses rapidement⁸⁶. »

L'introduction d'une couverture au premier dollar dans les régimes de médicaments publics actuels sera relativement simple. Toutefois, le comité reconnaît que les gestionnaires des régimes d'assurance médicaments pourraient vouloir atténuer les effets que l'adoption de la liste des médicaments essentiels assurés pourrait avoir sur les bénéficiaires qui atteignent les limites des franchises et des quotes-parts et les maximums annuels par famille.

Le comité ne connaît pas de scénario dans lesquels le régime d'assurance médicaments aurait des conséquences négatives sur les bénéficiaires actuels. Nous recommandons qu'une solide stratégie de surveillance, d'évaluation et de mobilisation soit mise en œuvre pour cerner et atténuer rapidement toutes les conséquences non voulues.

Le comité a aussi reconnu que les provinces et les territoires pouvaient devoir engager des coûts pour adapter l'infrastructure administrative des régimes d'assurance médicaments actuels au régime d'assurance médicaments national. Les régimes d'assurance médicaments publics devraient avoir la possibilité de soumettre des demandes de financement pour utiliser les économies générées par le régime d'assurance médicaments national pour « opérationnaliser » ce dernier. Cela pourrait comprendre du soutien pour les besoins en ressources humaines, en TI et en communication.

Le régime d'assurance médicaments devrait être simple et universel. La simplicité signifie qu'il est facile à comprendre et à utiliser pour les membres du public. Chaque résident au Canada sera admissible au régime d'assurance médicaments à l'aide de son numéro de carte santé provincial ou territorial ou d'un autre numéro d'identification public, par exemple le numéro du Programme des services de santé non assurés ou de carte de réfugié ou d'immigration. Cette approche semble naturelle, puisque le régime d'assurance médicaments intégrera les médicaments des patients externes dans le système de soins de santé actuel financé par l'État. Cette approche fait appel aux structures administratives existantes et serait donc la plus facile à mettre en œuvre, surtout à court terme.

Les considérations relatives à l'accès gratuit aux médicaments essentiels s'appliquent aux Autochtones selon les mêmes modalités qu'aux bénéficiaires. Cependant, plusieurs considérations particulières doivent reconnaître les droits inhérents, internationaux et issus de traités des Autochtones, notamment le droit à l'autodétermination et le droit à la santé. De nombreux membres des Premières Nations et Inuits non inscrits et Métis n'ont pas accès aux médicaments par l'intermédiaire du Programme des services de santé non assurés. Le régime d'assurance médicaments représentera une amélioration considérable de l'accès des Autochtones qui ne peuvent actuellement pas bénéficier d'une assurance médicaments.

Le régime d'assurance médicaments, en tant que premier payeur des médicaments essentiels pour toutes les personnes qui vivent au Canada, améliorera l'accès de toutes celles qui n'ont pas de couverture, y compris les Autochtones et les Métis non inscrits. Toutefois, le comité a appris, dans ses consultations, que les Autochtones s'attendent à ce que le gouvernement fédéral finance les services de santé dirigés par eux. Les Autochtones pourraient aussi voir l'administration, par les gouvernements provinciaux, du régime d'assurance médicaments financé avec des fonds fédéraux comme l'abandon de cette relation. De plus amples consultations seront requises pour faire en sorte que les préoccupations des Autochtones à ce sujet soient apaisées.

De plus, un régime d'assurance médicaments national devrait donner accès aux médicaments aux résidents qui passent souvent beaucoup de temps en dehors de leur province ou territoire de résidence. Le régime devrait être accessible partout au Canada, et sa transférabilité est importante pour les personnes qui vivent dans plus d'une province ou d'un territoire.

Les patients devraient présenter des ordonnances pour les médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments à la pharmacie, avec une carte santé valide d'une autre province ou d'un autre territoire, ou un numéro d'inscription au Programme des services de santé non assurés. Ils devraient recevoir les médicaments essentiels gratuitement. Optimalement, un système de TI serait installé pour permettre à la pharmacie de vérifier rapidement les numéros de carte santé au point de service et de faire une demande de remboursement au régime d'assurance médicaments provincial ou territorial pertinent. La transférabilité devrait être introduite progressivement, car elle exigera de mettre à niveau la TI et de modifier la législation provinciale. Au départ, les demandes provenant de l'extérieur de la province devraient être compilées par les pharmacies des autres provinces ou territoires à intervalles définis pour le rapprochement.

La simplicité aide à développer les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et à moderniser le système de soins de santé. Le régime d'assurance médicaments couvre les médicaments de chaque résident. Il n'y aura plus de distinction dans la couverture parce que le médicament est requis à la suite d'un accident de travail ou parce qu'une personne est un vétéran des Forces canadiennes, par exemple.

Le comité a examiné d'autres options de validation de l'admissibilité, dont la délivrance de nouvelles cartes fédérales spécifiquement pour le régime d'assurance médicaments. Le principal avantage de cette approche serait la capacité d'accéder aux médicaments à quelque endroit que ce soit au Canada. En outre, cela permettrait au gouvernement fédéral de faire un suivi direct de l'utilisation au lieu de se fier aux données fournies par les gouvernements provinciaux et territoriaux qui utilisent différents systèmes d'administration.

Le comité ne recommande pas cette option, car la délivrance de nouvelles cartes fédérales à chaque personne au Canada exigerait des efforts considérables. De plus, cela exclurait probablement de nombreuses personnes qui ont actuellement de la difficulté à accéder aux médicaments.

Recommandation 3

Le gouvernement fédéral devrait mettre à profit les meilleures pratiques internationales pour établir un organisme indépendant qui administre la liste des médicaments essentiels qui doivent être financés par l'État pour l'ensemble de la population du Canada. Cet organisme indépendant ne devrait pas avoir de conflit d'intérêts financier.

Un organisme indépendant, qui n'a pas de conflit d'intérêts financier, devrait être établi dès maintenant pour évaluer et tenir à jour la liste des médicaments essentiels en fonction des besoins en matière de santé publique^{87,88}. Il faudrait que cet organisme indépendant soit dirigé par un directeur exécutif qui étudie les recommandations du comité et décide quels médicaments seront inscrits sur la liste des médicaments assurés du régime d'assurance médicaments. Le directeur exécutif ne devrait pas être autorisé à communiquer avec les représentants élus au sujet des dossiers concernant les médicaments. Cette règle empêcherait les lobbyistes d'approcher les représentants élus pour influencer leurs décisions.

La liste des médicaments essentiels peut être adaptée de la liste créée par l'Agence des médicaments du Canada (AMC). Toutefois, il devrait y avoir un processus rigoureux pour ajouter des médicaments à la liste ou en retirer, principalement selon leur efficacité et leur nécessité. La liste devrait être positive, à savoir que les médicaments qui y sont inscrits sont gratuits sans restriction ni condition.

Tout le monde devrait être autorisé à suggérer des changements dans la liste des médicaments essentiels, mais les prestataires de soins primaires devraient occuper une place centrale dans les décisions concernant les médicaments à inscrire sur cette liste. Il en est ainsi parce qu'ils prescrivent le plus de médicaments au Canada et ont une expertise dans l'obtention d'avis de spécialistes. Par ailleurs, les parties qui prendront part aux décisions concernant l'inscription de médicaments sur la liste devraient refléter la diversité du Canada et représenter les difficultés particulières auxquelles se heurte la population en ce qui a trait à la santé et à l'accès aux soins (p. ex., les crises sanitaires émergentes et les répercussions qu'a eues la colonisation sur la santé des Autochtones).

La liste devrait être révisée et actualisée régulièrement. L'OMS met à jour sa Liste modèle de médicaments essentiels tous les deux ans et peut servir de guide pour le régime d'assurance médicaments. Des mises à jour ponctuelles peuvent être effectuées dans des circonstances spéciales, par exemple lorsque les vaccins contre la COVID ont été rendus disponibles gratuitement pendant la pandémie.

Recommandation 4

Le gouvernement fédéral devrait élaborer une stratégie nationale pour les médicaments essentiels qui garantit l'abordabilité et l'accessibilité. En mettant en place des achats concurrentiels et en concluant des accords financiers stratégiques, le Canada peut renforcer son système de soins de santé, protéger les chaînes d'approvisionnement et promouvoir la production pharmaceutique au pays.

Stratégie nationale pour les médicaments essentiels

Une stratégie nationale unique pour les médicaments essentiels contribuera à coordonner les efforts dans un secteur complexe qui englobe de nombreuses institutions gouvernementales et non gouvernementales jouant différents rôles. Le gouvernement fédéral devrait mener l'élaboration de la stratégie, en collaboration avec :

- les Autochtones, en partenariat avec Services aux Autochtones Canada;
- les gouvernements des provinces et des territoires;
- les professionnels de la santé, les organisations et les patients;

La stratégie devrait inclure la gestion de la liste des médicaments essentiels assurés, les méthodes d'achat, les évaluations de l'efficacité et de la pertinence des prescriptions, la distribution des médicaments et l'utilisation optimale de ceux-ci.

La fourniture d'une liste de médicaments gratuits est basée sur les orientations internationales, et une étude canadienne a démontré qu'elle^{89,90,91,92,93,94,95}:

- améliore les résultats en matière de santé;
- facilite l'achat de choses nécessaires, comme la nourriture;
- fait baisser des coûts globaux liés aux soins de santé;
- est acceptable pour les patients, les cliniciens et les décideurs.

Dans les six mois suivant la réception du présent rapport, une liste des médicaments essentiels devrait être financée par l'État, et des efforts visant à assurer l'utilisation appropriée de ces médicaments devraient être entrepris en collaboration avec AMC.

Après que l'accès aux médicaments essentiels aura été donné, il sera déterminant qu'une stratégie d'achat soit appliquée dans les meilleurs délais afin de maximiser la valeur de ces médicaments.

Réduction du coût des médicaments essentiels

Une stratégie d'achat devrait avoir pour principal objectif de réduire les coûts des médicaments suivant des méthodes approuvées à l'international, par exemple des appels d'offres. Elle devrait reposer sur divers critères pour garantir la valeur de l'investissement, et être guidée par des principes qui répondent aux besoins particuliers en matière de santé de la population canadienne. En plus du prix, la capacité à surmonter les perturbations des chaînes d'approvisionnement et à appuyer les investissements dans la production intérieure devrait être prise en compte par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ou une autre entité responsable de la négociation des prix des médicaments.

Les dépenses en médicaments par personne sont plus élevées au Canada que dans des pays comparables comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande, le Royaume-Uni et le Mexique⁹⁶. Seuls quelques pays dépensent plus que le Canada par personne, dont les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse⁹⁷.

Les quelque 45 milliards de dollars dépensés en médicaments sur ordonnance (par tous les payeurs) en 2024 au Canada sont similaires au montant dépensé en éducation postsecondaire et supérieurs aux budgets totaux de Services aux Autochtones Canada, de Santé Canada, d'Anciens Combattants Canada, du ministère de l'Industrie et de la Société canadienne des hypothèques et de logement combinés⁹⁸.

Les dépenses totales en médicaments équivalent à environ 11 % du budget fédéral⁹⁹.

Les dépenses en médicaments au Canada croissent même plus vite que d'autres coûts, les récentes hausses dans les dépenses publiques allant de 6,4 % à 7,4 %¹⁰⁰. Or, les bénéfices pour la santé que procurent ces médicaments n'augmentent pas en proportion de ce taux élevé. Aucun rapport n'indique que l'espérance de vie, la santé ou la satisfaction à l'égard des soins de santé s'accroît près de ce taux¹⁰¹.

Il est inquiétant de constater que l'espérance de vie au Canada a chuté ces dernières années¹⁰². Cette baisse s'explique en grande partie par la crise des opioïdes qui a été alimentée par des investissements dans les thérapies aux opioïdes. Les préjudices causés par ces thérapies n'ont pas été anticipés en raison de l'absence d'une stratégie nationale pour les médicaments et d'une étroite surveillance par des experts^{103,104}.

La valeur des dépenses en médicaments diminue, mais nous dépensons davantage année après année. On ne peut pas tolérer que le rendement du capital investi continue de diminuer, menaçant la viabilité de l'accès aux produits de santé essentiels. Les dépenses en médicaments augmentent plus rapidement que les recettes fiscales et les revenus d'autres sources du gouvernement.

Plusieurs raisons connexes expliquent les dépenses excessives en médicaments au Canada. La structure des prix des médicaments brevetés et génériques fait souvent que des milliards de dollars restent inutilisés chaque année^{105,106}. Cet argent pourrait être réinvesti dans l'accès durable, efficace et fondé sur des données probantes aux médicaments et aux services de soins de santé primaires.

La hausse des dépenses en médicaments est principalement attribuable à la hausse des prix des médicaments, et non à des différences dans la prescription ou l'utilisation des médicaments. Les nouveaux médicaments chers comptent pour une grande partie des dépenses, et leur part de marché continue de s'étendre. Entre-temps, de plus anciens médicaments prescrits qui répondent à la plupart des besoins médicaux représentent une portion relativement petite des dépenses totales en médicaments. Les prix de ces médicaments anciens sont justes et prévisibles¹⁰⁷.

Les modèles opérationnels actuels perpétuent une préférence pour les médicaments coûteux avant les médicaments de rechange établis et plus économiques. Par exemple, certains fournisseurs de régimes d'assurance médicaments privés touchent une commission sur la valeur monétaire de chaque demande de remboursement soumise, calculée sur le prix du médicament. Cela incite les assureurs à promouvoir des médicaments plus chers au lieu des médicaments de remplacement génériques ou des options moins chères.

Afin de réduire les prix des médicaments, des méthodes d'achat concurrentielles telles que les appels d'offres devraient être appliquées¹⁰⁸. Un appel d'offres peut être lancé lorsqu'il se peut que plusieurs fabricants soumettent une offre, ce qui devrait être le cas pour la plupart des médicaments essentiels. Pour les autres produits, comme les médicaments à source unique, rarement utilisés et relativement peu coûteux, un appel d'offres pourrait ne pas réduire substantiellement les prix, voire ne pas les réduire du tout. Les méthodes d'achat comme celles qui sont actuellement employées au Canada devraient continuer d'obtenir la meilleure valeur.

Les gouvernements FPT collaborent actuellement par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique pour négocier des prix des médicaments de marque et génériques pour les régimes d'assurance médicaments publics¹⁰⁹.

En plus de négocier le prix des médicaments de marque, la méthode d'achat de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique consiste à lier le prix des médicaments génériques à un pourcentage du prix au catalogue du médicament de marque. Cette méthode reconnaît que les fabricants de médicaments génériques ne financent pas la recherche ou la commercialisation de médicaments novateurs, même s'ils investissent dans le développement de molécules génériques.

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique se sert de limites de prix pour les médicaments génériques couramment prescrits pour lesquels il y a plusieurs fournisseurs (généralement 25 % du prix du médicament de marque)¹¹⁰.

Les prix des médicaments génériques au Canada incluent indirectement le coût des activités et des services de pharmacie supplémentaires sous forme d'indemnités professionnelles. Ces indemnités sont allouées par les fabricants pour augmenter leur part de marché dans les pharmacies. Elles incitent les chaînes, groupes ou propriétaires indépendants de pharmacies à choisir de garder en stock le produit générique d'une entreprise plutôt que d'autres produits. En plus de gonfler les prix, cette pratique commerciale cause des iniquités dans le financement des services de pharmacie d'un site de distribution à l'autre. Cela s'explique par le fait que le financement est négocié avec les distributeurs des pharmacies au cas par cas. L'investissement dans ces indemnités professionnelles par les pharmacies n'est ni surveillé ni réglementé et ne mène pas forcément à des investissements dans les services des pharmacies. Par ailleurs, les indemnités professionnelles changent en réponse aux pressions externes sur les prix et autres pressions de l'industrie, ce qui ajoute de l'incertitude au financement des services de pharmacie essentiels^{111,112}.

Certains pays où les dépenses en médicaments sont nettement moins élevées recourent à des processus d'appels d'offres concurrentiels pour faire baisser les prix. La Nouvelle-Zélande est un exemple de pays qui a mis en place les appels d'offres malgré des craintes concernant les pénuries et le départ de l'industrie dans un marché relativement petit qu'un océan sépare de certains fabricants^{113,114}. La Nouvelle-Zélande n'est qu'un exemple : de nombreux pays lancent des appels d'offres pour faire baisser les prix des médicaments¹¹⁵.

Depuis 2018, au Canada, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique a conclu avec des fabricants de médicaments génériques des ententes pour faire baisser les prix qui ont fait économiser des milliards de dollars. En échange, l'Alliance n'a pas mis en place de processus d'appel d'offres pour obtenir de meilleurs prix. Ces économies sont toutefois présumément moindres que celles qui seraient réalisées grâce aux appels d'offres. L'entente d'évitement des processus d'appel d'offres concurrentiels expire en 2026¹¹⁶.

Dans le cas du nombre relativement faible de médicaments sur la liste des médicaments essentiels protégés par un brevet, une variété de mesures peuvent être prises pour réduire les prix.

Le prix des médicaments de marque est théoriquement établi de manière à ce que l'entreprise pharmaceutique puisse recouvrer son investissement dans la recherche et le développement requis pour :

- mettre le produit en marché;
- promouvoir le médicament avec des stratégies de vente.

Le prix est établi pour permettre au fabricant de faire un profit raisonnable pendant la période où le brevet est protégé.

Il existe des mesures pour protéger le public contre les prix trop élevés des médicaments de marque. Le CEPMB a été créé pour veiller à ce que les prix des médicaments brevetés au Canada ne soient pas excessifs. Il examine les données sur les prix fournies par les entreprises pharmaceutiques et fixe des limites sur les prix qu'elles peuvent facturer pour les médicaments brevetés. Cependant, il ne garantit pas que les prix des médicaments sont établis pour être rentables, et les récentes tentatives de le faire ont échoué.

En 2017, le gouvernement du Canada a annoncé des changements dans la méthode d'établissements des prix des médicaments brevetés, dans le but de les rendre plus abordables¹¹⁷. Ces changements ont été annoncés comme une intervention qui allait ouvrir la voie au régime d'assurance médicaments. Les prix des médicaments allaient d'abord diminuer, puis les médicaments seraient inclus dans notre système de soins de santé public¹¹⁸. Après huit ans et une contestation des réformes annoncées devant les tribunaux, peu de progrès ont été réalisés dans la réduction des prix des médicaments brevetés^{119,120}.

Historiquement, le CEPMB a évalué le prix des médicaments brevetés en partie en fonction des engagements de l'industrie à réinvestir un pourcentage de leurs revenus dans la R et D au pays, afin qu'elle apporte des thérapies novatrices aux Canadiens. En revanche, les rapports du CEPMB ont toujours montré que ces cibles de R et D (habituellement fixées à 10 % des revenus de vente) sont rarement atteintes. Il semblerait, d'après les événements récents (dont des contestations judiciaires, des départs volontaires de dirigeants et la stagnation des mises à jour des lignes directrices), que cette approche ne soit pas une solution à elle seule suffisante pour assurer la rentabilité et l'accessibilité durable des médicaments novateurs¹²¹.

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique participe actuellement à des négociations avec les entreprises pharmaceutiques pour réduire la liste au catalogue d'un médicament dont le financement public est envisagé. Les régimes d'assurance médicaments publics reçoivent des réductions confidentielles non divulguées au public en fonction des volumes de vente et d'autres facteurs. Cependant, à l'avenir, si l'on détermine que certains médicaments essentiels dépassent un seuil de volonté de payer dans les négociations, le gouvernement fédéral pourrait envisager d'autres outils de limitation des coûts comme l'octroi de licences obligatoires. Avec l'octroi de licences obligatoires, un organisme de réglementation détermine que le prix d'un médicament nécessaire dépasse la limite acceptable. Ensuite, il offre au détenteur du brevet un prix réduit tout en réservant la capacité d'accorder à d'autres fabricants la capacité de produire le médicament nécessaire et de payer le détenteur du brevet des frais d'octroi de licence raisonnables¹²².

Le ministre fédéral de la Santé a demandé que AMC élabore une stratégie nationale d'achat en gros pour les médicaments sur ordonnance et les produits connexes. Ces travaux peuvent orienter la stratégie d'achat pour la liste des médicaments essentiels qui constitueront la liste des médicaments essentiels assurés.

Au fur et à mesure de l'élaboration de la stratégie pour les médicaments essentiels, un organisme d'achat, qu'il s'agisse de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ou d'un autre, devrait avoir comme mandat de contacter les fabricants des médicaments sélectionnés pour la liste des médicaments essentiels afin de négocier la valeur. Cela signifie, dans la mesure du possible, de rouvrir les ententes déjà conclues avec les établissements pharmaceutiques en reconnaissance de l'économie d'échelle qu'un payeur universel unique apporterait à la table.

En plus de faire diminuer les prix de certains médicaments, le comité a entendu des intervenants, tout particulièrement les administrateurs des régimes d'assurance médicaments, que la stratégie devrait consister à examiner la valeur outre le prix.

Les ententes sur la liste des produits devraient comprendre des garanties pour :

- prévenir les perturbations des chaînes d'approvisionnement;
- atténuer l'effet des pénuries de médicaments;
- soutenir la production intérieure;
- prévenir la domination du marché à long terme;
- prendre en considération d'autres facteurs tels que l'impact environnemental.

Lorsque les ententes sur la liste des médicaments essentiels ont été conclues avec les fabricants, les pharmacies devraient avoir du temps pour ajuster leurs stocks avant que les nouveaux prix entrent en vigueur.

Autres conseils

Une conséquence de la réduction des prix des médicaments est l'effet qu'elle peut avoir sur le modèle de distribution pharmaceutique qui est actuellement financé en partie ou en totalité par des majorations des prix des médicaments.

Les distributeurs des pharmacies agissent comme des grossistes, exploitent des entrepôts régionaux et livrent les produits aux pharmacies situées partout au pays. La capacité à distribuer adéquatement les médicaments aux emplacements ruraux et éloignés est particulièrement préoccupante si les revenus des majorations associées aux prix des médicaments diminuent considérablement. Par exemple, l'accès aux produits qui exigent des normes de transport, par exemple les stupéfiants contrôlés, les produits à température contrôlée et les matières jugées dangereuses, peut être touché négativement par les réductions de prix.

Le comité recommande que le gouvernement fédéral fournisse un financement prévisible aux distributeurs de médicaments essentiels pour maintenir la durabilité de la distribution et améliorer l'accès dans les régions éloignées.

Cela peut être concrétisé en offrant :

- des incitatifs financiers pour les services améliorés dans les régions éloignées et rurales;
- des investissements dans les entrepôts régionaux;
- d'autres initiatives élaborées conjointement pour compenser la réduction des revenus d'exploitation provenant de la majoration des prix.

Les distributeurs devraient être intégrés à la stratégie de surveillance et d'évaluation des répercussions du régime d'assurance médicaments pour traiter les répercussions sur la chaîne d'approvisionnement et de distribution et l'accès équitable.

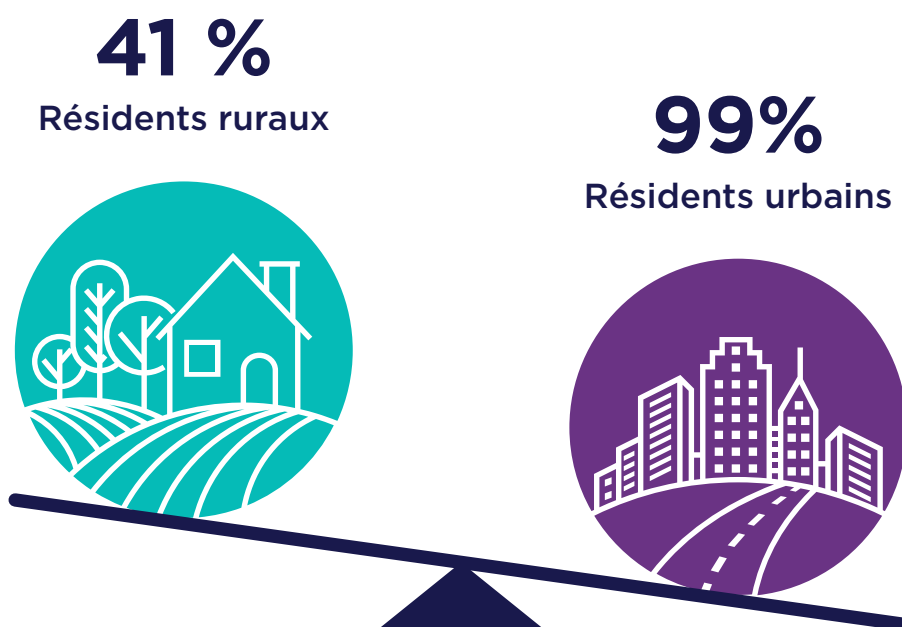
Les propriétaires et les exploitants de pharmacie comptent généralement sur les revenus provenant des frais d'exécution d'ordonnance et des majorations comme indemnité pour les services de pharmacie qu'ils offrent. Les frais d'exécution d'ordonnance négociés par les administrateurs des régimes d'assurance médicaments publics sont considérablement plus bas que ceux remboursés par les assureurs privés ou facturés aux personnes non assurées. Les intervenants du secteur des pharmacies ont dit craindre que l'intégration des médicaments essentiels dans un régime universel public à payeur unique entraîne une réduction marquée des revenus provenant des frais d'exécution d'ordonnance. Ce déclin potentiel pourrait avoir une incidence négative sur la portée des services offerts par les pharmacies.

Les administrateurs du régime d'assurance médicaments devraient communiquer avec les exploitants de pharmacies afin de déterminer un modèle d'indemnité approprié pour les médicaments essentiels en vue de maintenir et d'améliorer les services de pharmacie pour soutenir les soins primaires.

Des frais d'exécution d'ordonnance plus élevés devraient être appliqués à toutes les ordonnances exécutées dans les communautés nordiques ou isolées afin d'améliorer les services aux populations mal desservies. Les frais de fret pour les envois aériens vers les communautés éloignées devraient être remboursés.

Une communauté nordique ou isolée est définie par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme une communauté dont au moins 50 % de la population doit faire au moins 60 minutes de route pour se rendre dans un centre urbain comptant au moins 50 000 habitants. Aux fins de l'examen de l'accès aux médicaments, la définition devrait décrire une communauté ayant accès comme étant celle qui se trouve à moins d'une heure d'un centre peuplé doté d'une pharmacie pleinement opérationnelle. Une pharmacie pleinement opérationnelle est une pharmacie qui peut recevoir des commandes quotidiennes des distributeurs et est ouverte un minimum de 40 heures par semaine.

Figure 4 : Pourcentage de résidents en Ontario vivant à moins de 5 km d'une pharmacie



Tous les changements dans les structures de distribution, d'exécution d'ordonnances ou d'autres structures de financement pour l'exécution d'ordonnance qui sont opérés pour les médicaments essentiels dans le régime d'assurance médicaments devraient être reflétés dans le Programme des services de santé non assurés. Cela assurerait un accès équitable et préviendrait la prestation préférentielle de services aux bénéficiaires qui peuvent recevoir un remboursement plus important. Ce n'est là qu'une mesure pour lutter contre le racisme systémique envers les Autochtones que subissent les patients dans les régimes d'assurance médicaments séparés.

Protéger l'approvisionnement en médicaments et éviter les pénuries

La stratégie pour les médicaments essentiels devrait comprendre des plans pour éviter les pénuries de médicaments ou en atténuer les effets. Ces plans devraient contenir des stratégies efficaces pour repérer tôt les risques de pénurie, et des processus d'approbation adaptatifs qui permettent d'employer des produits de remplacement rapidement et temporairement durant les pénuries (tout en maintenant la qualité). À plus long terme, il faudrait consulter abondamment les fabricants pour investir de manière stratégique dans la production de médicaments au pays.

Traitements pour les maladies rares

La Stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares devrait progresser parallèlement au régime d'assurance médicaments. Les médicaments peuvent être essentiels même s'ils ne sont pas utilisés par beaucoup de patients. Différentes normes seront requises pour ajouter des médicaments pour les conditions non fréquentes (ou « maladies rares ») parce que les données probantes sur l'efficacité de multiples essais cliniques sont souvent manquantes. Il ne s'agit pas d'un enjeu propre à ces médicaments. La liste des médicaments essentiels assurés pourrait donc inclure des médicaments pour le traitement des maladies rares afin de mieux stabiliser l'accès aux médicaments dans toutes les provinces.

Utilisation appropriée

Les médicaments peuvent entraîner des effets néfastes sur la santé, voire des décès, s'ils ne sont pas prescrits et utilisés correctement. La prescription et l'utilisation inappropriées de médicaments sont courantes, nocives et coûteuses^{123,124,125}. Les médicaments prescrits ou utilisés de manière inappropriée représentent la pire valeur. Les estimations des coûts directs des médicaments mal prescrits s'élèvent à environ 1 milliard de dollars par année¹²⁶.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles des médicaments sont prescrits ou utilisés de manière inappropriée : connaissances insuffisantes des cliniciens, problèmes structurels dans le système de soins de santé, etc^{127,128}.

L'une des nombreuses causes de la prescription inappropriée est liée aux pratiques de marketing des entreprises pharmaceutiques^{129,130,131}. Certains médicaments qui sont couramment mal prescrits ont été commercialisés de façon trompeuse, par exemple les gabapentinoïdes, les antidépresseurs, les antipsychotiques les opioïdes¹³².

Les systèmes de santé du Canada subissent les effets néfastes contemporains de la prescription et de l'utilisation inappropriées des médicaments. La crise des opioïdes a entraîné la mort de plus de 100 000 personnes au Canada, principalement à cause de la commercialisation trompeuse de produits comme l'oxycodone. Le taux de mortalité de l'oxycodone dépasse facilement les 7 000 morts par année, et ce n'est pas fini^{133,134,135,136}.

Aucun effort ne doit être ménagé pour empêcher que cette situation ne se poursuive. Tandis que le régime d'assurance médicaments est mis en place, des mesures doivent être prises pour que ces médicaments soient prescrits et utilisés correctement. Le régime d'assurance médicaments représente un investissement nécessaire dans la prescription sûre et durable et l'accès vital aux ressources, y compris des mesures de prévention et des traitements pour endiguer l'actuelle crise des opioïdes.

Le régime d'assurance médicaments améliorera l'accès aux médicaments par une stratégie qui garantit que ses investissements concrétisent les avantages inhérents et que les effets néfastes potentiels sont gérés et atténués. Cela exigera des efforts coordonnés des prescripteurs, des pharmaciens, des associations professionnelles, du milieu universitaire et des personnes qui consomment des médicaments.

L'amélioration de l'utilisation appropriée des médicaments dépend de la collecte et de l'emploi de données exactes^{137,138}. Or, au Canada, la collecte et la consultation des données sont fragmentées. Cela englobe les données que des entreprises privées vendent aux entreprises pharmaceutiques aux fins de marketing et à d'autres intervenants pour la recherche¹³⁹. Cette dépendance à une tierce partie peut limiter l'utilisation des données pour améliorer les soins et soulève des préoccupations concernant le respect de la vie privée¹⁴⁰. Le régime d'assurance médicaments peut représenter une occasion pour le gouvernement fédéral de soutenir les efforts visant à faire en sorte que les données sur la prescription soient employées pour promouvoir la prescription et l'utilisation appropriées des médicaments parmi les prescripteurs.

Certains gouvernements provinciaux et territoriaux, et d'autres institutions, ont élaboré des méthodes pour exploiter les données en vue d'améliorer les soins. L'ICIS fait également le suivi des coûts des régimes d'assurance médicaments publics et de certaines tendances en matière de prescription (p. ex., la prescription d'opioïdes et médicaments qui figurent sur la liste Beers pour les aînés). Les données sur la prescription devraient être utilisées pour intervenir rapidement afin de traiter les variations régionales dans la prescription qu'elles peuvent représenter.

La prescription et l'utilisation de médicaments devraient être surveillées pour cerner^{141,142,143}:

- les variations régionales qui peuvent être attribuables à des besoins particuliers de la population (p. ex., les doses uniques par rapport aux médicaments par perfusion);
- d'autres signes qui peuvent être exploités pour promouvoir l'utilisation appropriée de médicaments (p. ex., la formation continue en pharmacothérapie, les audits et la rétroaction).

Cette composante de la recommandation peut être liée aux travaux en cours des comités de l'AMC. Le gouvernement fédéral a publié une stratégie pancanadienne concernant l'utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance et des produits connexes sur le site Web du ministère de la Santé. D'ici trois ans, le gouvernement aura le rapport de l'AMC sur les progrès de cette stratégie.

Recommandation 5

Le gouvernement devrait financer en totalité la liste initiale des médicaments essentiels par diverses mesures de génération de revenus qui sont équitables, neutres et efficaces.

Les revenus du gouvernement fédéral sont utilisés pour appuyer les dépenses fédérales en général, sans que les fonds soient réservés pour des usages en particulier. De grandes initiatives qui ont des implications budgétaires sont régulièrement mises en œuvre sans que soit indiquée la source de chaque dollar requis.

Le financement fédéral des priorités importantes, par exemple les soins de santé, les soins dentaires et la garde d'enfants, provient des revenus du gouvernement fédéral. Le droit aux médicaments essentiels n'est pas moins important que d'autres priorités financées par le gouvernement fédéral. Cela offre la possibilité d'intégrer la rentabilité et les valeurs ciblées à cet investissement déjà considérable.

Les dépenses fédérales actuelles en médicaments, comme la plupart des autres dépenses fédérales, sont financées à partir des revenus généraux qui totalisent 448 milliards de dollars par année¹⁴⁴ et proviennent des sources suivantes :

- impôt sur le revenu des particuliers (208 milliards de dollars);
- impôt sur le revenu des sociétés (94 milliards de dollars);
- taxe sur les produits et services (46 milliards de dollars);
- autres sources.

Le gouvernement fédéral ne perçoit pas de taxes spéciales pour financer les médicaments ou les soins de santé de la même façon que certains gouvernements provinciaux ou territoriaux prélèvent des cotisations sociales pour financer en partie les soins de santé publics.

En 1977, le gouvernement fédéral a « transféré » une partie de l'imposition du revenu des particuliers et des sociétés (13,5 % et 1 %, respectivement) aux provinces et aux territoires en même temps qu'il a réduit ses transferts de fonds¹⁴⁵. L'objectif principal était de soutenir la santé et l'éducation postsecondaire. Au fil des décennies, le gouvernement fédéral a subséquemment réduit, puis légèrement augmenté, ses contributions en espèces aux provinces et aux territoires. Les contributions se chiffrent actuellement à environ 21 % des dépenses en santé des provinces et des territoires¹⁴⁶.

Le gouvernement fédéral a récemment annoncé plusieurs nouvelles politiques qui promeuvent les priorités nationales relatives à l'équité, dont un programme de soins dentaires et un programme de garderie (dont les coûts annuels sont estimés à 4,4 et 7,7 milliards de dollars, respectivement)^{147,148,149}. Dans les deux cas, aucune source de revenus précise n'a été indiquée. Les deux programmes sont donc payés avec les revenus généraux. Le régime d'assurance médicaments pourrait être financé avec les revenus généraux, comme d'autres priorités gouvernementales.

Il serait inhabituel de lier le financement du régime d'assurance médicaments à une source de revenus en particulier. Toutefois, certaines sources de revenus peuvent être envisagées si le soutien fédéral de l'accès aux médicaments essentiels doit être justifié d'un point de vue fiscal.

Si le gouvernement décide d'introduire des mécanismes de production de revenus précis pour le régime d'assurance médicaments, le comité recommande que l'approche soit juste, neutre et efficace, conformément aux normes généralement acceptées pour le financement public.

Les sources de revenus supplémentaires qui s'ajoutent aux revenus généraux actuels et qui sont pertinentes pour le secteur pharmaceutique comprennent les suivantes :

- mettre fin à de l'exemption d'impôt fédéral sur le revenu pour les contributions des employeurs aux prestations de santé administrés par des entités privées;
- taxe fédérale des primes d'assurance;
- impôt fédéral sur le capital des grandes compagnies d'assurance;
- taxes d'accise telles qu'une taxe d'accise sur les produits opioïdes à action prolongée qui contribuent à la crise des opioïdes.

Toutes ces options présentent des inconvénients et des limites et ne sont que quelques exemples de mesures qui pourraient être prises. Ces mesures ne sont pas toutes aussi efficaces pour remplir les critères que sont l'équité, la neutralité et l'efficacité, et les revenus qu'elles doivent générer varient.

L'imposition des sociétés d'assurance était faible en 1969, lorsque certaines des recommandations du Rapport de la Commission royale d'enquête sur la fiscalité (rapport Carter) ont été mises en œuvre et que l'impôt des sociétés a été appliqué aux sociétés d'assurance¹⁵⁰.

Les principales conclusions du rapport Carter étaient que le régime fiscal devait éliminer les échappatoires et les exemptions qui favorisaient disproportionnellement les riches et rendre le régime plus équitable et plus simple¹⁵¹.

De nombreuses recommandations n'ont jamais eu de suite, quoique l'idée de rendre le régime fiscal équitable, neutre et efficace soit largement invoquée et acceptée.

L'imposition et la taxation de l'assurance ont évolué depuis les années 1980, l'approche actuelle est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Imposition/taxation de l'assurance au Canada

Taxe	Application	Taux
Sur les primes	Les primes d'assurance	Fédéral : non applicable * Provincial/territorial : 0 % à 15 %
Entreprise	Revenu des entreprises, standard et non spécifique à l'industrie	Fédéral : 15 % Provincial/territorial : 11,5 % à 15 %
Supplémentaire pour les banques et les assureurs-vie	Aux revenus des sociétés de plus de 100 millions de dollars	Fédéral : 1.5 % Provincial/territorial : non applicable
Capital	Actifs de plus d'un milliard de dollars	Fédéral : 0 % Provincial/territorial : 0 % à 1,25 %
Minimum (Capital)	Éliminé ou réduit en fonction des paiements d'impôt sur les sociétés, mais applicable alternativement aux capitaux supérieurs à 1 milliard de dollars	Fédéral : 1,5 % Provincial/territorial : non applicable
Ventes	Certaines opérations liées à l'assurance autres que les primes	Fédéral : 5 % Provincial/territorial : 0 % à 10 %
Fédéral ponctuel (2022)	Bénéfice des sociétés supérieur à 1 milliard de dollars comme mesure temporaire en 2022	Fédéral : 15 % Provincial/territorial : non applicable

*Taxe d'accise de 10 % appliquée à certaines primes d'assurance (excluant l'assurance maladie, entre autres) par un assureur ou un courtier établi à l'extérieur du Canada

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes signale que l'assurance-maladie privée qui comprend la couverture des médicaments, des soins dentaires, de la physiothérapie et de la santé mentale représentait 61 milliards de dollars de primes perçues en 2023¹⁵². Ces entreprises ont réglé pour 48 milliards de dollars de demandes de remboursement, les médicaments correspondant à 15 milliards de dollars (ou 32 %) de ce montant. Il y a quatre grandes sociétés d'assurance au Canada : Manuvie (actifs de 849 milliards de dollars), Canada Vie (701 milliards de dollars), Desjardins (407 milliards de dollars) et Sun Life (331 milliards de dollars)¹⁵³.

Les réductions des revenus fiscaux attribuables aux exemptions des codes des impôts concernant l'accès aux médicaments comprennent l'exemption des contributions des employeurs aux régimes d'assurance **privés** de l'impôt sur le revenu (5 milliards de dollars par année) et l'exemption des médicaments sur ordonnance de la taxe de vente à la consommation (1,1 milliard de dollars par année). La subvention **publique** de 5 milliards de dollars constitue un avantage fiscal pour ceux qui bénéficient de régimes administrés de façon privée, avantage qui n'est pas accessible à plusieurs¹⁵⁴.

Si ce revenu était imposé normalement, cela représenterait une approche équitable qui pourrait financer le régime d'assurance médicaments¹⁵⁵. Cette approche traiterait les contributions des employeurs aux régimes privés de la même façon que leurs contributions aux régimes publics (qui sont actuellement imposés comme un revenu). Contrairement à d'autres sources de revenus potentielles, les primes d'assurance ont augmenté à des taux similaires aux dépenses en médicaments, et cette situation est susceptible de se poursuivre. Par conséquent, cela pourrait constituer une source durable de financement pour le régime d'assurance médicaments.

On peut s'attendre à ce que le régime d'assurance médicaments entraîne une réduction des primes dans les régimes privés. Cependant, les expansions précédentes des régimes d'assurance médicaments publics n'ont pas mené à une baisse des primes d'assurance ou du nombre de personnes bénéficiant des régimes privés¹⁵⁶.

Les avantages des exemptions fiscales actuelles sont difficiles à déterminer. On ne sait pas que ces exemptions fiscales de longue date aient accru le nombre de personnes ayant accès aux médicaments de la manière dont l'assurance-médicaments le fera¹⁵⁷.

Bien que le comité mentionne ci-dessus des mesures de production de revenus particulières, aucune n'est requise pour mettre en place le régime d'assurance médicaments. Le comité comprend que les rapports précédents n'approfondissaient pas cet aspect du régime d'assurance médicaments, et qu'une partie de son mandat était de définir des options pour produire des revenus.

Le comité respecte le fait que le gouvernement fédéral décide comment générer des revenus en fonction de plusieurs facteurs qui dépassent la portée du régime d'assurance médicaments ou des soins de santé. Le comité remarque que des investissements beaucoup plus importants dans la santé ont été annoncés et réalisés sans que la provenance du financement soit indiquée¹⁵⁸.

Recommandation 6

Les Autochtones doivent jouer un rôle de premier ordre dans la surveillance et l'évaluation du régime pour déterminer l'incidence de l'assurance médicaments sur l'accès aux médicaments. Les représentants des Premières Nations et des Inuits devraient décider comment les économies produites par le Programme des services de santé non assurés devraient être réinvesties dans les priorités des Autochtones en santé.

Au fil des ans, plusieurs rapports ont détaillé le besoin de veiller à ce que des soins culturellement appropriés soient offerts aux Autochtones afin de corriger les préjudices historiques et contemporains associés à la colonisation^{159,160,161,162,163}. Cela peut être réalisé par la facilitation des systèmes de santé des Autochtones souverains qui sont exploités de manière indépendante par et pour les Autochtones^{164,165,166,167,168,169}.

Le participation des Autochtones à le régime assurance médicaments sera une étape déterminante vers l'accès universel et la suppression des processus discriminatoires et coloniaux des systèmes de santé qui ont historiquement causé des préjudices.

Un avantage du régime d'assurance médicaments est qu'il fera économiser de l'argent et procurera des occasions pour les Autochtones d'orienter les investissements directement dans d'autres domaines du système de soins de santé.

Le régime d'assurance médicaments pourrait éventuellement devenir le premier payeur pour les médicaments essentiels de tous Autochtones, y compris ceux qui sont actuellement admissibles au Programme des services de santé non assurés. En revanche, il est particulièrement important de veiller à ce que le financement de ce programme ne soit pas réduit en raison des politiques budgétaires actuelles qui basent le financement sur l'utilisation. Une diminution du nombre de demandes de remboursement du programme pourrait, au fil des ans, éroder par inadvertance le budget du programme. Cela doit être évité.

Toutes les économies engendrées par le Programme des services de santé non assurés doivent être minutieusement documentées et évaluées. Elles ne doivent pas servir à justifier une réduction du budget du programme, mais plutôt être utilisées comme mesure pour amorcer la discussion avec les bénéficiaires inscrits des Premières Nations et des Inuits afin de déterminer comment les dépenses en médicaments réduites peuvent être réinvesties dans les services de santé primaires, notamment l'accès amélioré aux soins de santé primaires et aux services de pharmacie. Par exemple, les voyages pour motifs de santé, les soins dentaires, les soins de la vue et les soins de santé mentale pourraient tous être améliorés. Les priorités pour le réinvestissement devraient ultimement être déterminées par les Autochtones admissibles au Programme des services de santé non assurés.

La mise en place du régime d'assurance médicaments devrait être accompagnée d'effort pour atteindre un accès total aux soins de santé primaires. Ces soins devraient comprendre des soins culturellement appropriés pour les Autochtones dans les systèmes de soins de santé souverains. L'accès aux médicaments sur ordonnance exige l'accès aux soins primaires. C'est pourquoi l'investissement dans le régime d'assurance médicaments ne sera pas pleinement réalisé tant que tous n'auront pas accès aux soins de santé primaires.

D'après ses consultations, le comité pense que le processus de mobilisation des Autochtones concernant les avantages actuels du Programme des services de santé non assurés devrait être révisé. Les améliorations nécessaires doivent être abordées pour assurer l'efficacité du programme et répondre aux besoins de ses bénéficiaires.

Une stratégie dirigée par les Autochtones devrait comprendre plusieurs mesures de surveillance et d'évaluation, par exemple :

- objectifs prioritaires en matière de santé non atteints avec la couverture actuelle des médicaments;
- principes de souveraineté dans la prestation des soins;
- consécration des droits issus de traités dans l'application et l'expansion du régime d'assurance médicaments.

Une stratégie de ce genre représentera un pas de plus du gouvernement fédéral pour honorer son engagement à l'égard de la DNUDPA, et aussi à l'égard de l'autodétermination et de la souveraineté des Autochtones, dans la prise de décisions de financement de la santé spécifiques aux Autochtones.

Les Autochtones devraient diriger la surveillance et l'évaluation attentives des répercussions du régime d'assurance médicaments sur l'accès aux médicaments pour les patients et les communautés autochtones, avec le soutien du gouvernement fédéral. Le processus devrait englober une mesure détaillée des répercussions sur l'accès en région rurale et éloignée et l'efficacité des services de santé primaires.

Recommandation 7

Le gouvernement fédéral devrait rencontrer dans les plus brefs délais les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de s'entendre sur des plans pour améliorer les soins de santé primaires et les services de pharmacie. Ils devraient se concentrer sur les services qui garantissent l'accessibilité et l'utilisation appropriée des médicaments qui seront financés avec les économies que réaliseront les provinces et les territoires grâce au régime d'assurance médicaments.

Le financement complet du régime d'assurance médicaments par le gouvernement fédéral entraînera des économies directes et indirectes considérables pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le régime d'assurance médicaments couvrirait les médicaments actuellement payés par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour leurs bénéficiaires admissibles, par exemple les personnes handicapées, les personnes à faible revenu et les adultes âgés. La couverture du premier dollar pour certaines classes de bénéficiaires varie d'une province ou d'un territoire à l'autre, mais il y aura des économies directes pouvant atteindre 18 milliards de dollars pour tous les régimes d'assurance médicaments publics¹⁷⁰.

Il est également attendu que le régime d'assurance médicaments améliore la santé des gens et évite des hospitalisations découlant du non-respect des médications, ce qui produira des économies indirectes estimées à plus de 1 000 \$ par personne par année, dans le cas des personnes qui ne peuvent actuellement pas se payer des médicaments¹⁷¹.

Les économies directes et indirectes pour les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent servir à soutenir les services requis pour assurer l'accès adéquat et équitable aux médicaments. Cette priorité est conforme à celles des gouvernements FPT et de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces économies pourraient être mises à profit pour :

- améliorer l'accès aux soins de santé primaires, aux soins de santé mentale et aux soins pour aînés;
- améliorer les services de pharmacie;
- normaliser les services de perfusion;
- améliorer la distribution des médicaments dans les communautés éloignées.

Il ne sert pas à grand-chose de fournir des médicaments gratuits aux gens si ceux-ci ne sont pas capables d'obtenir une ordonnance parce qu'ils n'ont pas accès aux soins de santé. À l'heure actuelle, des millions de personnes au Canada n'ont pas de fournisseur de soins de santé primaires qui peut leur prescrire des traitements vitaux et n'ont pas accès aux services de pharmacie essentiels¹⁷².

Les gens ne sont pas affectés de la même façon par le manque d'accès aux soins de santé primaires. Les personnes qui ont des maladies asymptomatiques exigeant un traitement médical sont enclines à le retarder s'il n'est pas facilement accessible. Un exemple d'un tel état de santé est une tension artérielle élevée, qui peut mener à de graves complications, dont une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral et la mort. Les personnes qui vivent dans des communautés éloignées et celles qui gagnent un faible revenu ont le plus de difficulté à obtenir des soins. Les Autochtones n'ont pas un aussi bon accès et subissent de la discrimination dans de nombreux milieux de soins.

Le régime d'assurance médicaments ne bénéficiera pas à tous s'il n'est pas accompagné d'un accès amélioré aux soins de santé primaires. Les économies pour les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient être réinvesties dans l'amélioration de l'accès à ces soins.

Il devrait y avoir un financement public séparé pour les services de pharmacie essentiels, y compris l'exécution d'ordonnances et le transport de médicaments dans les communautés éloignées. D'autres pays, par exemple l'Australie, appuient l'utilisation d'un financement spécial pour améliorer la distribution de médicaments aux personnes qui vivent dans des communautés éloignées¹⁷³.

Le nombre de pharmacies par habitant est élevé au Canada par rapport aux pays comparables. Toutefois, leur distribution à la grandeur du pays est inéquitable et cause des difficultés aux personnes qui vivent dans les communautés rurales^{174,175}.

Dans les milieux urbains, les pharmaciens jouent un rôle vital pour faire en sorte que les médicaments sont prescrits et utilisés de manière appropriée¹⁷⁶. Pourtant, dans de nombreuses communautés rurales et éloignées, les résidents n'ont pas accès à des services de pharmacie. Souvent, ils reçoivent simplement des colis contenant leurs médicaments, sans les services qui s'y rattachent habituellement comme les examens et les conseils d'un pharmacien. La méthode actuelle pour exécuter des ordonnances dans les communautés éloignées n'est pas optimale. Le financement, la mise en œuvre et l'évaluation du régime d'assurance médicaments doivent régler les questions de l'accès aux services de pharmacie, de la distribution des médicaments et de la durabilité des services dans les communautés éloignées et rurales.

L'accès à certains produits doit répondre à des exigences d'administration supplémentaires qui sont maintenant liées à la complexité du financement et de la distribution. Certains médicaments, par exemple des médicaments de marque chers pour des maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde, doivent être administrés par voie intraveineuse¹⁷⁷.

Puisque la perfusion intraveineuse de ces médicaments est médicalement nécessaire, on peut s'attendre à ce que ce service soit inclus dans le système de soins de santé public du Canada. Cependant, de nombreux patients reçoivent ces médicaments comme des services financés par les sociétés pharmaceutiques qui vendent les produits (les coûts des médicaments étant en fin compte payés en grande partie avec des fonds publics)¹⁷⁸.

Ces services fournissent des soins complets de type « concierge » qui comprennent des contacts étroits entre les patients et le personnel infirmier, sur lequel les patients peuvent compter¹⁷⁹. Les patients deviennent ensuite réticents à passer des médicaments de marque aux produits biosimilaires. Il a été démontré que ces produits ont les mêmes effets cliniques que les produits de marque, mais à un coût moindre.

Les services de perfusion payés par le privé ne sont offerts qu'à certains endroits. Il n'y a pas d'incitatifs ou de règles qui exigent l'établissement de cliniques de perfusion dans les communautés rurales, même si elles y sont nécessaires. En ce moment, ces services privés comblent un vide dans les services publics. Les économies apportées par le régime d'assurance médicaments pourraient être réinvesties dans les services de perfusion publics.

Recommandation 8

Les partenaires du système de santé et les praticiens devraient continuellement et rapidement agir en fonction des données sur les résultats en matière de santé (dont la mortalité, la morbidité et les disparités) et les habitudes de prescription afin d'améliorer les soins. La présentation de rapports annuels au Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies démontrera la détermination du Canada à promouvoir le droit à la santé.

Le régime d'assurance médicaments devrait apporter une occasion au gouvernement de surveiller et d'évaluer son investissement dans la mise en place d'un régime d'assurance médicaments universel au premier dollar à payeur unique afin d'améliorer les soins et les résultats en matière de santé.

Le but ultime du régime d'assurance médicaments est d'améliorer la santé et de corriger les iniquités par la concrétisation du droit aux médicaments essentiels. Aujourd'hui, il existe de grandes disparités dans les résultats en matière de santé en fonction des facteurs sociaux. C'est inacceptable. Le développement, la surveillance et l'évaluation continus du régime d'assurance médicaments doivent être fondés sur des données vis-à-vis des répercussions sur les résultats en matière de santé, y compris les taux de mortalité et de morbidité et les disparités dans les résultats en matière de santé. L'accent devrait être mis sur les maladies courantes pouvant être traitées par des médicaments, comme certaines maladies infectieuses (VIH, hépatite C, etc.), les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers hématologiques, l'asthme et la gestion de la douleur.

Les taux de prescription et d'utilisation inappropriées devraient être soigneusement surveillés et traités par des stratégies d'atténuation comme des lignes directrices, de la formation et des normes professionnelles et industrielles.

En plus de l'équité et des résultats globaux en santé, d'autres dimensions de la valeur devraient être surveillées et évaluées, notamment les améliorations de :

- l'abordabilité par la réduction des prix des médicaments;
- l'utilisation appropriée des médicaments;
- la capacité des fabricants et des distributeurs à fournir des médicaments de manière durable et équitable;
- la distribution et l'exécution d'ordonnances de médicaments essentiels.

Les prix payés pour les médicaments inclus dans le régime d'assurance médicaments et d'autres régimes d'assurance médicaments publics devraient être comparés aux prix payés par les hôpitaux et les régimes d'assurance médicaments publics dans d'autres pays dans des rapports publics réguliers, semblables au rapport du vérificateur général de l'Ontario de 2017¹⁸⁰.

Les économies de coûts à l'échelle des systèmes de santé résultant du régime d'assurance médicaments devraient être surveillées et évaluées continuellement. Les intervenants touchés devraient être invités à fournir des données et de la rétroaction régulières sur plusieurs mesures. Par exemple, les intervenants du secteur des pharmacies devraient publier des rapports sur des facteurs tels que :

- les pénuries de médicaments;
- l'écosystème de distribution;
- les complexités des chaînes d'approvisionnement;
- les répercussions sur les communautés rurales et éloignées;
- les répercussions sur les populations de patients en quête d'équité.

Les intervenants qui représentent les patients ou les communautés devraient faire part de leurs perspectives au sujet des effets du régime d'assurance médicaments sur l'accès aux médicaments, les résultats en matière de santé et l'équité. Une stratégie de consultation des Autochtones devrait être élaborée conjointement et mise en œuvre avec les Autochtones.

Les progrès dans la réalisation du droit aux médicaments essentiels devraient toujours être déclarés au Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Ces rapports démontreront comment le Canada réalise progressivement le droit à la santé avec des plans concrets pour corriger les iniquités observées.

Portée, contexte et approche du comité d'experts

La législation sur l'assurance médicaments, à la fin de 2023, faisait partie de l'entente intitulée « Obtenir des résultats dès maintenant pour les Canadiens » annoncée par le premier ministre le 22 mars 2022¹⁸¹. Ce comité d'experts a été créé par la *Loi concernant l'assurance médicaments* qui a été promulguée le 10 octobre 2024 afin de « formuler des recommandations sur les options de fonctionnement et de financement d'un régime d'assurance médicaments national et universel à payeur unique¹⁸². »

Dans ses travaux, le comité a adopté une approche large et ouverte face à son mandat. Il a pris en considération un large éventail d'options, leur justification, leur origine et leur histoire.

Les membres du comité ont soigneusement réfléchi aux façons dont leurs travaux pouvaient s'appuyer sur les travaux déjà réalisés et les compléter. Des rapports précédents avaient recommandé d'inclure les médicaments dans le système de soins de santé public du Canada. Ces rapports renfermaient un rapport d'un comité parlementaire de 2018 intitulé *Un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Canadiens : Une nécessité* et un rapport de 2019 du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments^{183,184}.

Le comité a consulté vastement des personnes qui avaient différents points de vue sur le fonctionnement et le financement des régimes d'assurance médicaments. Il a examiné de grandes quantités de données, dont des sommaires des données du gouvernement qui ne sont normalement pas accessibles. Ses membres ont réalisé un examen minutieux des rapports, références et documents de politiques d'intervenants nationaux et internationaux et pris en considération l'histoire de la politique de santé dans ce contexte. Ils ont également exploré différentes approches employées au Canada et à l'étranger et ont tenu compte des orientations internationales.

Le comité a formulé huit recommandations interreliées auxquelles il faudrait donner suite toutes ensemble. La justification de ces recommandations et l'information qui peut servir durant leur mise en œuvre sont incluses dans le présent rapport. L'avis général du comité est de mettre en place le régime d'assurance médicaments dans son intégralité dès maintenant. Le droit aux médicaments essentiels doit être progressivement réalisé et toujours centré sur les médicaments couramment prescrits dans les soins primaires.

Remerciements

Le comité est très reconnaissant envers toutes les personnes et organisations qui ont présenté des mémoires et participé aux rencontres. Il a tout particulièrement apprécié l'occasion de rencontrer des représentants des peuples autochtones au Canada sur les terres du Traité 6.

Le comité remercie la ministre de la Santé d'avoir eu la possibilité de donner des conseils sur un enjeu aussi important. Il tient à exprimer ses remerciements à Mitch Moneo (secrétaire exécutif) et à Kaireen Patton (secrétariat) ainsi qu'au personnel et à la direction de Santé Canada qui ont appuyé ces travaux.

Listes des personnes et des organisations qui ont fourni des observations

Personnes

Sénatrice Yvonne Boyer

Douglas Clark

Marc-Andre Gagnon, Université Carleton

Quinn Grundy, Université de Toronto

Matthew Herder, Université Dalhousie

D^r Eric Hoskins

Josée G. Lavoie, Université du Manitoba

Michael Law, Université de Calgary

D^{re} Wendy V. Norman, Université de la Colombie-Britannique

Sénatrice Kim Pate

Engagement des Autochtones

Lindsay Batt, Atlantic Policy Congress of First Nations

Tessy Big Plume, Stoney Nakoda Tsuut'ina Tribal Council

Jim Devoe, Congrès des peuples autochtones

Tanya Davoren, Métis Nation British Columbia

Dallas Fiddler, Federation of Sovereign Indigenous Nations

Zachariah General, Chiefs of Ontario

Kohkum Rita LaPlante

Charlene Lavallee, Association of Métis, Non and Status Indians of Saskatchewan

John Mah, First Nations Health Authority

Chief Brendan Moore, Congrès des peuples autochtones

Garret Munch, Fédération Métisse du Manitoba

Rachelle Neault, Fédération Métisse du Manitoba

Bobbi Paul-Alook, Otipemisiwak Métis Government

Chief David Pratt, Federation of Sovereign Indigenous Nations

Tanya Pruden, Métis Nation Saskatchewan

Sandra Romain, Inuit Tapiriit Kanatami

Tim Saunders, MEDOCare Pharmacy

Tina Yellowdirt-Mitsuing, Confederacy of Treaty 6

Organisations

Access BC

Agence des médicaments du Canada

- Groupe consultatif sur les médicaments sur ordonnance essentiels et les produits connexes
- Groupe consultatif sur une stratégie nationale d'achat en masse
- Comité consultatif des patients et des communautés

Alliance pharmaceutique pancanadienne

Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

Association canadienne des pharmacies de quartier

Association canadienne du médicament générique

Association des pharmaciens du Canada

Association médicale canadienne

Better Pharmacare Coalition

Biosimilaires Canada

Bureau de la concurrence Canada

Cœur et AVC

Congrès du travail du Canada

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Groupe de direction pharmaceutique fédéral, provincial et territorial

Médicaments novateurs Canada

Société canadienne de pédiatrie

Annexe 1 : Biographies



Nav Persaud, Président

Le Dr Nav Persaud, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la justice en santé, et professeur à l'Université de Toronto.

Il est un médecin membre du personnel du Département de médecine familiale et communautaire de l'hôpital St. Michael's - Unity Health Toronto, et un scientifique du Centre MAP pour les solutions de santé urbaine à l'hôpital St. Michael.

Il a suivi une formation à l'Université de Toronto et à l'Université d'Oxford.

Ses recherches portent sur l'équité en santé, particulièrement en ce qui a trait à l'accès aux médicaments. Il compare également les diverses listes nationales de médicaments essentiels, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé.



Amy Lamb

Amy Lamb est directrice générale de l'Association des professionnels et professionnelles autochtones de la pharmacie du Canada et elle milite pour la pratique de la pharmacie, la santé holistique et autochtone, la santé des femmes et le développement du leadership.

En tant que femme métisse et membre de Métis Nation Saskatchewan, Amy se porte à la défense des intérêts des membres vulnérables et systématiquement lésés de la communauté, de l'accès aux soins et autres obstacles systémiques dans la pratique pharmaceutique et des systèmes de soins de santé canadiens.

Amy est titulaire d'un baccalauréat ès sciences en pharmacie de l'Université de la Saskatchewan et a travaillé comme pharmacienne communautaire de première ligne pendant 10 ans, se spécialisant dans la santé des femmes et la santé holistique. Elle possède une expérience approfondie de la gestion des besoins en matière d'accès aux soins et d'équité des soins des populations diverses, comme les communautés autochtones urbaines, éloignées et accessibles par avion de la Saskatchewan.

Elle redonne à sa communauté en contribuant aux déterminants structurels de la santé pris en charge par les organismes sans but lucratif locaux, y compris en tant que présidente du YWCA de Prince Albert au cours des cinq dernières années. En tant que membre du Cercle d'orientation stratégique de l'Association médicale canadienne, du groupe de travail sur le mieux-être en milieu de travail de l'Association pharmaceutique canadienne et du groupe de travail dédié à l'autochtonisation du Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription, elle apporte des points de vue diversifiés et contribue aux divers travaux d'orientation.



Linda Silas

Depuis 2003, Linda Silas est présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) représentant une force de 250 000 membres. En qualité de leader dynamique et charismatique de la plus grande organisation infirmière au Canada, Linda est reconnue comme étant au premier plan de la défense des droits des infirmières et des infirmiers du Canada.

Elle a acquis la réputation d'être une personne déterminée, offrant une écoute empathique, et axée sur les solutions dans tout ce qu'elle fait. Fière d'être Néo-brunswickoise, elle attribue sa rigoureuse éthique du travail, ainsi que son goût de la vie et de l'aventure, à sa province natale.

Au cours de deux décennies, Linda a affiné ses talents de dirigeante syndicale à l'échelon local, provincial, national et international. Conférencière passionnée, son franc-parler, dans les deux langues officielles, inspire le personnel infirmier et se mérite le respect des décideurs et des principaux intervenants.

Linda a été présidente du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick pendant 10 ans. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Moncton et a occupé des postes en soins intensifs, services d'urgence, et obstétrique.

Annexe 2 : Estimation du coût du régime d'assurance médicaments

Nous avons essayé d'estimer le coût direct pour le gouvernement fédéral de la mise en place du régime d'assurance médicaments durant l'année financière 2025 à 2026.

Nous supposons que le gouvernement fédéral assumera l'intégralité du coût des médicaments couverts et que la contribution des gouvernements provinciaux et territoriaux sera nulle. C'est le contraire de ce que prévoient les ententes bilatérales pour les traitements pour le diabète et les contraceptifs, en vertu desquelles le coût est partagé et le gouvernement fédéral ne paie que le coût supplémentaire anticipé. Nos estimations du coût du régime d'assurance médicaments comprennent le coût total des contraceptifs et des médicaments pour le diabète ainsi que d'autres médicaments qui peuvent figurer dans les ententes bilatérales. Elles ne tiennent pas compte des ententes bilatérales qui n'existent que dans une minorité de provinces et de territoires.

Nous ne tenons compte que des montants payés pour les médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance. Nous ne tenons **pas** compte des économies associées à l'amélioration de la santé, par exemple les hospitalisations évitées et les hausses de productivité.

Nous avons estimé une fourchette raisonnable pour le coût que devra payer le gouvernement fédéral, de sorte que le coût réel se situe vraisemblablement dans la fourchette estimée. La limite inférieure de la fourchette donne une estimation réaliste du coût pour le gouvernement fédéral dans un scénario où plusieurs mécanismes génèrent des économies. La limite supérieure représente une estimation fiscalement prudente du coût le plus élevé pour le gouvernement fédéral en fonction des paramètres qui produisent des coûts plus élevés. Comme le détaille chaque estimation, nous avons utilisé des estimations publiées dans le passé du coût de la mise en place du régime d'assurance médicaments et des données sur l'exécution d'ordonnances amassées par les pharmacies.

La méthode expliquée ci-dessous a produit à une fourchette de coûts pour le régime d'assurance médicaments de **6,0 à 9,8 milliards de dollars** en 2025–2026.

Estimation la plus élevée

Nous avons consulté le rapport de 2023 du directeur parlementaire du budget pour estimer la limite supérieure de la fourchette de coûts du régime d'assurance médicaments^{185,186}. Le coût total estimé du financement public d'une plus longue liste de médicaments (la liste de la RAMQ du Québec) était de 35 milliards de dollars en 2025–2026. Le coût supplémentaire pour le secteur public est de 11,9 milliards de dollars. Pour une plus courte liste de médicaments essentiels, le coût estimé était de 9,8 milliards de dollars en 2025–2026.

Nous considérons que 9,8 milliards de dollars est une estimation raisonnable du coût de la mise en place du régime d'assurance médicaments en 2025–2026. Certains ont affirmé que ce chiffre pouvait être une surestimation selon certaines des hypothèses. Toutefois, cette estimation concorde avec les estimations du comité du coût du financement de listes de médicaments essentiels plus longues que celle utilisée dans l'estimation du directeur parlementaire du budget. Cette estimation est une estimation raisonnable de la limite supérieure, parce qu'elle ne tient pas compte des appels d'offres ou des réductions des coûts administratifs. L'inclusion d'autres médicaments ferait augmenter le coût.

Estimation la plus basse

Pour estimer la limite inférieure de la fourchette de coûts du régime d'assurance médicaments, nous avons utilisé la liste de 185 médicaments inclus dans la liste des médicaments sur ordonnance essentiels préparée par le comité de l'Agence des médicaments du Canada. L'Alliance pancanadienne pharmaceutique a déterminé que ces médicaments peuvent convenir à un établissement concurrentiel des prix dans le cadre d'un appel d'offres (car ils ont tous plusieurs sources et aucun n'est protégé par un brevet). Nous avons utilisé les données de 2024 sur l'exécution d'ordonnances et les dépenses de l'ensemble de données CompuScript d'IQVIA, constitué à partir d'un échantillon de dossiers d'exécution d'ordonnances électroniques représentant environ 82 % des pharmacies de détail. Les données sur les dépenses comprennent les frais d'exécution d'ordonnance et les majorations. En 2024, les dépenses totales dans ces 185 médicaments se sont chiffrées à 12,6 milliards de dollars.

Pour estimer la limite inférieure de la fourchette, nous avons utilisé des estimations raisonnables qui reflétaient une confluence de changements entraînant des économies. Nous avons ajusté l'estimation à la hausse pour prendre en compte trois facteurs :

Administrations représentées (2 %) : Nous n'avions pas de données sur les exécutions d'ordonnance pour cinq administrations (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Yukon, Nunavut et Territoires du Nord-Ouest), qui représentent environ 2 % de la population du Canada. C'est pourquoi nous avons augmenté l'estimation de 2 %.

Hausse de l'utilisation d'une année sur l'autre (4 %) : Le nombre d'ordonnances a augmenté de 4 % entre 2023 et 2024. Nous avons supposé une hausse similaire entre 2024 et l'année financière 2025–2026.

Utilisation accrue attribuable au régime d'assurance médicaments (5 %) : La hausse attendue de l'usage de médicaments n'est pas connue à l'avance. Toutefois, on peut l'estimer en fonction de la prévalence de la non-participation imputable au coût et des expansions antérieures des régimes d'assurance médicaments publics dont la portée était plus limitée que celle du régime d'assurance médicaments national. Certaines études n'ont révélé aucune augmentation de l'utilisation avec une couverture publique, alors que d'autres ont indiqué des hausses supérieures à 10 %^{187,188}. Nous avons sélectionné 5 % pour notre estimation de la limite inférieure de la fourchette, tandis que l'estimation de la limite supérieure du directeur parlementaire du budget suppose une hausse de 13,5 % bien plus élevée que les estimations dans la littérature.

Nous avons ajusté l'estimation à la baisse pour prendre en compte trois facteurs :

Prix plus élevés pour les produits de marque (14 %) : Nous avons utilisé les prix des produits génériques pour tenir compte des motifs des dépenses plus élevées déclarées en produits de marque. D'après les données disponibles sur les coûts des exécutions d'ordonnances, nous avons déterminé les économies si le prix de tous les médicaments (définis par la molécule et la voie d'administration) était celui d'un produit générique. Selon les données sur les exécutions d'ordonnance de 2024, cela réduirait les dépenses globales d'approximativement 14 % (14,0 % selon le prix unitaire et 14,5 % selon le prix par ordonnance). Prendre note que le taux de 14 % représente un agrégat de l'effet des prix plus élevés des produits de marque. Pour certains médicaments, il n'y a pas d'effet, pour d'autres, l'effet est plus grand.

Majorations et frais d'exécution d'ordonnance plus faibles pour les médicaments payés par l'État (17 %) : D'après les renseignements disponibles, les régimes d'assurance médicaments publics permettent généralement un taux de majoration plus bas que celui des régimes d'assurance médicaments privés, qui diffère entre les administrations. Une estimation du Québec montre que les médicaments génériques coûtent 27,8 % moins cher dans les régimes publics que dans les régimes privés¹⁸⁹. Cette différence ne s'applique qu'aux dépenses privées, qui représentent environ 60 % des dépenses en médicaments.

Prix plus bas en raison de l'établissement concurrentiel des prix (40 %) : En échange de ne pas instaurer de processus d'établissement des prix concurrentiels, par exemple des appels d'offres, les fabricants de médicaments ont offert en 2018 de réduire les prix payés par les régimes d'assurance médicaments publics de 25 % à 40 %¹⁹⁰. Cela implique que les appels d'offres feraient baisser encore plus les prix. Les prix des médicaments dans les pays qui recourent à des appels d'offres seraient plusieurs fois plus bas qu'au Canada, où les prix des médicaments génériques sont liés aux prix des produits de marque¹⁹¹.

Tous ces ajustements donnent une limite inférieure pour la fourchette de coûts du régime d'assurance médicaments de 6,0 milliards de dollars en 2025–2026. On peut s'attendre à des hausses annuelles d'environ 4 %¹⁹². Le coût augmenterait lorsque d'autres médicaments seraient inclus.

Comparaison avec d'autres estimations et points de données

La limite inférieure de l'estimation représente une réduction substantielle des dépenses comparativement aux données actuelles sur les exécutions d'ordonnance qui devraient être vérifiées vis-à-vis des renseignements disponibles concernant les dépenses en médicaments. Les dépenses globales en médicaments par habitant au Canada sont beaucoup plus élevées que dans les pays comparables¹⁹³:

- Irlande (41 % plus élevées au Canada)
- Royaume-Uni (70 %)
- Islande (40 %)
- France (8 %)
- Australie (23 %)

Les dépenses globales en médicaments englobent les dépenses qui ne seraient pas touchées par le régime d'assurance médicaments.

Certains pays, comme la Nouvelle-Zélande, appliquent des processus d'appel d'offres pour les médicaments qui ne sont pas protégés par un brevet, comme ceux qui figurent sur la liste de 185 médicaments utilisée pour estimer la limite inférieure. Dans ces pays, les prix des médicaments sont beaucoup plus bas. Pour certains médicaments, le prix peut être 10 fois plus élevé au Canada¹⁹⁴. Une estimation indique que les prix totaux des médicaments essentiels sont 84 % plus bas en Nouvelle-Zélande¹⁹⁵. Un rapport de 2017 du vérificateur général de l'Ontario a conclu que les prix payés par le programme public de médicaments de l'Ontario étaient 70 % plus élevés que les prix en Nouvelle-Zélande, et 85 % plus élevés que les prix payés par les hôpitaux en Ontario¹⁹⁶. Les prix des médicaments au Canada ont possiblement diminué depuis que ces comparaisons ont été faites, et il serait utile de les refaire aujourd'hui pour quantifier les économies que pourraient engendrer des appels d'offres.

Forces et limites de la méthode d'estimation

L'estimation de la limite supérieure du directeur parlementaire du budget est basée sur une estimation publiée précédemment qui se voulait prudente sur le plan fiscal. L'estimation de la limite inférieure est fondée sur des données assez complètes et récentes sur les exécutions d'ordonnances.

Les limites comprennent l'incertitude relative à l'augmentation de l'utilisation de médicaments, notamment le remplacement dans une classe après la mise en place du régime d'assurance médicaments. Les données sur le coût des exécutions d'ordonnances comprennent les coûts des ingrédients, les frais d'exécution d'ordonnance, les majorations et les réductions confidentielles, qui ne peuvent être estimées qu'en fonction de l'information accessible. Certaines estimations sont marquées par un degré élevé d'incertitude, par exemple l'effet des prix concurrentiels ou des appels d'offres. Les coûts moins élevés observés dans d'autres pays pourraient ne pas se concrétiser au Canada, du moins pas immédiatement, le temps que les processus d'appel d'offres se mettent en place.

Même si les régimes publics ont généralement des frais d'exécution d'ordonnances plus bas que les payeurs privés, nous n'avons pas fait d'ajustement pour ce facteur parce qu'il était difficile de séparer ces frais des autres coûts.

Les estimations concernent le coût direct pour le gouvernement fédéral de la prise en charge de la totalité du coût des médicaments inclus pour tous les résidents du Canada; les dépenses courantes sont ignorées. Le coût estimé ne tient pas compte de ce qui suit :

- les dépenses publiques courantes en médicaments inclus, notamment dans le cadre des régimes d'assurance médicaments provinciaux et territoriaux (qui peuvent compter pour plus de 30 % du coût);
- les dépenses privées courantes dans ces médicaments.

Toutes les estimations précédentes indiquent que le régime d'assurance médicaments réduira les dépenses globales et les dépenses privées. Les estimations ne tiennent pas compte non plus des économies pour le gouvernement fédéral (ou les gouvernements provinciaux et territoriaux) liées aux dépenses réduites dans les régimes d'assurance médicaments fédéraux actuels, y compris les régimes administrés par des entités privés pour les fonctionnaires. Elles n'incluent pas non plus les réductions des dépenses fiscales fédérales associées à la non-imposition des contributions des employeurs aux régimes d'assurance-maladie privés qui peuvent résulter des baisses des primes.

Les estimations sont limitées aux coûts directs des médicaments. Le régime d'assurance médicaments engendrerait probablement des économies indirectes du fait de l'amélioration de la santé et de la réduction du recours aux soins de santé¹⁹⁷. Certains coûts administratifs associés aux régimes privés peuvent être évités. L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes a déclaré des coûts de fonctionnement de 9 % et un bénéfice de 3 % sur des primes de 60,8 milliards de dollars en 2024^{198,199}.

Conclusion

Le coût du régime d'assurance médicaments en 2025–2026 devrait se chiffrer entre 6,0 et 9,8 milliards de dollars. Le coût réel pourrait être beaucoup plus bas si moins de médicaments sont inclus, ou si les prix sont davantage abaissés que prévu. En effet, le coût total du régime d'assurance médicaments pourrait être doté d'un budget fixe en n'incluant au départ qu'un sous-ensemble de médicaments. Le coût serait beaucoup plus élevé si une plus longue liste de médicaments était utilisée ou si les prix actuels étaient maintenus.

Remerciements pour l'estimation du coût

Le comité remercie le professeur Michael Law pour ses conseils éclairés.

Avertissement

Les déclarations, résultats, conclusions, avis et opinions contenus et exprimés dans ce rapport sont fondés en partie sur des données obtenues sous licence d'IQVIA Solutions Canada Inc. relatives au(x) service(s) d'information suivant(s) : Compuscript, pour la période du 1^{er} janvier, 2024 au 31 décembre, 2024. Tous droits réservés. Les déclarations, résultats, conclusions, avis, et opinions contenus et exprimés ici ne reflètent pas nécessairement ceux d'IQVIA Solutions Canada Inc. ou de l'une de ses entités affiliées ou filiales.

Annexe 3 : Liste des médicaments

Les médicaments ont été sélectionnés par le comité consultatif sur les médicaments sur ordonnance essentiels et les produits connexes de l'Agence des médicaments du Canada et ont été identifiés comme des candidats pour l'établissement concurrentiel des prix.

Abacavir sulfate-lamivudine	Atomoxetine
Abiraterone	Atorvastatin
Acetaminophen	Azithromycin
Acetaminophen-oxycodone	Baclofen
Acetylsalicylic acid	Bicalutamide
Acyclovir	Bisacodyl
Alendronate	Bisoprolol
Allopurinol	Calcitriol
Amikacin	Candesartan
Amiodarone	Candesartan-hydrochlorothiazide
Amitriptyline	Capecitabine
Amlodipine	Carbidopa-levodopa
Amoxicillin	Carvedilol
Amoxicillin-clavulanic acid	Cefazolin
Amphetamine	Ceftriaxone
Anastrozole	Cefuroxime
Apixaban	Celecoxib
Aripiprazole	Cephalexin
Atazanavir	Cetirizine
Atenolol	Ciprofloxacin

Citalopram	Dutasteride
Clarithromycin	Edoxaban
Clindamycin	Efavirenz
Clonazepam	Efavirenz-emtricitabine-tenofovir
Clonidine	Eletriptan
Clopidogrel	Emtricitabine-tenofovir
Cyanocobalamin	Enalapril
Cyclobenzaprine	Entacapone
Darunavir	Entecavir
Dasatinib	Erlotinib
Deferasirox	Escitalopram
Desvenlafaxine	Esomeprazole
Dexamethasone	Everolimus
Dextroamphetamine-amphetamine	Ezetimibe
Diclofenac	Famotidine
Diltiazem	Febuxostat
Dimethyl fumarate	Fentanyl
Docusate	Finasteride
Domperidone	Fingolimod
Donepezil	Flecainide
Dorzolamide-timolol	Fluconazole
Doxycycline	Fluoxetine
Doxylamine-pyridoxine	Fosinopril
Duloxetine	Fulvestrant

Furosemide	Levofloxacin
Gabapentin	Levonorgestrel-ethinyl estradiol
Gefitinib	Linezolid
Glycopyrrolate	Lisdexamfetamine
Hydralazine	Lisinopril
Hydrochlorothiazide	Losartan
Hydrocortisone-urea	Losartan-hydrochlorothiazide
Hydromorphone	Lurasidone
Hydroxychloroquine	Meropenem
Ibuprofen	Metformin
Imatinib	Methadone
Irbesartan	Methotrexate
Irbesartan-hydrochlorothiazide	Metoclopramide
Lactulose	Metoprolol
Lamivudine-zidovudine	Metronidazole
Lamotrigine	Mirtazapine
Lansoprazole	Modafinil
Latanoprost	Mometasone
Latanoprost-timolol	Montelukast
Leflunomide	Morphine
Lenalidomide	Moxifloxacin
Letrozole	Mycophenolate
Leucovorin	Mycophenolic
Levetiracetam	Nifedipine

Nystatin	Risedronate
Olanzapine	Risperidone
Olmesartan	Rivaroxaban
Olmesartan-hydrochlorothiazide	Rivastigmine
Olopatadine	Rosuvastatin
Omeprazole	Sertraline
Ondansetron	Simvastatin
Oseltamivir	Sitagliptin
Pantoprazole	Sitagliptin-metformin
Paroxetine	Spirolactone
Perindopril	Sumatriptan
Perindopril-indapamide	Sunitinib
Piperacillin-tazobactam	Tadalafil
Pomalidomide	Tamsulosin
Potassium chloride	Telmisartan
Pramipexole	Telmisartan-hydrochlorothiazide
Pravastatin	Tenofovir
Pregabalin	Terbinafine
Progesterone	Teriflunomide
Quetiapine	Ticagrelor
Rabeprazole	Timolol
Raloxifene	Tobramycin
Ramipril	Topiramate
Ranitidine	Trandolapril

Tranexamic acid

Trazodone

Valacyclovir

Valproic acid

Valsartan

Valsartan-hydrochlorothiazide

Vancomycin

Varenicline

Venlafaxine

Voriconazole

Zopiclone

Références

- ¹ Casey B. *Un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité*. Ottawa : Chambre des communes du Canada; 2018. (Rapport du Comité permanent de la santé; 14^e rapport, 42^e législature, 1^{re} session).
- ² Persaud N, Bedard M, Boozary A, Glazier RH, Gomes T, Hwang SW, et coll. Effect of Free Medicine Distribution on Health Care Costs in Canada Over 3 Years: A Secondary Analysis of the CLEAN Meds Randomized Clinical Trial. *JAMA Health Forum*. 2023, 5 mai;4(5):e231127.
- ³ DPB (directeur parlementaire du budget)-PBO (Parliamentary Budget Officer). Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance médicaments [Internet]. [cité le 3 mars 2021]. Accès : <https://www.pbo-dpb.ca/fr/search-rechercher?q=assurance-m%C3%A9dicaments>
- ⁴ Morgan SG, Li W, Yau B, Persaud N. Estimated effects of adding universal public coverage of an essential medicines list to existing public drug plans in Canada. *JAMC = CMAJ*. 2017, 27 février;189(8):E295-E302.
- ⁵ Premier ministre du Canada. Obtenir des résultats dès maintenant pour les Canadiens [Internet]. 2022 [cité le 31 mars 2022]. Accès : <https://www.pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2022/03/22/obtenir-des-resultats-des-maintenant-les-canadiens>
- ⁶ Projet de loi émanant du gouvernement (Chambre des communes) C-64 (44-1) - Sanction royale - Loi sur l'assurance médicaments - Parlement du Canada [Internet]. [cité le 24 octobre 2024]. Accès : <https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/projet-loi/C-64/sanction-royal>
- ⁷ OHCHR (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme) [Internet]. [cité le 30 juillet 2025]. Canada. Accès : <https://www.ohchr.org/fr/countries/canada>
- ⁸ OHCHR (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels [Internet]. [cité le 18 février 2025]. Accès : <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- ⁹ Canada. (RCAANC) Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. Textes des traités : Traité no 6 [Internet]. 2008 [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100028710/1581292569426>
- ¹⁰ Federation of Sovereign Indigenous Nations. Treaty Right to Health [Internet]. [cité le 18 février 2025]. Accès : <https://www.fsin.ca/treaty-right-to-health/>
- ¹¹ ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). Tendances des dépenses nationales de santé [Internet]. [cité le 29 juillet 2025]. Accès : <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>

- 12 Canada. (Fin) ministère des Finances. Rapport sur les dépenses fiscales fédérales : Concepts, estimations et évaluations 2025 - Table des matières [Internet]. 2025 [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/services/publications/depenses-fiscales/2025.html>
- 13 Coalition canadienne de la santé. There's universal support for pharmacare, finds new poll [Internet]. [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.healthcoalition.ca/theres-universal-support-for-pharmacare-finds-new-poll/>
- 14 UNAIDS calls for greater focus on ending inequalities to end AIDS with new 95-95-95 Target [Internet]. [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://bccfe.ca/bccfe-documents/unaidscalls-for-greater-focus-on-ending-inequalities-to-end-aids-with-new-95-95-95-target/>
- 15 Institut canadien d'information sur la santé. (2025).
- 16 Rapport du Comité n° 17 - Comité permanent de la santé [HESA] (44-1) - Chambre des communes du Canada [Internet]. [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.noscommunes.ca/documentviewer/fr/44-1/HESA/rapport-17/page-69#13>
- 17 One health [Internet]. [cité le 6 août 2025]. Accès : <https://www.who.int/health-topics/one-health>
- 18 Soobramoney v Minister of Health (Kwazulu-Natal) (CCT32/97) [1997] ZACC 17; 1998 (1) SA 765 (CC); 1997 (12) BCLR 1696 (27 November 1997) [Internet]. [cité le 1^{er} août 2025]. Accès : <https://www.saflii.org/za/cases/ZACC/1997/17.html>
- 19 Question of the realization in all countries of economic, social and cultural rights: resolution [Internet]. Geneva: UN; 4 [cited 2025 Sept 22]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/4081128>
- 20 Neve A. Universal: renewing human rights in a fractured world. Toronto: Anansi; 2025.
- 21 Les Nations Unies. (2025).
- 22 Neve A. (2025).
- 23 Premier ministre de Canada. (2022).
- 24 Chambre des communes. (2024).
- 25 Chambre des communes. (2024).
- 26 Casey B. (2018).
- 27 Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments (2019)
- 28 Holbrook AM, Wang M, Lee M, Chen Z, Garcia M, Nguyen L, et coll. Cost-related medication nonadherence in Canada: a systematic review of prevalence, predictors, and clinical impact. Systematic Reviews. 2021, 6 janvier;10(1):11.

- 29 Rebić N, Cheng L, Law MR, Cragg JJ, Brotto LA, De Vera MA. Predictors of cost-related medication nonadherence in Canada: a repeated cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *JAMC = CMAJ*. 2024, 24 novembre;196(40):E1331-E1340.
- 30 Morgan SG, Lee A. Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ Open*. 2017, 1^{er} janvier;7(1):e014287.
- 31 Angus Reid Institute. As Canadians age, struggles over access to health care extend to prescription drugs [Internet]. 2019. Accès : https://angusreid.org/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.09_Senior-Health-II.pdf
- 32 Canada. (StatCan) Statistique Canada. Explorer les lacunes en termes de couverture de médicaments sur ordonnance chez les hommes et les femmes au Canada selon une optique intersectionnelle [Internet]. 2024 [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2024001/article/00001-fra.htm>
- 33 Cortes K, Smith L. Accès et recours aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie. Regards sur la société canadienne [Internet]. 2022, 2 novembre. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00011-fra.htm>
- 34 Canada. (StatCan) Statistique Canada. Accès à l'assurance médicaments et consommation de médicaments pendant la pandémie de COVID-19 chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit dans les provinces [Internet]. 2024 [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022024003-fra.htm>
- 35 Institut national sur le vieillissement. *National Seniors Strategy for Canada* [Internet]. 2020. Accès : https://nationalseniorsstrategy.ca/wp-content/uploads/2020/09/NSS_2020_Third_Edition.pdf
- 36 Morgan SG, Lee A. Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ Open*. 2017, 1^{er} janvier;7(1):e014287.
- 37 Statistique Canada. (2024).
- 38 Statistique Canada. (2024).
- 39 Statistique Canada. (2024).
- 40 Cortes K et Smith L. (2022).
- 41 Commission ontarienne des droits de la personne. Prendre le pouls : Opinions des gens à l'égard des droits de la personne en Ontario [Internet]. [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://www.ohrc.on.ca/fr/prendre-le-pouls-opinions-des-gens-legard-des-droits-de-la-personne-en-ontario>
- 42 Statistique Canada. (2024).

- 43 Canada. (StatCan) Statistique Canada. Écart salarial entre les genres au Canada, 2007 à 2022. Le Quotidien [Internet]. 2023 [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230921/dq230921b-fra.htm>
- 44 Canada. (StatCan) Statistique Canada. Les Canadiens racisés sont moins susceptibles de trouver d’aussi bons emplois que leurs homologues non racisés et non autochtones en début de carrière [Internet]. 2023. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230118/dq230118b-fra.htm>
- 45 Statistique Canada. (2022).
- 46 OMS (Organisation mondiale de la Santé). Médicaments essentiels [Internet]. 2024 [cité le 9 avril 2025]. Accès : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/essential-medicines>
- 47 OMS (Organisation mondiale de la Santé). Médicaments essentiels [Internet]. 2024 [cité le 9 avril 2025]. Accès : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/essential-medicines>
- 48 Federation of Sovereign Indigenous Nations. (2025).
- 49 Perehudoff K, Persaud N, Forman L. Le droit de la personne aux médicaments essentiels s’applique aux Canadiens. Médecin de famille canadien = Canadian family physician. 2021, 14 juin;67(6):408-410.
- 50 Conseil consultatif sur la mise en œuvre d’un régime national d’assurance. (2019).
- 51 Perehudoff K et al. (2021).
- 52 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme. (2025).
- 53 Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. (2008).
- 54 Les Nations Unies. (2025).
- 55 Chambre des communes. (2024).
- 56 CJCCL. Canadian Journal of Comparative and Contemporary Law [Internet], vol. 1. 2015 [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://www.cjccl.ca/posts/health-law/>
- 57 Da Silva M. Positive Charter Rights: When Can We Open the ‘Door?’ [Internet]. Rochester, N.Y. : Social Science Research Network; 2021 [cité le 19 février 2025]. Accès : <https://papers.ssrn.com/abstract=3853161>
- 58 (AMC) Affaires mondiales Canada. Santé et droits sexuels et reproductifs. 2017 [cité le 19 février 2025]. Accès : https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/reproductive-reproductifs.aspx?lang=fra
- 59 Federation of Sovereign Indigenous Nations. (2025).

- 60 (CCNSA) Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Accueil > PUBLICATIONS
CCNSA. 2022 [cité le 18 février 2025]. Accès : <https://www.ccnsa.ca/fr/default.aspx>
- 61 Native Law Centre. Aboriginal health: a constitutional rights analysis. 2003.
- 62 Canada. (JUS) ministère de la Justice. La Charte canadienne des droits et libertés [Internet].
2021 [cité le 18 février 2025]. Accès : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/dlc-rfc/ccdl-ccrf/>
- 63 Branch LS. Lois fédérales codifiées du Canada, Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur
les droits des peuples autochtones [Internet]. 2024 [cité le 18 février 2025]. Accès :
<https://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/u-2.2/page-1.html>
- 64 Persaud N et al. (2023).
- 65 Morgan S et al. (2017).
- 66 OMS (Organisation mondiale de la Santé). Global Essential Medicines [Internet]. Accès :
<https://global.essentialmeds.org/about#about>
- 67 Persaud N, Bedard M, Boozary A, Glazier RH, Gomes T, Hwang SW, et coll. Adherence at
2 years with distribution of essential medicines at no charge: The CLEAN Meds randomized
clinical trial. PLoS Med. 2021, 21 mai;18(5):e1003590.
- 68 Persaud N, Bedard M, Boozary AS, Glazier RH, Gomes T, Hwang SW, et coll. Effect on
Treatment Adherence of Distributing Essential Medicines at No Charge: The CLEAN Meds
Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2020, 1^{er} janvier;180(1):27.
- 69 Ally MZ, Woods H, Adekoya I, Bali A, Persaud N. Acceptability of a short list of essential
medicines to patients and prescribers: Multimethod study. Médecin de famille canadien =
Canadian family physician. 2022, juillet;68(7):e204-e214.
- 70 Jarvis JD, Murphy A, Perel P, Persaud N. Acceptability and feasibility of a national essential
medicines list in Canada: a qualitative study of perceptions of decision-makers and policy
stakeholders. JAMC = CMAJ. 2019, 7 octobre ;191(40):E1093-E1099.
- 71 Chambre des communes. (2024).
- 72 Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance. (2019).
- 73 Ally M et al. (2022).
- 74 Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance. (2019).
- 75 Canada. (SC) ministère de la Santé. Accords bilatéraux sur le régime national d'assurance
médicaments [Internet]. 2025 [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/accords-bilateraux-regime-national-assurance-medicaments.html>

- 76 Canada. (SC) ministère de la Santé. Accords bilatéraux sur le régime national d'assurance médicaments [Internet]. 2025 [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/accords-bilateraux-regime-national-assurance-medicaments.html>
- 77 OMS (Organisation mondiale de la Santé). Droits humains [Internet]. 2025. Accès : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- 78 Casey B. (2018)
- 79 Premier ministre du Canada. (2022).
- 80 Chambre des communes. (2024).
- 81 Federation of Sovereign Indigenous Nations. (2025).
- 82 Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance. (2019).
- 83 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2025).
- 84 Dangerfield K. Canada's pharmacare bill is now law. What this means for you [Internet]. 2024. Accès : <https://globalnews.ca/news/10807237/canada-pharmacare-plan-what-to-know/>
- 85 Brandt J, Shearer B, Morgan SG. Prescription drug coverage in Canada: a review of the economic, policy and political considerations for universal pharmacare. Journal of pharmaceutical policy and practice. 2018;11(1):28-28.
- 86 Canada. Chambre des communes. Comité permanent de la santé. 42^e législature, 1^{re} session, 74^e réunion [Internet]. Accès : <https://www.noscommunes.ca/documentviewer/fr/42-1/hesa/reunion-74/temoignages>
- 87 OMS (Organisation mondiale de la Santé). How to Develop and Implement a National Drug Policy [Internet], 2^e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001. Accès : <https://www.who.int/publications/i/item/924154547X>
- 88 How to create and update an essential medicines list for Canada [Internet]. Centre MAP pour des solutions de santé urbaine. [cité le 5 mars 2024]. Accès : <https://maphealth.ca/canada-eml-process/>
- 89 Persaud N et al. (2023).
- 90 Morgan S et al. (2017).
- 91 Organisation mondiale de la Santé. (2025).
- 92 Persaud et al. (2021).
- 93 Persaud et al. (2020).
- 94 Ally M et al. (2022).
- 95 Jarvis J et al. (2019).

- ⁹⁶ OMS (Organisation mondiale de la Santé). How to Develop and Implement a National Drug Policy [Internet], 2^e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001. Accès : <https://www.who.int/publications/i/item/924154547X>
- ⁹⁷ OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Dépenses pharmaceutiques [Internet]. [cité le 20 février 2025]. Accès : <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/pharmaceutical-spending.html>
- ⁹⁸ Canada. (SCT) Secrétariat du Conseil du Trésor. Budget des dépenses 2024-2025 [Internet]. 2021 [cité le 20 février 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/depenses-prevues/plan-depenses-budget-principal/2024-25-budget-depenses.html>
- ⁹⁹ Secrétariat du Conseil du Trésor. (2021).
- ¹⁰⁰ ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2023 [Internet]. [cité le 20 février 2025]. Accès : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-en-medicaments-prescrits-au-canada-2023>
- ¹⁰¹ Canada - Place Explorer - Data Commons [Internet]. [cité le 25 février 2025]. Accès : https://datacommons.org/place/country/CAN?utm_medium=explore&mprop=lifeExpectancy&popt=Person&hl=fr
- ¹⁰² Canada - Place Explorer - Data Commons. (2025).
- ¹⁰³ Canada - Place Explorer - Data Commons. (2025).
- ¹⁰⁴ Ledlie S, Leece P, Yang J, Iacono A, Kolla G, Boyd R, et coll. Trends, characteristics, and circumstances surrounding stimulant toxicity deaths in Ontario, Canada from 2018 to 2021. *J Subst Use Addict Treat.* 2024, 21 décembre;209614.
- ¹⁰⁵ Canada. Mémoire du Bureau de la concurrence présentée à l'OCDE concernant les prix excessifs des produits pharmaceutiques [Internet]. 2018. Accès : <https://bureau-concurrence.canada.ca/fr/comment-nous-favorisons-concurrence/promotion-concurrence/conseils-interventions-bureau-concurrence-matiere-reglementation/memoire-bureau-concurrence-presentee-locde-concernant-prix-excessifs-produits-pharmaceutiques>
- ¹⁰⁶ HESA (Comité permanent de la santé). Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés [Internet]. [cité le 21 février 2025]. Accès : <https://www.noscommunes.ca/committees/fr/HESA/StudyActivity?studyActivityId=12106120>
- ¹⁰⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2023).
- ¹⁰⁸ Bureau du vérificateur général de l'Ontario [Internet]. [cité le 6 août 2025]. Accès : <https://auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arbyyear/ar2017-fr.html>
- ¹⁰⁹ Alliance pharmaceutique pancanadienne. Au sujet de l'APP [Internet]. 2025. Accès : <https://www.pcpacanada.ca/fr/au-sujet-de-l-APP>

- 110 Alliance pharmaceutique pancanadienne. Médicaments génériques [Internet]. 2025. Accès : <https://www.pcpacanada.ca/fr/cadre-regissant-le-prix-des-medicaments-generiques>
- 111 'Professional allowances' and the price of generic drugs. *CBC News* [Internet]. 2010, avril. Accès : <https://www.cbc.ca/news/science/professional-allowances-and-the-price-of-generic-drugs-1.874458>
- 112 Canada. (IC) Industrie Canada. Étude du secteur canadien des médicaments génériques [Internet]. Innovation, Sciences et Développement économique Canada; 2007 [cité le 26 février 2025]. Accès : <https://bureau-concurrence.canada.ca/fr/etude-secteur-canadien-medicaments-generiques>
- 113 Kelley LT, Tenbenschel T, Johnson A. Ontario and New Zealand Pharmaceuticals: Cost and Coverage. *Healthc Policy*. 2018, mai;13(4):23-34.
- 114 Morgan SG, Persaud N. New generic pricing scheme maintains high prices and risks of shortages. *JAMC = CMAJ*. 2018, 9 avril;190(14):E410-E411.
- 115 From Regulated Prices to Prices Set in Tenders [Internet]. [cité le 21 février 2025]. Accès : <https://www.iqvia.com/library/white-papers/from-regulated-prices-to-prices-set-in-tenders>
- 116 Alliance pharmaceutique pancanadienne. (2025).
- 117 Canada. (SC) ministère de la Santé. *Document d'information : la réglementation du prix des médicaments brevetés au Canada* [Internet]. 2017 [cité le 21 février 2025]. Accès : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/05/document_d_informationlareglementationduprixdesmedicamentsbrevet.html
- 118 Alex Ballingall, bureau d'Ottawa, Raisa Patel, bureau d'Ottawa. Justin Trudeau's former health minister slams his government for delay in lowering drug prices. *Toronto Star*. 2023 [cité le 21 février 2025]. Accès : https://www.thestar.com/politics/federal/justin-trudeau-s-former-health-minister-slams-his-government-for-delay-in-lowering-drug-prices/article_be4cc987-ec4d-5b3a-8d33-5082b656230b.html
- 119 Crowe K. After a 5-year fight to lower drug prices, Ottawa's pledge quietly falls apart. *CBC News*. 2022 [cité le 29 août 2022]. Accès : <https://www.cbc.ca/news/health/drug-prices-canada-regulations-1.6449265>
- 120 Crowe K. Canada has found the key to lowering drug prices, but it won't be used any time soon. *CBC News* [Internet]. 2018, 24 novembre [cité le 21 février 2025]. Accès : <https://www.cbc.ca/news/health/canada-drug-price-patented-medicine-pharmaceutical-industry-pmprb-1.4919200>
- 121 Comité permanent de la santé. (2025).
- 122 Canada. Licence obligatoire : Régime canadien d'accès aux médicaments [Internet]. 2009. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/regime-canadien-access-medicaments/pays/admissibilite/licence-obligatoire.html>

- 123 Huon JF, Sanyal C, Gagnon CL, Turner JP, Khuong NB, Bortolussi-Courval É, et coll. The cost of potentially inappropriate medications for older adults in Canada: A comparative cross-sectional study. *J Am Geriatr Soc.* 2024, 5 septembre;72(11):3530-3540.
- 124 Squires JE, Cho-Young D, Aloisio LD, Bell R, Bornstein S, Brien SE, et coll. Inappropriate use of clinical practices in Canada: a systematic review. *JAMC = CMAJ.* 2022, 28 février;194(8):E279-E296.
- 125 Reason B, Turner M, Moses McKeag A, Tipper B, Webster G. The impact of polypharmacy on the health of Canadian seniors. *Fam Pract.* 2012, août;29(4):427-432.
- 126 Huon J et al. (2024).
- 127 Ailabouni NJ, Rebecca Weir K, Reeve E, Turner JT, Wilson Norton J, Gray SL. Barriers and enablers of older adults initiating a deprescribing conversation. *Patient Educ Couns.* 2022, mars;105(3):615-624.
- 128 Doherty AJ, Boland P, Reed J, Clegg AJ, Stephani AM, Williams NH, et coll. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open.* 2020, août;4(3):bjgpopen20X101096.
- 129 DeFrank JT, Berkman ND, Kahwati L, Cullen K, Aikin KJ, Sullivan HW. Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs and the Patient-Prescriber Encounter: A Systematic Review. *Health Commun.* 2020, mai;35(6):739-746.
- 130 Every-Palmer S, Duggal R, Menkes DB. Direct-to-consumer advertising of prescription medication in New Zealand. *N Z Med J.* 2014, 29 août;127(1401):102-110.
- 131 Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et coll. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med.* 2010, 19 octobre;7(10):e1000352.
- 132 Tamblyn R, Huang A, Perreault R, Jacques A, Roy D, Hanley J, et coll. The medical office of the 21st century (MOXXI): effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care. *JAMC = CMAJ.* 2003;169(6):549-556.
- 133 (ASPC) Agence de la santé publique du Canada. Faits saillants : Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada – Canada.ca [Internet]. 2019 [cité le 20 février 2025]. Accès : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
- 134 Hutchinson M, Lavigne É, Patterson Z. Opioid use in the era of COVID-19: a multifaceted study of the opioid epidemic in Canada. *Front Pharmacol.* 2021;14:1122441.
- 135 Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018, juin;38(6):255-266.
- 136 Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL, et coll. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet.* 2019, 26 octobre;394(10208):1560-1579.

- 137 Belzak L et Halverson J. (2018).
- 138 Degenhardt L et al. (2019).
- 139 Connected Intelligence Copy [Internet]. [cité le 25 février 2025]. Accès : <http://view.ceros.com/quintiles-ims/core-2-0-module-2-3-5>
- 140 Privacy commissioner to investigate sale of health data [Internet]. [cité le 25 février 2025]. Accès : https://www.thestar.com/news/investigations/privacy-commissioner-to-investigate-sale-of-health-data/article_cf43dab3-bc4b-5307-8074-51787701b5ac.html
- 141 Soresi J, Bertilone C, Banks E, Marshall T, Murray K, Preen DB. Features and effectiveness of electronic audit and feedback for patient safety and quality of care in hospitals: A systematic review. *Health Informatics J.* 2025;31(1):14604582251315414.
- 142 Xu AXT, Brown K, Schwartz KL, Aghlmandi S, Alderson S, Brehaut JC, et coll. Audit and Feedback Interventions for Antibiotic Prescribing in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2025, 24 février;80(2):253-262.
- 143 Rome BN, Dancel E, Chaitoff A, Trombetta D, Roy S, Fanikos P, et coll. Academic Detailing Interventions and Evidence-Based Prescribing: A Systematic Review. *JAMA Netw Open.* 2025, 2 janvier;8(1):e2453684.
- 144 Fun With Data. How much money does the federal government collect? [Internet]. 2025. Accès : <https://www.funwithdata.ca/canada-facts/economy/how-much-money-does-the-federal-government-collect>
- 145 Canada. (Fin) ministère des Finances. Historique des transferts en matière de santé et de programmes sociaux [Internet]. 2000 [cité le 7 mars 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/programmes/transferts-federaux/historique-transferts-sante-sociaux.html>
- 146 Canada, ministère des Finances. (2000).
- 147 Canada. (EDSC) ministère de l'Emploi et du Développement social. Accord Canada-Colombie-Britannique sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants à l'échelle du Canada – 2021 à 2026 [Internet]. 2021 [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/accord-apprentissage-garde-jeunes-enfants/accords-provinces-territoires/colombie-britannique-echelle-canada-2021.htm>
- 148 Canada. (SC) ministère de la Santé. Le Régime canadien de soins dentaires [Internet]. 2023 [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2023/12/le-regime-canadien-de-soins-dentaires.html>
- 149 Sourang D. Nouveau régime canadien de soins dentaires [Internet]. Bureau du directeur parlementaire du budget; 2023, juin [cité le 5 septembre 2025]. Accès : <https://www.pbo-dpb.ca/fr/publications/LEG-2324-009-S-new-canadian-dental-care-plan-nouveau-regime-canadien-soins-dentaires>

- 150 Canada. (Fin) ministère des Finances. Rapport sur les dépenses fiscales fédérales : Concepts, estimations et évaluations 2024 : partie 6 [Internet]. 2024 [cité le 25 février 2025]. Accès : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/services/publications/depenses-fiscales/2024/partie-6.html>
- 151 Report of the Royal Commission on Taxation. (1966).
- 152 (ACCAP) Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Faits sur les assurances de personnes au Canada, édition 2024 [Internet]. [cité le 29 juillet 2025]. Accès : https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/BD7C7927CF34337A852585CE0049F12C!OpenDocument
- 153 Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. (2024). Canada, ministère des Finances. (2025).
- 154 Canada, ministère des Finances. (2025).
- 155 Report of the Royal Commission on Taxation (1966)
- 156 Gagnon MA. Pharmacare and Access to Medicines in Canada: Is Bill C-64 a Step in the Right Direction? [Internet]. 2024. Accès : <https://perspectivesjournal.ca/pharmacare-bill-c64/>
- 157 Gagnon M. (2024).
- 158 Dhalla IA, Guyatt GH, Stabile M, Bayoumi AM. Broadening the base of publicly funded health care. JAMC = CMAJ. 2011, 22 mars;183(5):E296-E305.
- 159 Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir – Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [Internet]. Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. Accès : <https://nctr.ca/a-propos/histoire-de-la-cvr/site-web-de-la-cvr/?lang=fr>
- 160 Well Living House. Justice for Joyce: Public Reports and Evidence Briefs [Internet]. 2020, octobre [cité le 28 septembre 2021]. Accès : <http://www.welllivinghouse.com/justice-for-joyce-public-reports-and-evidence-briefs/>
- 161 Rapport du Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones, James Anaya [Internet]. Assemblée générale des Nations Unies, Conseil des droits de l'homme; 2014, juillet [cité le 3 mars 2021]. Accès : <https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-indigenous-peoples>
- 162 LibGuides, Université du Manitoba. Indigenous Health: For Brian Sinclair [Internet]. 2025. Accès : <https://libguides.lib.umanitoba.ca/indigenoushealth/ForBrian>
- 163 Addressing Racism in BC Health Care [Internet]. 2020 [cité le 24 février 2025]. Accès : <https://engage.gov.bc.ca/addressingracism/>
- 164 Barbo G, Alam S. Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2024, avril;44(4):143-166.

- 165 Canuto K, Brown A, Wittert G, Harfield S. Understanding the utilization of primary health care services by Indigenous men: a systematic review. BMC Public Health. 2018, 23 octobre;18(1):1198
- 166 Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. Int J Equity Health. 2016, 30 septembre;15(1):163.
- 167 Harfield SG, Davy C, McArthur A, Munn Z, Brown A, Brown N. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: a systematic scoping review. Global Health. 2018, 25 janvier;14(1):12.
- 168 Gomersall JS, Gibson O, Dwyer J, O'Donnell K, Stephenson M, Carter D, et coll. What Indigenous Australian clients value about primary health care: a systematic review of qualitative evidence. Aust N Z J Public Health. 2017, août;41(4):417-423.
- 169 Shrivastava R, Couturier Y, Girard F, Papineau L, Emami E. Two-eyed seeing of the integration of oral health in primary health care in Indigenous populations: a scoping review. Int J Equity Health. 2020, 30 juin;19(1):107.
- 170 Institut canadien d'information sur la santé. (2025).
- 171 Persaud N et al. (2023).
- 172 NosSoins. NosSoins [Internet]. [cité le 20 avril 2023].
Accès : <https://fr.ourcare.ca/Niesche C>.
- 173 How the latest medicines get into the remotest communities [Internet]. 2024. Accès :
<https://www.themandarin.com.au/242833-community-service-obligation-medicine-remote-locations/>
- 174 Grootendorst P. Pharmacy location and medical need: regional evidence from Canada. BMC Health Services Research. 2022, 3 novembre;22(1):1309.
- 175 Wang L, Ramroop S. Geographic disparities in accessing community pharmacies among vulnerable populations in the Greater Toronto Area. Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health. 2018, décembre;109(5-6):821-832.
- 176 Association des pharmaciens du Canada. CPhA POSITION STATEMENT Pharmacist Prescribing [Internet]. 2011. Accès : <https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/Pharmacists%20Prescribing%20in%20Canada.pdf>
- 177 How a blockbuster drug tells the story of why Canada's spending on prescriptions is sky high. The Globe and Mail [Internet]. 2018 [cité le 24 février 2025]. Accès : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-how-a-blockbuster-drug-tells-the-story-of-why-canadas-spending-on/>
- 178 Grundy Q, Hart D, Elkhailifa S, Lexchin J, Gagnon MA, Persaud N, et coll. Mapping the Landscape of Infusion Care for People Prescribed IV Medicines in Canada. Revue

canadienne des technologies de la santé = Canadian Journal of Health Technologies [Internet]. 2025, 30 janvier [cité le 24 février 2025];5(1). Accès : <https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/JA0003>

179 Grundy Q et al. (2025).

180 Bureau du vérificateur général de l'Ontario. (2017).

181 Premier ministre du Canada. (2022).

182 Chambre des communes. (2024).

183 Casey B. (2018).

184 Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments (2019)

185 Directeur parlementaire du budget. (2021).

186 Barkova L, Malanik-Busby C, Barkova L, Malanik-Busby C. Estimation des coûts d'un régime d'assurance médicaments universel à payeur unique [Internet]. Bureau du directeur parlementaire du budget; 2023, octobre [cité le 9 juillet 2025]. Accès : <https://www.pbo-dpb.ca/fr/publications/RP-2324-016-S-cost-estimate-single-payer-universal-drug-plan-estimation-couts-un-regime-assurance-medicaments-universel-payeur-unique>Kitchen

187 Kitchen SA, Gomes T, Tadrous M, Pajer K, Gardner W, Lunskey Y, et coll. Association between a publicly funded universal drug program and antipsychotic and antidepressant medication dispensing to children. BMC Pediatr. 2025, 8 février;25:105.

188 Antoniou T, McCormack D, Kitchen S, Pajer K, Gardner W, Lunskey Y, et coll. Impact of a publicly-funded pharmacare program policy on benzodiazepine dispensing among children and youth: a population-based natural experiment. BMC Pediatr. 2023, 19 octobre;23:519.

189 Chamoun M, Forget A, Chabot I, Schnitzer M, Blais L. Difference in drug cost between private and public drug plans in Quebec, Canada. BMC Health Services Research. 2022, 14 février;22(1):200.

190 Gonzalez-Sirois G. Déclaration commune de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et de l'Association canadienne du médicament générique [Internet]. Association canadienne du médicament générique (ACMG); 2018 [cité le 9 juillet 2025]. Accès : <https://generiquescanadiens.ca/declaration-commune-de-lalliance-pancanadienne-pharmaceutique-et-de-lassociation-canadienne-du-medicament-generique/>

191 Morgan S et Persaud N. (2018).

192 Institut canadien d'information sur la santé. (2025).

193 Organisation de coopération et de développement économiques. (2025).

194 Morgan S et Persaud N. (2018).

- ¹⁹⁵ Morgan S et al. (2017).
- ¹⁹⁶ Bureau du vérificateur général de l'Ontario. (2017).
- ¹⁹⁷ Morgan S et al. (2017).
- ¹⁹⁸ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. (2024).
- ¹⁹⁹ Law MR, Kratzer J, Dhalla IA. The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. JAMC = CMAJ. 2014, 2 septembre;186(12):E470-E474.