



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Ce que nous avons entendu : Participation du public à la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments au Canada

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



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: :

What We Heard: Public engagement on the implementation of national pharmacare in Canada

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
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2019

Date de publication : June 2019

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat.: H22-4/17-2019F-PDF
ISBN: 978-0-660-30714-5
Pub.: 190015

Table des matières

Sommaire	4
Comment les Canadiens créeraient-ils un régime national d'assurance-médicaments	5
Qui devrait être couvert?	8
Comment l'assurance-médicaments nationale devrait-elle être offerte?	12
Quels médicaments d'ordonnance devraient être couverts?	17
Comment l'assurance-médicaments nationale devrait-elle être payée	23
Conclusion et prochaines étapes	29
Remerciements	30

Sommaire

Il semblerait que les Canadiens soient favorables à un régime national d'assurance-médicaments.

Ce cri de ralliement s'est répandu parmi les milliers de personnes qui ont participé à un processus de participation en vue de la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Entre juillet et décembre 2018, plus de 32 000 personnes et organisations ont fait part de leurs points de vue au Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments (le Conseil) du gouvernement du Canada. Le Conseil a recueilli des commentaires au moyen d'interactions en ligne, de lettres, de mémoires, de réunions, de tables rondes et d'assemblées générales tenues partout au Canada.

Les participants ont répété à maintes reprises que tout le monde devrait pouvoir avoir accès aux médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin lorsqu'ils sont malades. Bien que de nombreuses autres questions relatives à l'assurance-médicaments nationale suscitaient diverses opinions, la vaste majorité des Canadiens qui ont participé ont convenu de la nécessité d'une assurance-médicaments.

Le Canada est l'un des rares pays développés dans le monde à ne pas avoir de couverture universelle pour les médicaments d'ordonnance. Au lieu de cela, il existe une mosaïque de régimes d'assurance-médicaments publics et privés qui empêchent de nombreux Canadiens d'avoir les moyens de se procurer les médicaments dont ils ont besoin.

C'est pourquoi le gouvernement du Canada a créé le Conseil dans le cadre du budget de 2018 afin de fournir des recommandations indépendantes sur la meilleure façon de mettre en place un régime national d'assurance-médicaments qui sera abordable pour les Canadiens et leur famille, les employeurs et les gouvernements. Le D^r Eric Hoskins, ancien ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, dirige le Conseil, de même que six autres membres, dont : la D^{re} Nadine Caron, M. Vincent Dumez, M^{me} Mia Homsy (vice-présidente), M^{me} Camille Orridge, M^{me} Diana Whalen et M. John Wright.

En mars 2019, le Conseil a présenté son rapport provisoire au ministre de la Santé et au ministre des Finances sur l'état d'avancement de ses travaux à ce jour. Le [rapport provisoire](#) du Conseil est disponible en ligne.

Le Conseil présentera son rapport final et ses recommandations au printemps 2019.

Le rapport qui suit donne un aperçu des commentaires que les participants ont fournis pendant le processus de participation du Conseil. Ceux-ci exprimaient l'ampleur et la profondeur des points de vue et des intérêts des participants et n'étaient pas toujours cohérents. Toutefois, le rapport ne représente pas les points de vue de tous les participants, ni bien sûr de tous les Canadiens. Les points de vue résumés ici sont ceux des participants au processus, et ils ne doivent pas être perçus comme représentant l'opinion ou le point de vue du Conseil.

Comment les Canadiens créeraient-ils un régime national d'assurance-médicaments

Objectif du rapport

Le gouvernement du Canada a créé le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments (le Conseil) dans le budget de 2018 afin de fournir des conseils sur la façon de mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments. Le Conseil a dirigé un dialogue national sur la façon de mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments pour les Canadiens et leur famille, les employeurs et les gouvernements.

Le processus officiel du Conseil pour la participation du public s'est déroulé entre juillet et décembre 2018. Afin de favoriser un dialogue ciblé entre le Conseil et les Canadiens, le gouvernement du Canada a d'abord publié un document de réflexion comme document de référence. Celui-ci donnait un aperçu du système actuel de couverture des médicaments d'ordonnance et des défis rencontrés au Canada. Il indique également les objectifs et les questions clés pour encadrer le travail du Conseil.

Le Conseil a sollicité des commentaires au moyen de trois méthodes principales : la participation en ligne, les mémoires et les tables rondes et réunions en personne.

En se rendant en ligne pour donner leur point de vue ou en envoyant des mémoires au Conseil, toute personne intéressée pouvait faire part de ses réflexions sur l'assurance-médicaments et sur la meilleure façon de mettre sur pied un programme national. Le Conseil a également tenu des rencontres en personne avec différentes communautés d'intervenants. Ces discussions visaient à s'assurer que le Conseil était au courant des points de vue et des considérations de la part des patients et des intervenants.

Le présent rapport sur ce que nous avons entendu a pour but de résumer les commentaires que le Conseil a reçus au cours de la période de participation du public. Le rapport vise à rendre compte de certaines des idées et des perspectives clés qui ont été soulevées au cours du processus de participation. Il ne comprend pas tous les commentaires reçus et ne suppose pas de consensus de la part de tous les participants.

Le Conseil tient compte de cette rétroaction dans le cadre de ses délibérations en vue de son rapport final et de ses recommandations, qui doit être remis aux ministres au printemps 2019. Le Conseil est profondément reconnaissant envers toutes les personnes et tous les organismes qui ont participé au cours du processus et qui ont accordé de leur temps, de leur passion et de leur expertise.

Obtenir de l'orientation à partir des idées du public

Au total, plus de 32 000 personnes et organismes ont participé en ligne, par la poste et en personne pour indiquer au Conseil comment, à leur avis, l'assurance-médicaments nationale devrait être mise en place.

Plus de 16 000 personnes et organisations ont fait part de leurs points de vue sur l'assurance-médicaments nationale au moyen d'un questionnaire en ligne, de mémoires et de forums de discussion. Les participants étaient majoritairement d'accord pour dire que tous les Canadiens devraient bénéficier d'une assurance-médicaments équitable pour les médicaments d'ordonnance. Ils étaient

également d'avis que la plupart des médicaments d'ordonnance devraient être couverts, y compris les nouveaux médicaments novateurs. Les participants ne s'entendaient sur la façon de payer l'assurance-médicaments ni sur le meilleur modèle de mise en œuvre.

Le Conseil a également reçu plus de 12 000 lettres de campagne par courriel et par la poste. Les organisations non gouvernementales et les associations de professionnels de la santé ont organisé la majeure partie de ces campagnes.

La plupart des lettres demandaient une couverture complète et universelle qui permettrait aux gens d'avoir accès aux médicaments en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Plusieurs lettres indiquaient également que l'assurance-médicaments devrait être offerte au moyen d'un régime à payeur unique, administré par le gouvernement. Certains auteurs n'étaient pas favorables à un régime national d'assurance-médicaments. Ils ont mentionné vouloir maintenir leurs prestations actuelles de médicaments d'ordonnance et qu'ils étaient préoccupés par la réduction de leur couverture.

Le Conseil s'est rendu dans chaque province et territoire pour tenir des discussions dans le cadre de tables rondes, de réunions et de séances de dialogue communautaire.

Des consultations ont eu lieu avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des patients et des fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'avec des experts et des intervenants clés issus de nombreux domaines. Parmi ces domaines, mentionnons la politique en matière de santé, la politique des régimes publics d'assurance-médicaments, les finances, les affaires, le travail, l'industrie pharmaceutique, les pharmacies, les organismes de santé et les secteurs des assurances et des avantages sociaux.

Le Conseil a également tenu des discussions avec des gouvernements et des organisations autochtones, dont l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami et le Ralliement national des Métis. De plus, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les représentants des gouvernements et des organisations autochtones ont été invités à présenter des mémoires et à participer aux discussions.

La participation des patients et des soignants faisait partie intégrante du processus de participation du Conseil. Lorsque les patients, les membres de leur famille et les soignants révèlent leur perception des choses, cela transforme l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, et le Conseil voulait faire de ces contributions un élément clé de son échange avec les Canadiens. Le Conseil visait à ce que les patients représentent au moins un tiers des participants à chaque séance régionale. Il a également tenu deux tables rondes ciblées avec des patients et des défenseurs des droits des patients, ainsi que d'autres réunions avec des personnes qui se disent non assurées ou sous-assurées, afin de leur fournir l'occasion de s'exprimer et d'examiner attentivement leurs conseils.

Principales questions et réponses

Des consultations et des discussions ont permis d'approfondir ces questions principales :

- **Qui devrait être couvert?**
- **Comment l'assurance-médicaments devrait-elle être offerte?**
- **Quels médicaments d'ordonnance devraient être couverts?**
- **Comment l'assurance-médicaments nationale devrait-elle être payée?**

Chaque réunion et chaque séance ont suscité des réactions passionnées et des idées, bien qu'il n'y ait généralement pas eu de consensus clair sur de nombreux points et que les points de vue exprimés variaient de façon significative.

Malgré cette diversité, des points de vue communs se sont manifestés partout au pays. Le Conseil a reçu un message clair comme quoi le système actuel de couverture des médicaments d'ordonnance au Canada n'est pas viable à long terme et qu'il laisse un trop grand nombre de Canadiens sans couverture, particulièrement les populations vulnérables.

Voici quelques-uns des points de vue communs :

- L'assurance-médicaments nationale devrait couvrir tous les Canadiens, ce qui donnerait une couverture égale dans toutes les provinces et tous les territoires. Le statut professionnel, l'âge, la province ou le territoire de résidence ou la capacité de payer ne devraient pas déterminer la couverture des médicaments.
- Les critères d'inscription des médicaments d'ordonnance sur une liste nationale de médicaments assurés (une liste de médicaments dont les coûts peuvent être remboursés par un régime d'assurance-médicaments) devraient comprendre l'innocuité, l'efficacité clinique et la rentabilité. Un groupe d'experts politiquement neutre devrait gérer la liste de médicaments assurés de manière responsable et durable sur le plan financier.
- Bien qu'il n'y ait pas eu de consensus clair sur les mécanismes de partage des coûts, comme la quote-part, beaucoup ont indiqué que de tels mécanismes pourraient constituer un obstacle à l'accès.

Qui devrait être couvert?

Points clés

- Rendre l'assurance-médicaments nationale accessible à tous les Canadiens, avec la même couverture dans toutes les provinces et tous les territoires, afin d'assurer la couverture des personnes qui ne sont pas assurées ou qui sont sous-assurées.
- S'assurer que personne ne perd sa couverture actuelle ou que sa situation ne s'aggrave en raison de la mise en place d'un régime national d'assurance-médicaments.

La situation actuelle

La plupart des autres pays dotés d'un système de soins de santé universel offrent une couverture pour les médicaments d'ordonnance.

Toutefois, les choses sont différentes au Canada. Notre régime d'assurance-maladie, le système public de soins de santé du Canada pour les services médicaux et hospitaliers, ne couvre que le coût des médicaments d'ordonnance donnés aux patients dans les hôpitaux. Pour les médicaments prescrits par des médecins ou des spécialistes à l'extérieur des hôpitaux, la couverture varie d'une région à l'autre : plus de 100 différents régimes publics et 100 000 régimes privés d'assurance ont été créés pour répondre aux besoins des Canadiens. Même les Canadiens qui bénéficient d'une assurance-médicaments peuvent faire face à des mécanismes de partage des coûts avec les patients sous forme de primes, de franchises, de quote-part et de coassurance qui peuvent rendre difficile l'achat de médicaments d'ordonnance.

Termes relatifs à la couverture des médicaments

Franchise : Il s'agit des frais qu'un participant au régime doit payer pour des médicaments au cours d'une certaine période (p. ex. annuellement) avant que le régime d'assurance-médicaments commence à payer.

Quote-part : Ce sont les frais que, lorsque la limite de franchise applicable est atteinte, un participant au régime d'assurance-médicaments doit payer de sa poche pour chaque ordonnance remplie, le reste du coût étant payé par le régime d'assurance. Il peut s'agir d'un montant en pourcentage (p. ex. 20 % du coût total des ordonnances) ou d'un paiement fixe par ordonnance (p. ex. 5 \$ par ordonnance).

Prime : Il s'agit ici d'un montant fixe (souvent payé annuellement) qu'une personne doit payer pour s'inscrire à un régime d'assurance-médicaments. Ce montant est payable, que la personne utilise ou non les avantages offerts par le régime.

Maximum du régime : C'est le montant maximal de la contribution d'un régime d'assurance-médicaments au coût des médicaments d'ordonnance d'une personne. Il peut s'agir d'un maximum annuel ou d'un maximum à vie.

Depuis le début du régime d'assurance-maladie dans les années 1960, on espère que le programme finira par comprendre une couverture pour les médicaments d'ordonnance. Mais pour différentes raisons, cela ne s'est jamais produit. C'est pourquoi toutes les grandes études sur le système de soins de santé au Canada au cours des 50 dernières années ont identifié l'absence de couverture publique des médicaments d'ordonnance comme étant une lacune majeure.

En l'absence d'un système universel de couverture des médicaments d'ordonnance, le Canada a élaboré un système mixte. Les régimes d'assurance-médicaments publics et privés se rangent dans les catégories suivantes :

- **Régimes privés financés par les employeurs** : pour de nombreux travailleurs canadiens et leurs personnes à charge, ces régimes couvrent une grande partie des dépenses de médicaments d'ordonnance.
- **Régimes publics gérés par les gouvernements provinciaux et territoriaux** : ces régimes prévoient généralement une couverture au moins partielle pour les personnes âgées, les bénéficiaires de l'aide sociale et les patients atteints de certaines maladies. De nombreuses provinces offrent également une certaine forme d'assurance-médicaments aux résidents dont le coût des médicaments est élevé par rapport à leur revenu. On parle souvent de régimes d'assurance-médicaments catastrophiques.
- **Régimes publics gérés par le gouvernement du Canada** : ces régimes visent des populations distinctes, notamment les Premières Nations et les Inuits, les membres des forces armées, les anciens combattants, les détenus sous responsabilité fédérale et certains réfugiés.
- **Régimes privés financés par des particuliers** : les Canadiens qui sont travailleurs autonomes, qui travaillent à temps partiel ou qui ont un emploi mal rémunéré ou précaire sans régime de la part de l'employeur peuvent choisir d'adhérer à un régime privé.

L'accès aux régimes publics d'assurance-médicaments varie considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre au Canada, chacun administrant les soins de santé sur son territoire. Deux patients ayant les mêmes besoins qui vivent dans des régions différentes du pays pourraient bénéficier d'une couverture différente pour les mêmes médicaments d'ordonnance. Ils pourraient également payer différents montants de paiements directs.

Certains régimes publics d'assurance-médicaments sont offerts à tous les résidents d'une province ou d'un territoire. D'autres s'adressent à certains groupes, en fonction de facteurs tels que le revenu, la démographie, la maladie ou le coût des médicaments. Parmi les provinces ou les territoires, certains n'offrent que quelques régimes d'assurance-médicaments alors que d'autres en offrent près de 20 ou plus.

Les problèmes liés à une couverture insuffisante

L'achat d'un médicament d'ordonnance peut représenter un défi pour beaucoup, puisque plus de 20 % des Canadiens déclarent qu'ils n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments. Certains participants ont qualifié les frais tels que la franchise et la quote-part comme étant une « taxe sur les malades et les pauvres », surtout pour les personnes souffrant de maladies multiples. Prenons le cas d'une personne dont le revenu disponible pour le ménage est limité et qui doit obtenir six différents médicaments d'ordonnance chaque mois. Cette personne pourrait devoir faire des paiements directs assez importants. Cela pourrait signifier de sacrifier le paiement d'un besoin de base, comme du chauffage ou des aliments nutritifs.

Malgré les régimes d'assurance publics et privés qui offrent une couverture au Canada, il y a encore des lacunes. Environ 20 % des Canadiens sont sous-assurés ou ne sont pas assurés du tout pour les médicaments d'ordonnance, ce qui signifie qu'ils n'ont pas une couverture suffisante pour répondre à leurs besoins. Certains régimes publics d'assurance-médicaments couvrent tous les coûts des médicaments d'ordonnance pour les particuliers, habituellement ceux qui ont un faible revenu. Mais souvent, un ménage à revenu moyen qui est admissible doit assumer directement des coûts de milliers de dollars par année avant que le régime public commence à couvrir les dépenses. Les personnes couvertes par des régimes privés d'assurance-médicaments peuvent également avoir à payer des quotes-parts élevées qui peuvent les dissuader d'exécuter leurs ordonnances. En 2015, l'Institut Angus Reid a constaté que plus d'un Canadien sur cinq a déclaré à son propre sujet ou au sujet d'une personne de son ménage n'avoir pu prendre les médicaments tels qu'ils leur avaient été prescrits en raison des coûts qui leur sont associés.

De plus, certains Canadiens, comme les personnes à faible revenu, les LGBTQ+ et d'autres personnes, pourraient éprouver des difficultés à naviguer dans le système de soins de santé pour profiter des régimes offerts.

Ce que les gens veulent

Presque tous ceux qui ont partagé leurs points de vue avec le Conseil étaient d'avis que l'assurance-médicaments nationale devrait être accessible à tous les Canadiens et que tous les Canadiens, dans toutes les provinces et tous les territoires, devraient avoir la même couverture. Leur statut professionnel, leur âge, la province ou le territoire où ils résident ainsi que leur capacité de payer ne devraient faire aucune différence. Plusieurs participants ont déclaré que les

paiements directs des patients pour les médicaments d'ordonnance devraient aussi être les mêmes partout au Canada. Certaines personnes ont dit que le régime national d'assurance-médicaments devrait être offert aux titulaires d'une carte d'assurance-maladie.

L'un des points fréquemment mentionnés est que l'assurance-médicaments nationale doit améliorer la couverture pour les Canadiens. Personne ne devrait perdre le niveau de couverture dont il bénéficie actuellement, ou empirer sa situation en raison de la mise en place du programme.

Bon nombre de personnes ont souligné que l'assurance-médicaments nationale doit couvrir les personnes marginalisées de la société. Selon elles, l'objectif premier du programme devrait être de servir les personnes non assurées et sous-assurées.

Il y a eu un débat sur les critères à utiliser pour s'inscrire au programme. Le programme devrait-il être gratuit pour le patient ? Ou bien devrait-il y avoir un montant à payer, une franchise, en fonction du revenu d'une personne (appelée « évaluation du revenu ») avant que sa couverture ne commence ?

Certains participants ont fait remarquer que l'un des défis liés à l'évaluation du revenu est que, au Canada, certaines personnes peuvent gagner le même montant d'argent annuellement, mais leurs dépenses et modes de vie sont différents. Ces dépenses variables dépendent de la situation personnelle des gens ou du coût de la vie dans leur région. Le revenu d'une personne peut aussi changer d'année en année.

De plus, certains participants ont fait remarquer que même si l'évaluation du revenu aidait les personnes non assurées à obtenir une assurance pour les médicaments d'ordonnance, elle pourrait aussi constituer un obstacle aux soins. Ces personnes devraient quand même payer des frais de participation comme des franchises, des primes ou une quote-part, et il pourrait y avoir d'autres obstacles administratifs à l'accès à la couverture.

Suggestions au Conseil

- ✓ Rendre l'assurance-médicaments nationale accessible à tous les Canadiens, en fixant les mêmes conditions de couverture dans toutes les provinces et tous les territoires.
- ✓ Veiller à ce que l'assurance-médicaments nationale améliore la couverture des Canadiens et ne réduise pas le niveau de leur couverture actuelle offerte par les régimes d'assurance-médicaments publics et privés.
- ✓ Établir des normes nationales en matière d'accès, quelle que soit la façon dont le programme est exécuté.
- ✓ Veiller à ce que les personnes marginalisées bénéficient d'une couverture fiable.

Comment l'assurance-médicaments nationale devrait-elle être offerte?

Points clés

- Il n'y a pas eu de consensus sur la question de savoir si un système entièrement public ou un système mixte public-privé était le meilleur modèle.
- La majorité des gens était de l'avis qu'un programme national d'assurance-médicaments devait être conçu de façon à ce que les patients et les fournisseurs de soins de santé puissent facilement s'en

La situation actuelle

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Canada offre actuellement un régime d'assurance-médicaments au moyen d'un système mixte public-privé. Ce système présente des caractéristiques à la fois avantageuses et désavantageuses.

Les régimes d'assurance-médicaments publics et privés au Canada se basent sur une adhésion volontaire, sauf au Québec. Dans cette province, les résidents doivent avoir une assurance pour les médicaments d'ordonnance, au moyen d'un régime privé ou d'un régime public.

Les régimes privés couvrent souvent des médicaments qui ne sont peut-être pas couverts par les régimes publics, bien que certains régimes privés restreignent de plus en plus la liste des médicaments couverts. Les participants ont fréquemment mentionné qu'il était plus facile de se procurer des médicaments d'ordonnance au moyen de régimes privés parce qu'il y a moins de restrictions quant à la façon dont le médicament doit être utilisé.

Certains participants ont affirmé que les professionnels de la santé et les pharmaciens ne connaissent pas tous les médicaments qui se trouvent sur la liste de leur régime public d'assurance-médicaments. Les cliniciens prescrivent parfois des médicaments que le régime d'assurance-médicaments ne couvre pas. Cela oblige les patients, après avoir déjà fait un déplacement pour faire exécuter la première ordonnance, à se présenter une deuxième fois chez leur professionnel de la santé pour obtenir une ordonnance qui sera remboursée par le régime d'assurance-médicaments. Certains patients, en particulier les personnes âgées, ne prendront peut-être pas la peine de faire cette démarche une deuxième fois.

De nombreuses personnes vivant dans des communautés éloignées ont signalé d'autres problèmes pour leur population. Elles estiment que les régimes d'assurance-médicaments ne tiennent pas compte des difficultés logistiques et d'accès auxquelles font face leurs collectivités. En raison des conditions météorologiques, il faut parfois des semaines pour que les médicaments arrivent par avion, et les pharmacies sont difficilement accessibles pour de nombreuses personnes vivant dans les collectivités éloignées. Le transport pour se rendre chez le professionnel de la santé et à la pharmacie, puis pour le retour à la maison peut être long et coûteux.

Ce que les gens veulent

Bien que la nécessité d'un régime national d'assurance-médicaments ait été largement appuyée par les participants, il y a eu beaucoup de débats sur ce à quoi le programme devrait ressembler, sans consensus clair. Les gens se demandaient ce qui conviendrait le mieux : un système public à payeur unique que le gouvernement paie, ou un système mixte public-privé dans lequel les secteurs public et privé continuent de fonctionner ensemble? Malgré le débat sur le modèle lui-même, on s'est entendu pour dire que, quel que soit le modèle choisi, il ne devrait pas être dicté par des considérations politiques, et le programme devrait être viable à long terme.

Certains participants se sont également demandé si le gouvernement du Canada serait en mesure d'offrir à lui seul un programme national. Ils se sont demandé si les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient plutôt conserver la capacité de fournir des services grâce à un programme national financé par le gouvernement du Canada.

Il y a également eu un débat, sans consensus, sur la question de savoir si l'assurance-médicaments nationale devrait faire partie de la *Loi canadienne sur la santé*. Il s'agit de la loi fédérale qui établit et administre les normes nationales du système de soins de santé du Canada.

Certaines personnes ont également souligné qu'un régime national d'assurance-médicaments ne devrait pas être universel et qu'il devrait permettre aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis de choisir d'y participer.

Système public à payeur unique ou système mixte public-privé

Régime public à payeur unique : plusieurs personnes ont indiqué qu'un système public à payeur unique donnerait ultimement aux Canadiens une couverture plus uniforme dans l'ensemble du pays et coûterait moins cher. On suppose qu'on obtiendrait des prix plus bas pour les médicaments grâce à un pouvoir de négociation plus fort et à des coûts administratifs moins élevés.

Toutefois, les économies de coûts supposées d'un programme national ont régulièrement fait l'objet des débats. Certains ont souligné que l'alliance de régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux, appelée l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), a déjà considérablement réduit les prix. L'APP mène des négociations au nom des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur les médicaments de marque et les médicaments génériques.

De plus, un système public à payeur unique était considéré comme plus équitable et conforme au régime d'assurance-maladie du Canada. Certains participants ont également indiqué qu'il serait plus facile pour les patients de comprendre un régime à payeur unique et qu'il serait plus facile d'assurer la cohérence d'un tel régime dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Toutefois, certains participants craignent qu'un système à payeur unique ne prenne beaucoup de temps à mettre en place et ne perturbe considérablement la couverture d'assurance privée. De plus, certains participants ont affirmé que les régimes publics ne couvrent pas toujours tous les médicaments disponibles pour les maladies chroniques et les maladies rares que les régimes privés ont

Modification du mode de vie pour s'offrir les médicaments d'ordonnance

Étant donné que les régimes d'assurance-médicaments publics varient d'une province ou d'un territoire à l'autre au Canada, il existe différentes modalités et divers processus pour déterminer l'admissibilité. Les gens ont mentionné le fardeau que représente l'accès à l'assurance, qui les oblige parfois à modifier leur mode de vie pour obtenir les médicaments dont ils ont besoin. Certains sont même allés jusqu'à divorcer pour réduire leur revenu familial total et leurs franchises. Les gens ont également parlé de retourner vivre avec des membres de leur famille pour obtenir une meilleure protection, de changer de carrière pour avoir accès à des avantages sociaux ou de quitter leur emploi pour bénéficier d'une meilleure protection au moyen de l'aide sociale.

tendance à couvrir. Ils ont ajouté que l'adoption d'un régime entièrement public pourrait signifier que les personnes atteintes de maladies chroniques et de maladies rares finissent par perdre l'accès à leurs médicaments actuels.

Système mixte public-privé : plusieurs participants étaient d'avis que le système mixte public-privé actuel fonctionnait bien pour la plupart des Canadiens. Ils ont suggéré qu'un système public-privé aurait la solidité financière nécessaire pour offrir plus de choix aux patients grâce à des régimes privés qui complètent le programme public et que cela serait viable. Certains employeurs ont indiqué que ce système serait utile, car les prestations des régimes privés sont un moyen d'attirer de nouveaux employés. Toutefois, d'autres participants ont insisté sur le fait que les employeurs pourraient vouloir être soulagés du coût des prestations pour les médicaments des employés dans le cadre de leur régime de soins de santé.

Certains participants étaient d'avis qu'il serait bien de bénéficier d'un système dans lequel le gouvernement s'engage à payer les coûts jusqu'à concurrence d'un certain montant (à titre de premier payeur) et les régimes privés couvrent toutes les dépenses dépassant cette limite (à titre de deuxième payeur). D'autres ont suggéré que le gouvernement devrait soulager les régimes privés d'assurance-médicaments en assumant la responsabilité des médicaments à coût élevé.

D'autres participants ont suggéré que le Canada commence par un système public-privé pour éventuellement passer à un système entièrement public.

Les participants ont indiqué qu'au fil du temps, le coût des médicaments d'ordonnance des régimes privés dans un système mixte risquerait d'être assumé par les régimes publics. Par conséquent, si l'assurance-médicaments nationale est offerte dans le cadre d'un système mixte, elle devrait être conçue de manière à ce que le système privé ne

se décharge pas des coûts sur le système public. Autrement, la croissance des coûts du secteur public pourrait devenir ingérable à mesure que des médicaments plus coûteux arriveront sur le marché.

Toutefois, certains participants ont exprimé la crainte qu'un système public-privé, comme un système entièrement public, puisse perturber le secteur de l'assurance-maladie.

Catalyseurs pour un régime national d'assurance-médicaments

Systèmes informatiques nationaux de prescription et de suivi des médicaments : l'exploitation d'un système pancanadien de technologie de l'information (TI) pour les données sur les médicaments d'ordonnance est un autre défi soulevé par les participants. Ils estiment qu'à l'heure actuelle, les données sont mal gérées à l'échelle nationale. Le format des données diffère d'une province ou d'un territoire à l'autre et d'un système de dossiers médicaux électroniques à l'autre, ce qui rend difficile l'établissement de liens entre les données au Canada.

Certains gouvernements provinciaux et territoriaux ont des systèmes efficaces de TI pour les médicaments. D'autres utilisent des systèmes plus anciens qui pourraient être améliorés. D'autres encore, face à des ressources limitées, auraient de la difficulté à répondre aux exigences en matière de TI dont un nouveau régime national d'assurance-médicaments pourrait avoir besoin. Les participants ont déclaré qu'il serait nécessaire d'investir dans les systèmes informatiques.

En fin de compte, des systèmes de TI plus efficaces peuvent aider les professionnels de la santé et d'autres intervenants à mieux comprendre l'utilisation des médicaments d'ordonnance et à améliorer la sécurité des patients.

Rendre l'assurance-médicaments nationale facile à utiliser et culturellement appropriée : les participants ont indiqué que, quelle que soit la façon dont l'assurance-médicaments nationale est offerte, l'appui des gouvernements provinciaux et territoriaux est essentiel. De plus, tout modèle choisi devrait être facile à utiliser tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Selon certains participants, les régimes d'assurance actuels nécessitent de remplir de nombreux documents. Ils ont indiqué que si l'obstacle administratif était réduit, les professionnels de la santé pourraient alors consacrer plus de temps aux soins des patients.

Il est aussi nécessaire d'avoir des compétences culturelles pour donner des soins adaptés à la culture selon certains participants. Cela renvoie à des services de soins de santé qui tiennent compte des besoins sociaux, culturels et linguistiques d'une personne. Tous les patients vivent des expériences uniques dans le système de soins de santé, et l'assurance-médicaments nationale doit en tenir compte. Le système doit reconnaître que les antécédents culturels influenceront sur les comportements liés à la maladie. Il en ira de même pour les expériences antérieures en matière de soins de santé, les niveaux de scolarité, le degré d'acculturation, les compétences linguistiques et le statut socioéconomique.

Les discussions avec les participants autochtones ont permis de réitérer qu'il est important de conserver un choix dans leurs services d'assurance-médicaments et qu'un engagement accru sera nécessaire. Les participants ont également discuté des difficultés qu'éprouvent les peuples autochtones à obtenir des médicaments.

Enfin, certains participants ont souligné que toutes les maladies devraient être traitées équitablement dans le cadre de l'assurance-médicaments nationale. Ils croient que cela réduirait le besoin de régimes publics spécialisés pour les maladies rares.

Suggestions au Conseil

- ✓ Simplifier le programme pour que les patients et les professionnels de la santé puissent y naviguer et y avoir accès, peut-être au moyen d'une carte d'assurance-maladie, par exemple.
- ✓ Mettre en œuvre l'assurance-médicaments nationale de manière progressive et élaborer un plan pour améliorer sa viabilité à long terme.
- ✓ Veiller à ce qu'un régime national d'assurance-médicaments soit viable et ne fasse pas l'objet de changements liés à la politique.
- ✓ Éduquer les patients, le public et les professionnels de la santé sur les ordonnances et l'utilisation appropriées des médicaments.
- ✓ Investir dans des systèmes informatiques connectés et faciliter la prescription et le suivi des médicaments.

Quels médicaments d'ordonnance devraient être couverts?

Points clés

- Veiller à ce qu'une liste nationale n'énumère que les médicaments dont l'innocuité et l'efficacité ont été démontrées et qui offrent un bon rapport qualité-prix.
- Inclure les appareils médicaux, les thérapies diagnostiques et autres équipements et services dont les gens ont besoin, en plus de leurs médicaments, pour améliorer leur état de santé.
- Évaluer les médicaments pour les maladies rares selon un processus différent

La situation actuelle

Au Canada, les régimes d'assurance-médicaments publics et privés déterminent les médicaments qu'ils incluront dans leur liste de médicaments assurés respective.

Tout médicament vendu au Canada doit d'abord être évalué par Santé Canada afin de démontrer qu'il peut être utilisé sans danger et qu'il fonctionne comme prévu. Par la suite, les régimes d'assurance-médicaments publics et privés adoptent des approches différentes pour décider quels médicaments inscrire sur leur liste de médicaments.

Création des listes de médicaments assurés par les régimes publics d'assurance-médicaments : à la suite d'une évaluation de Santé Canada, les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada demandent à l'un des deux organismes canadiens d'évaluation des technologies de la santé, soit l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) ou l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), de déterminer si un nouveau médicament présente un meilleur rapport qualité-prix que les autres options thérapeutiques.

Les recommandations de ces organisations servent ensuite à éclairer la prise de décisions et les négociations de l'APP au nom des provinces et territoires participants. Une fois les négociations terminées, chaque régime d'assurance-médicaments provincial et territorial participant est responsable de l'inscription des produits à sa liste de médicaments assurés.

Création des listes de médicaments assurés dans les régimes privés d'assurance-médicaments : après une évaluation d'un médicament par Santé Canada, la plupart des régimes d'assurance-médicaments privés inscrivent immédiatement ce médicament sur une liste « ouverte ». Cette liste de médicaments offre aux participants un plus grand choix de médicaments. Les employeurs qui parrainent la majorité des régimes privés d'assurance-médicaments du Canada utilisent ces régimes pour attirer et conserver leurs employés, et ils offrent généralement un vaste choix de médicaments à leurs participants. Toutefois, à mesure que des médicaments aux prix de plus en plus élevés sont introduits sur le marché,

certaines régimes d'assurance-médicaments privés gèrent plus activement leurs listes afin de contenir les coûts.

Ce que les gens veulent

Devrait-il y avoir une liste nationale de médicaments assurés?

L'idée de créer une liste nationale de médicaments assurés a suscité diverses opinions au cours des consultations du Conseil. Certains participants étaient favorables à une liste nationale de médicaments assurés en plus des listes provinciales et territoriales. Certains ont laissé entendre que, si une liste nationale de médicaments assurés est suffisamment complète et transférable, c'est-à-dire que les mêmes médicaments sont couverts dans toutes les provinces et tous les territoires, les gouvernements provinciaux et territoriaux n'auront peut-être pas à conserver leurs propres listes.

De nombreux participants ont toutefois convenu que la liste ne devrait contenir que les médicaments dont l'innocuité et l'efficacité ont été démontrées et qui offrent un bon rapport qualité-prix. Plusieurs personnes ont indiqué que le processus d'ajouter ou de supprimer des médicaments de la liste devrait être fondé sur des données probantes, en plus d'être neutre et transparent. Le processus devrait être simple et uniforme d'une province et d'un territoire à l'autre, ou devrait permettre un minimum de flexibilité.

Beaucoup estiment que le Canada devrait harmoniser les processus réglementaires fédéraux et simplifier les processus provinciaux et territoriaux afin de réduire les délais. Cela réduirait le temps nécessaire à l'inscription des médicaments sur une liste nationale. De plus, le délai entre l'approbation d'un nouveau médicament d'ordonnance et le moment où il est entre les mains des patients doit être réduit.

De nombreux participants ont dit qu'une liste pancanadienne de médicaments assurés était le seul moyen de s'assurer que l'assurance-médicaments nationale était viable, uniforme et rentable. D'autres estiment qu'une liste nationale serait trop restrictive.

Certains ont suggéré que les provinces et territoires devraient harmoniser leur liste respective à la liste nationale. De cette façon, les gouvernements provinciaux et territoriaux seraient protégés des pressions politiques les incitant à ajouter ou à supprimer certains médicaments de leurs listes. Selon certains participants, une façon de s'assurer que les gouvernements provinciaux et territoriaux suivent les recommandations sur les médicaments serait de lier leurs actions au partage des coûts avec le gouvernement fédéral.

Que devrait inclure une liste nationale de médicaments assurés?

Quelques participants ont fait pression en faveur d'une liste entièrement ouverte, dans laquelle les Canadiens pourraient obtenir tous les médicaments approuvés par Santé Canada dont ils ont besoin. D'autres estiment que cela n'est pas pratique, étant donné que les gouvernements doivent équilibrer les coûts et le choix des patients avec une liste publique. Les participants n'étaient pas d'accord sur ce qui devrait être inclus dans une liste nationale, mais ils semblaient être d'accord pour ce qui est d'une liste complète et fondée sur des données probantes.

Les suggestions des participants sur la façon d'établir cette liste étaient variées. Entre autres, on propose de commencer par une liste qui, bien que limitée, offre des choix aux patients, puis de graduellement y ajouter des médicaments. Certaines personnes ont suggéré qu'il serait possible de commencer par une liste des médicaments essentiels selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par exemple. Il s'agit d'environ 400 médicaments jugés essentiels qui répondent aux besoins prioritaires d'une population en matière de soins de santé. Les participants ont indiqué que les médicaments des listes provinciales pourraient ensuite être ajoutés à la liste de l'OMS.

Certains participants ont suggéré d'utiliser les listes des hôpitaux comme point de départ. Ils ont suggéré que le fait d'avoir la même liste de médicaments qu'un hôpital faciliterait la transition des patients vers la réalité dans les collectivités et la vie à l'extérieur des hôpitaux.

Médicaments génériques et biosimilaires

Certains participants ont indiqué qu'une liste nationale devrait favoriser les médicaments génériques et biosimilaires.

Les médicaments de marque brevetés sont généralement appelés médicaments de marque ou « médicaments novateurs ». Lorsqu'une entreprise crée un nouveau médicament, elle dépose une demande de brevet auprès du gouvernement. Le brevet donne à l'entreprise le droit d'être la seule à commercialiser ce médicament et à le vendre sous un nom de marque. Son équivalent générique ne peut entrer sur le marché qu'après l'expiration du brevet du médicament de marque.

Les médicaments génériques sont l'équivalent d'un médicament de marque déjà commercialisé en matière d'innocuité, de qualité, de rendement, de forme posologique, de concentration, de voie d'administration et d'utilisation prévue. Les médicaments génériques sont moins chers que les produits de marque. Pour cette raison, différents régimes d'assurance-médicaments au Canada encouragent l'utilisation des médicaments génériques. Toutefois, de nombreux médicaments au Canada ne sont pas encore disponibles sous forme générique.

Bon nombre des nouveaux médicaments mis sur le marché aujourd'hui sont des produits biologiques fabriqués à partir de cellules vivantes ou d'organismes issus de la biotechnologie. Cela les rend plus difficiles à mettre au point et à fabriquer que les médicaments chimiques traditionnels. Ils sont également plus coûteux. Un produit biosimilaire est un médicament biologique dont on a démontré la similitude avec un médicament de marque se trouvant déjà sur le marché (connu sous le nom de médicament biologique de référence). Un produit biosimilaire fait son entrée sur le marché canadien après l'expiration du brevet du produit biologique original.

Plusieurs personnes ont convenu qu'un régime national d'assurance-médicaments devrait prendre des mesures pour accroître l'utilisation des médicaments génériques et biosimilaires afin d'aider à rendre plus viables les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Ils ont suggéré qu'une façon d'y parvenir serait d'utiliser des mesures incitatives et d'autres politiques de gestion de la liste des médicaments assurés, par exemple en couvrant le coût des quotes-parts pour les bénéficiaires s'ils prennent un médicament générique équivalent ou une substitution générique, ou en imposant une quote-part plus élevée pour un médicament de marque.

Traitement médical qui dépend actuellement du lieu de résidence

L'accès aux médicaments d'ordonnance au moyen des régimes publics varie énormément d'une province et d'un territoire à l'autre. Si vous êtes un patient qui a besoin de médicaments d'ordonnance, votre lieu de résidence peut déterminer si vous êtes admissible ou non et si vous êtes couvert par le régime public pour les médicaments d'ordonnance requis. Les participants ont décrit des cas où les patients sont responsables d'énormes dépenses personnelles étant donné que leurs médicaments d'ordonnance ne sont pas couverts par les régimes publics. Certains prennent la décision radicale de déménager dans une autre province ou un autre territoire qui offre une meilleure assurance-médicaments. Un patient peut devoir quitter son emploi, sa famille et ses souvenirs précieux pour s'installer dans une autre province à des kilomètres de distance afin d'obtenir de meilleures conditions d'assurance.

Plusieurs des provinces ont des politiques relatives aux médicaments génériques. Par exemple, les pharmacies peuvent être tenues de substituer des médicaments génériques aux produits de marque prescrits dans le cadre de régimes privés et publics. Les détails fournis par les participants sur la mesure dans laquelle les médicaments génériques sont utilisés dans les régimes privés varient.

Toutefois, certains participants se sont opposés à l'augmentation de l'utilisation des médicaments génériques et biosimilaires pour diverses raisons.

Certains ont laissé entendre que les médicaments génériques ne sont pas aussi efficaces et que, par conséquent, les patients devraient quand même avoir accès au médicament de marque. Ils ont indiqué que le fait d'être obligés par leurs professionnels de la santé d'accepter des médicaments génériques moins chers que les médicaments de marque prescrits leur donnait l'impression que les « bons » médicaments leur étaient refusés. Certaines personnes ont soulevé la question que, pour obtenir ce médicament de marque plus coûteux, leur régime d'assurance les oblige à payer la différence de prix.

Les participants ont mentionné que les gouvernements pourraient également éduquer les Canadiens et les prescripteurs au sujet des médicaments génériques et, en même temps, dissiper certaines idées préconçues au moyen de campagnes de marketing.

Inclure plus que des médicaments, faire des exceptions

De nombreux participants ont déclaré que les appareils médicaux comme les pompes à insuline et les bandelettes de test glycémique devraient également faire partie d'une liste nationale. Ils ont souligné que les médicaments à eux seuls ne peuvent pas aider les patients s'ils n'ont pas les appareils médicaux et les outils dont ils ont besoin pour utiliser ces médicaments. D'autres étaient favorables à une liste qui inclurait des thérapies diagnostiques et des tests, comme des analyses sur le génome.

En ce qui concerne les stratégies préventives qui pourraient mener à une meilleure santé, plusieurs participants ont soutenu qu'une liste nationale devrait comprendre des médicaments préventifs et des services faisant la promotion d'un mode de vie sain. Certains participants tenaient également à inclure de la médecine douce et la médecine traditionnelle.

Certains participants ont mentionné qu'une liste nationale devrait pouvoir s'adapter rapidement. Elle doit également être en mesure de faire des exceptions au cas par cas pour approuver les médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste.

Il peut y avoir de nombreuses raisons pour autoriser une exception à la règle. Il se peut que les patients ne répondent pas adéquatement à certains médicaments inscrits à la liste. En raison des interactions entre les médicaments, certains patients qui prennent déjà d'autres produits peuvent avoir besoin d'autres choix de médicaments. De plus, les médicaments pour les maladies rares peuvent être absents d'une liste nationale.

Les participants ont mentionné que les médecins et les autres professionnels de la santé qui prescrivent des médicaments aux patients doivent être instruits au sujet des médicaments économiques et des cas où il faut faire exception.

Gestion de la liste de médicaments assurés

Plusieurs participants ont demandé la création d'un nouveau comité d'experts chargé de décider quels médicaments et produits devraient faire partie d'une liste nationale de médicaments assurés. Il a été suggéré que des médecins, du personnel infirmier, des patients, des groupes de patients, des pharmaciens, des experts du milieu universitaire, des dirigeants syndicaux et des experts en technologie puissent siéger à cet organisme.

Selon eux, ce comité devrait être apolitique. Personne du secteur politique ou privé ne devrait pouvoir influencer les décisions du comité. À l'heure actuelle, il est difficile pour les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux de résister à de telles pressions politiques. Le comité serait également en mesure de mieux gérer les pressions exercées relativement aux médicaments à intégrer dans une liste.

Les participants voulaient des lignes directrices claires et structurées qui pourraient aider les membres du comité à prendre des décisions. Ils devraient pouvoir rapidement ajouter ou supprimer des médicaments lorsque les données probantes l'exigent, en prenant des décisions fondées sur les résultats pour la santé et le rapport coût-efficacité. Le comité devrait faire preuve de transparence envers le public sur la façon dont il décide d'inscrire certains médicaments à la liste ou de les retirer.

Il faudrait également garantir que ce comité national obtienne un financement fédéral adéquat, durable et prévisible chaque année.

Cependant, d'autres étaient d'avis qu'un organisme existant comme l'ACMTS pourrait gérer une liste nationale de médicaments assurés si elle disposait de ressources plus adéquates et si elle était davantage soutenue.

Suggestions au Conseil

- ✓ Créer et gérer une liste nationale de médicaments assurés par un comité d'experts interdisciplinaire neutre ou un comité d'experts interdisciplinaire renforcé de l'ACMTS.
- ✓ Veiller à ce qu'une liste nationale comprenne des éléments qui améliorent les résultats pour la santé des Canadiens, notamment des médicaments génériques et de marque, ainsi que de nouveaux médicaments à coût élevé comme les traitements biologiques.
- ✓ Utiliser les politiques de gestion de la liste, comme la substitution obligatoire et les campagnes de sensibilisation du public, pour encourager les bénéficiaires des régimes d'assurance-médicaments à utiliser des médicaments génériques et biosimilaires.
- ✓ Inclure dans la liste nationale le matériel et les appareils médicaux nécessaires à l'utilisation de médicaments d'ordonnance.
- ✓ Veiller à ce que le patient et le prescripteur aient le choix dans la liste nationale.
- ✓ Concevoir un programme national d'assurance-médicaments pour tenir compte des nouveaux médicaments qui sont mis au point, comme ceux pour les maladies rares.
- ✓ Améliorer et simplifier le processus d'approbation des médicaments afin de le rendre moins lourd (ce qui comprend l'accès aux médicaments qui ne figurent pas sur la liste des médicaments assurés ou pour lesquels aucune solution de rechange n'est indiquée).

Comment l'assurance-médicaments nationale devrait-elle être payée?

Points clés

- Veiller à ce que le financement fédéral de l'assurance-médicaments nationale soit suffisant, prévisible et à long terme.
- Envisager d'augmenter les revenus en augmentant l'impôt sur le revenu ou l'impôt des sociétés.
- Veiller à ce que l'utilisation de mécanismes de partage des coûts avec les patients, tels que les quotes-parts, ne constitue pas un obstacle à l'accès.

La situation actuelle

Selon un rapport de 2017 de l'Institut canadien d'information sur la santé, le Canada dépense 34 milliards de dollars par année en médicaments d'ordonnance. De ce montant :

- les régimes publics d'assurance-médicaments paient 14,4 milliards \$ (43 %);
- les systèmes d'assurance privés (surtout les régimes d'employeur) paient 12,3 milliards \$ (36 %);
- les particuliers canadiens paient 7,4 milliards \$ (21 %);
 - les particuliers font des paiements directs tels que les quotes-parts, les franchises et les primes.

Par l'entremise du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), le gouvernement du Canada réglemente le prix maximal autorisé pour la vente des médicaments brevetés. Pourtant, les prix des médicaments d'ordonnance au Canada sont parmi les plus élevés au monde.

De plus, les dépenses en médicaments au Canada ont beaucoup augmenté au cours des dernières décennies. Cela est dû au vieillissement de la population et à l'arrivée d'un plus grand nombre de thérapies à coût élevé sur le marché, comme les médicaments biologiques. Un sondage mené en 2015 auprès de 29 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques a révélé que le Canada figurait parmi les trois premiers pays ayant les dépenses en médicaments par habitant les plus élevées. Seuls les États-Unis et la Suisse dépensent davantage.

Le prix que les Canadiens paient pour leurs médicaments est également influencé par les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires des pharmaciens, lesquels varient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre.

Les montants actuellement dépensés pour des médicaments coûteux sont également considérables, même si le nombre de patients qui utilisent ces médicaments est comparativement peu élevé. Le CEPMB signale qu'en 2017, alors que moins de 1 % des Canadiens prenaient des médicaments dont le

coût annuel était de 10 000 \$ ou plus, ils représentaient un peu plus de 40 % des ventes de médicaments brevetés.

La mosaïque de régimes publics et privés d'assurance pour les médicaments d'ordonnance au Canada n'a pas été conçue pour assumer les médicaments de plus en plus coûteux qui entrent sur le marché. Les Canadiens paient eux-mêmes ces coûts élevés et croissants des médicaments. Ils font ces paiements directement ou au moyen d'impôts ou de frais que leur employeur leur transmet.

Ce que les gens veulent

Des prix moindres pour les médicaments partout au Canada

De manière générale, les participants ont convenu que les prix des médicaments doivent être plus bas pour que les régimes d'assurance-médicaments privés et publics soient plus abordables et viables.

Les participants de l'industrie des médicaments de marque ont soutenu que le Canada était actuellement en mesure d'attirer des projets de recherche et développement pharmaceutiques précisément en raison des prix plus élevés des médicaments de marque. Ils ont déclaré que les pays où les prix des médicaments de marque sont plus élevés et où l'accès aux marchés est plus facile sont des endroits plus attrayants pour les entreprises qui investissent dans la recherche et le développement et qui introduisent de nouveaux médicaments.

Certains participants se sont dits préoccupés par l'incidence négative que pourrait avoir la baisse des prix des médicaments d'ordonnance sur l'accès des patients à de nouveaux médicaments et la disponibilité de médicaments.

De nombreux participants s'inquiétaient également de l'augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance, car ces coûts deviennent insoutenables pour les régimes publics et privés. Les compagnies d'assurance privées ont demandé à faire partie de l'APP afin de pouvoir participer à des négociations communes avec les régimes publics. Toutefois, les fabricants de produits pharmaceutiques novateurs ont déclaré que cela pourrait avoir des conséquences involontaires sur les prix négociés à l'échelle nationale, ce qui indique que les rabais des régimes publics pourraient être réduits.

Un autre sujet que les participants ont soulevé est que l'assurance-médicaments nationale devrait rendre égaux partout au Canada les coûts que doivent payer le patient à la pharmacie. Par exemple, les patients du Nord doivent payer les médicaments d'ordonnance à un prix presque trois fois plus élevé que les Canadiens qui résident dans des régions plus au sud. Là-bas, les coûts élevés des médicaments sont fortement influencés par les marges bénéficiaires et les frais de pharmacie.

Nécessité d'un financement suffisant et fiable

Les participants sont convaincus que les dépenses fédérales doivent être suffisantes, prévisibles et soutenues à long terme. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ne pourraient pas appuyer un régime national universel d'assurance-médicaments à payeur unique sans un partenaire fédéral solide.

Factures annuelles de médicaments qui coûtent plus cher qu'une maison

L'une des principales raisons pour lesquelles le coût des médicaments d'ordonnance augmente est l'afflux de nouveaux médicaments spécialisés coûteux sur le marché. Il s'agit d'une tendance que les participants gouvernementaux ont soulignée comme étant une préoccupation majeure pour eux. Ces produits comprennent les produits biologiques, les médicaments coûteux pour les maladies rares et les médicaments anticancéreux. Une proportion croissante de ces médicaments spécialisés coûteux sont utilisés à l'extérieur des hôpitaux pour traiter des maladies chroniques complexes, comme la polyarthrite rhumatoïde. Selon le document Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les Canadiens, un rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes datant d'avril 2018 indique que ces nouveaux médicaments aident souvent des patients qui n'avaient pas accès à d'autres options

Les participants ont également indiqué que le financement fédéral doit tenir compte de la taille des populations des provinces et des territoires ainsi que de leur démographie, en particulier les taux plus élevés de personnes âgées. Même dans un système public-privé, où le régime public paie les coûts jusqu'à un certain niveau de référence et les régimes privés couvrent les dépenses supérieures à cette limite, il existe des restrictions. Par exemple, les provinces ou les territoires qui comptent une plus grande proportion de personnes âgées ne pourraient pas se permettre d'aller au-delà de ce qu'ils offrent actuellement.

Certains participants étaient d'avis que l'on devrait prendre en compte le modèle universel public-privé du Québec, qui comprend une couverture obligatoire. D'autres membres du secteur des entreprises étaient moins enthousiastes à cette idée. Ils ont dit qu'un modèle obligatoire augmenterait les coûts pour les employeurs et limiterait leur flexibilité.

Modes de paiement possibles pour l'assurance-médicaments nationale

Les participants ont suggéré diverses façons de payer l'assurance-médicaments nationale. Toutefois, il n'y a pas eu de consensus à ce sujet.

Impôts : plusieurs participants étaient d'avis qu'une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers pourrait être l'un des moyens les plus équitables de recueillir des fonds. Certains se sont demandé si les Canadiens accepteraient une augmentation de l'impôt sur le revenu. D'autres ont souligné qu'il est important de dire aux contribuables pourquoi cette augmentation d'impôt est nécessaire et comment l'assurance-médicaments nationale profitera aux collectivités à long terme. Certains étaient toutefois préoccupés, indiquant que les niveaux d'imposition de certaines provinces étaient déjà très élevés.

Il a été suggéré qu'une autre possibilité serait d'augmenter l'impôt des sociétés. Cependant, certains pensaient que cela pourrait être risqué pour les petites entreprises dont les budgets sont limités. Certains participants craignaient également que l'augmentation de l'impôt des sociétés ne rende le Canada moins attrayant pour les investissements

étrangers.

Les participants ont suggéré que, si l'assurance-médicaments nationale était offerte dans le cadre d'un régime entièrement public, les sommes normalement versées pour les régimes privés pourraient être réorientées. Une augmentation de l'impôt sur le revenu pourrait être égale au montant qu'un employé paierait normalement pour sa franchise dans un régime d'assurance-médicaments financé par l'employeur. Une augmentation de l'impôt des sociétés ou un impôt sur la masse salariale pourrait être un montant d'impôt net égal aux paiements d'assurance privée d'un employeur.

Certains participants étaient d'avis que les employeurs pourraient ne pas être satisfaits d'un régime d'assurance-médicaments entièrement public. Les employeurs perdraient le recours aux régimes privés d'assurance-médicaments pour attirer de nouveaux employés, mais pourraient quand même être obligés de payer plus d'impôts.

Une autre suggestion était d'augmenter la taxe sur les produits et services (TPS) ou la taxe de vente harmonisée (TVH). Certains participants ont suggéré de répartir les augmentations entre l'impôt sur le revenu, l'impôt des sociétés et la TPS/TVH.

Toutefois, un certain nombre préfère les hausses de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt des sociétés plutôt que de la TPS/TVH. Une augmentation de la TPS/TVH ferait augmenter le coût des produits de première nécessité. Ce sont les personnes à faible revenu qui en souffriraient le plus.

Frais d'utilisation : les participants n'étaient pas tous du même avis quant à la nécessité de faire payer aux patients les primes, les franchises et les quotes-parts de leurs médicaments d'ordonnance. Il a été reconnu que les coûts peuvent être un obstacle à l'obtention des soins médicaux dont les gens ont besoin. Cela devient encore plus difficile lorsqu'un patient souffrant de différentes affections doit faire exécuter plusieurs ordonnances. Certains étaient d'avis que les frais d'utilisation devraient être évités parce que les personnes malades à faible revenu seront moins susceptibles d'obtenir l'aide médicale dont elles ont besoin si le coût constitue un obstacle supplémentaire. Il a été mentionné que l'éducation des patients au sujet des coûts des médicaments et des sources de financement pourrait être plus efficace que l'imposition de frais d'utilisation pour décourager l'usage inadéquat des médicaments d'ordonnance.

D'autres participants estiment toutefois que, lorsque les personnes doivent assumer une partie du coût de leurs médicaments, elles seront plus susceptibles de les prendre. Ces participants ont recommandé l'utilisation de mécanismes modestes de partage des coûts. S'assurer que les frais d'utilisation sont fondés sur le revenu pourrait être une autre option.

Bon nombre de participants ont indiqué qu'ils préféreraient une augmentation de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt des sociétés plutôt que des frais d'utilisation. Dans l'éventualité où des frais d'utilisation seraient mis en place (p. ex. des quotes-parts), les gens devraient être autorisés à déduire ces frais dans leur déclaration de revenus. De plus, quelques participants ont suggéré que le montant que rapportent les quotes-parts pourrait être inférieur au coût d'administration des quotes-parts.

Stratégies d'achat et d'exploitation plus intelligentes : plusieurs participants ont mentionné deux stratégies clés pour économiser de l'argent. L'une consiste à obtenir de la part des fabricants des prix

plus bas pour les médicaments d'ordonnance en ayant un seul client qui négocie les prix au nom d'un groupe d'acheteurs. Cette stratégie est communément appelée « prix de gros » ou « achat en gros ».

L'élimination des ententes distinctes sur les listes de produits entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et les fabricants de médicaments d'ordonnance lorsque les prix réduits auront été négociés collectivement par l'entremise de l'APP permettrait d'économiser temps et argent. Cela donnerait lieu à une entente sur la liste de produits pour toutes les provinces et tous les territoires.

La deuxième stratégie consiste à encourager une plus grande utilisation des produits génériques et biosimilaires qui sont moins coûteux que les médicaments de marque et les produits biologiques. L'utilisation accrue des génériques et des biosimilaires pourrait entraîner des économies pour le système de santé.

Même de petits changements peuvent être efficaces. Parmi les exemples, il a été proposé de permettre aux patients atteints de maladies chroniques d'obtenir des ordonnances plus volumineuses. Cela permet de réduire les visites répétées à la pharmacie et les coûts répétés des services pharmaceutiques. Les médecins et les autres personnes qui prescrivent des médicaments devraient être mis au courant des coûts afin de contribuer à accroître les économies à l'échelle du Canada. D'autres ont fait remarquer qu'une meilleure gestion des frais d'exécution d'ordonnance et des marges bénéficiaires dans l'ensemble de l'industrie pharmaceutique pourrait également entraîner des économies.

Économies au sein des systèmes de soins de santé et des systèmes sociaux du Canada : certains participants ont fait valoir que l'adoption d'un régime national d'assurance-médicaments pourrait entraîner des économies dans les systèmes de soins de santé et les systèmes sociaux du Canada, ce qui pourrait aider à financer un nouveau régime national d'assurance-médicaments. D'autres ont toutefois indiqué que les économies récupérées ne seront pas immédiates.

Certains participants étaient également d'avis que l'assurance-médicaments nationale pourrait réduire le nombre de demandes de règlement au titre de l'assurance sociale. Dans certains cas, les personnes qui n'ont pas d'assurance-médicaments au travail ou dont la couverture est insuffisante ont recours à l'aide sociale pour obtenir une meilleure couverture. Certains participants ont soutenu que s'il existait un régime national d'assurance-médicaments accessible à tous, les personnes qui reçoivent actuellement de l'aide sociale pour avoir accès à la couverture des médicaments seraient plus susceptibles d'essayer de retourner au travail. Cela pourrait accroître la production sur les lieux de travail et réduire les coûts liés à l'aide sociale.

Enfin, les participants ont indiqué qu'un régime national d'assurance-médicaments devrait favoriser l'amélioration de l'état de santé des citoyens. La diminution du nombre de personnes malades ayant besoin d'hospitalisation ou de salles d'urgence se traduirait par une baisse des frais d'hospitalisation et, encore une fois, par des lieux de travail plus productifs. La sensibilisation sur les thérapies parallèles, les modes de vie sains, la prévention des maladies et les traitements précoces contribuerait également à réduire les coûts des soins de santé. Les participants ont également fait remarquer que, quel que soit le mode de financement, le gouvernement du Canada devrait largement communiquer les détails financiers et les avantages pour la santé liés à un régime national d'assurance-médicaments.

Suggestions au Conseil

- ✓ Réunir des fonds pour l'assurance-médicaments nationale au moyen d'un ou de plusieurs de ces outils :
 - l'impôt des particuliers et des entreprises, comme l'impôt sur le revenu, l'impôt sur les sociétés, les impôts sur la masse salariale et possiblement la TPS/TVH;
 - tenir compte des frais d'utilisation que les particuliers paient, comme les franchises, les quotes-parts et les primes annuelles;
 - des stratégies d'achat et d'exploitation plus intelligentes, comme l'établissement de prix de gros, l'utilisation accrue de produits génériques et biosimilaires et des systèmes de TI efficaces;
 - le réinvestissement des économies réalisées dans les systèmes de soins de santé et les systèmes sociaux grâce à l'assurance-médicaments nationale, par exemple la réduction du nombre d'hospitalisations.
- ✓ Veiller à ce que l'assurance-médicaments nationale optimise vraiment les ressources afin que les provinces et les territoires ne soient pas aux prises avec des coûts supplémentaires.
- ✓ Faire en sorte que les prix des médicaments d'ordonnance soient les mêmes partout au Canada.
- ✓ Fixer des limites raisonnables pour les franchises, les quotes-parts et les autres dépenses directes afin que les gens puissent obtenir des médicaments d'ordonnance.

Conclusion et prochaines étapes

Les idées de plus de 32 000 différents intervenants sur la meilleure façon de mettre en place un régime national d'assurance-médicaments ont énormément aidé le Conseil.

Il est essentiel que les Canadiens aient l'occasion de prendre la parole quant à la création d'un régime national d'assurance-médicaments. En mettant en lumière un large éventail de points de vue, ces commentaires permettent au Conseil de comprendre les complexités du paysage actuel alors qu'il s'efforce de dégager un consensus sur la voie à suivre.

En plus de ces observations, le Conseil a également procédé à une évaluation financière, économique et sociale des modèles nationaux et internationaux relatifs à l'assurance-médicaments.

De plus, Santé Canada et Finances Canada ont fourni un soutien stratégique au Conseil. Cela comprend l'élaboration d'un modèle d'établissement des coûts pour la conception éventuelle d'un régime d'assurance-médicaments.

Trois éléments, soit les points de vue des intervenants, les évaluations d'autres modèles d'assurance-médicaments et un modèle précis d'établissement des coûts, feront partie du rapport du Conseil aux ministres fédéraux de la Santé et des Finances.

En mars 2019, le Conseil a présenté un rapport provisoire au ministre de la Santé et au ministre des Finances. Le [rapport provisoire](#) du Conseil est disponible en ligne.

Le Conseil présentera son rapport final et ses recommandations au gouvernement du Canada relativement à la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments au printemps 2019. Le rapport fournira une analyse complète et claire des questions relatives à l'établissement des coûts, à la gouvernance et à la mise en œuvre de l'assurance-médicaments nationale.

Remerciements

Le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments est profondément reconnaissant envers toutes les personnes et tous les organismes qui ont accordé du temps et fourni des conseils et qui ont fait part de leurs idées sur la façon de créer un régime d'assurance-médicaments à l'échelle du Canada.

Beaucoup d'entre eux ont pris part au processus national. Plus de 32 000 personnes et organismes y ont participé soit en ligne, soit par correspondance, soit en personne. Le Conseil s'est rendu dans chacune des provinces et dans chaque territoire et, au moyen de tables rondes, de réunions et de séances de dialogue communautaire, a tenu des discussions en personne.

Les organisations nommées ci-dessous ont participé à diverses réunions qui ont eu lieu en 2018 partout au Canada ou ont présenté des mémoires au Conseil. Pour des raisons de confidentialité, cette liste ne comprend pas les noms de plus de 100 personnes et patients qui ont fourni des commentaires au cours de réunions. Elle ne comprend pas, non plus, les organismes qui ont été invités aux tables rondes régionales, mais qui n'ont pu y assister, ni les membres du public qui ont participé aux assemblées publiques communautaires ou ont présenté des mémoires, ni les individus qui étaient présents aux réunions du Conseil avec le gouvernement, l'industrie et les groupes autochtones.

Participants

Accompass
Acho Dene Koe First Nation
Action Canada pour la santé et les droits sexuels
Action Cancer Ontario
Actuariat-conseil Inc
Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Alberta Blue Cross
Alberta College of Pharmacy
Alberta Dental Association and College
Alberta Federation of Labour
Alberta Federation of Union Retirees
Alberta First Nations Health Co-Management Subcommittee
Alberta Health Services
Alberta Medical Association
Alberta Pharmacists' Association
Alberta School Employee Benefit Plan
Alberta Union of Provincial Employees
Alberta, Ministry of Health
Allergies Alimentaires Canada
Alliance canadienne des patients en dermatologie
Alliance de la Fonction publique du Canada
Alliance pancanadienne pharmaceutique
Alliance pour les communautés en santé
Alzheimer Society of Prince Edward Island
Amgen
Anishinaabeg of Kabapikotawangag Resource Council

Apotex
ArcelorMittal Dofasco G.P.
Archway Assurance
Armco Capital
Arthur J. Gallagher & Co.
Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique
Association canadienne de santé publique
Association canadienne de spondylarthrite
Association canadienne des centres de santé communautaire
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
Association canadienne des étudiants et internes en pharmacie
Association canadienne des pharmacies de quartier
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Association canadienne du médicament générique
Association canadienne pour la santé mentale
Association canadienne pour la santé mentale - Conseil national des personnes ayant une expérience vécue
Association chiropratique canadienne
Association dentaire canadienne
Association des communautés du Yukon
Association des Employeurs des transports et communications de régie fédérale
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Association des pharmaciens du Canada
Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick
Association des syndicalistes à la retraite du Canada
Association médicale canadienne
Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
Association nationale des retraités fédéraux
Association of Family Health Teams of Ontario
Association of Iroquois and Allied Indians
Association of Local Public Health Agencies
Association of Registered Nurses of British Columbia
Association of Registered Nurses of Manitoba
Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador
Association pulmonaire du Canada
Association québécoise des pharmaciens propriétaires
Associations de retraités du CN
Asthma Canada
AstraZeneca Canada Inc.
Atlantic First Nations Health Partnership
Auto Sector Retiree Health Care Trust
Avenue Solutions
Banque canadienne impériale de commerce
Banque royale du Canada
Banque Scotia
Bayshore Specialty Rx

Bell Canada
Benecaid
Benefits by Design
Best Medicines Coalition
Better Pharmacare Coalition
Bigstone Health Commission
Biogen
BioScript Solutions
Biosimilaires Canada
BIOTECanada
Bison Transport
Blood Ties
BluePeak Advisors
Boehringer Ingelheim Limitée
Bowman's Pharmasave
BoyneClarke LLP
Bristol-Myers Squibb Canada Co.
British Columbia Cancer Agency
British Columbia Child and Youth Advocacy Coalition
British Columbia Dental Association
British Columbia Federation of Labour
British Columbia Government and Service Employees' Union
British Columbia Health Coalition
British Columbia Schizophrenia Society
British Columbia, Ministry of Health
Calgary Co-operative Association Limited
Canadian Arthritis Patient Alliance
Canadian Association for Retired Persons
Canadian Council of the Blind
Canadian Diabetes Association
Canadian Health Policy Institute
Canadian Organization for Rare Disorders
Canadian PKU and Allied Disorders
Canadians for Equitable Access to Depression Medication
Cancer du rein Canada
CanCertainty
Cardiac Health Foundation
Cardiac Transplant Clinic
Cargill Limitée
Carleton University, School of Public Policy and Administration
Catalyst Health Solutions
Centre de formulations pédiatriques de la famille Rosalind et Morris Goodman du CHU Sainte-Justine
Centre de recherche et développement des médicaments
Centre for Sexuality
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO)
Centre Universitaire de Santé McGill
Centres de santé communautaire NorWest
CGI Inc.
Chambre de commerce du Canada

Chiefs of Ontario Health Coordination Unit
Choices for Youth
City of Calgary
City of Red Deer
Clearwater Seafoods Limited Partnership
Club des femmes universitaires de Montréal
Coalition anti-pauvreté du Yukon
Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé
Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur
Coalition solidarité santé
College and Association of Registered Nurses of Alberta
College of Pharmacists of British Columbia
College of Pharmacists of Manitoba
College of Registered Nurses of Prince Edward Island
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations
Confédération des syndicats nationaux
Conference Board du Canada
Congrès du travail du Canada
Connex Health
Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
Conseil canadien des affaires
Conseil consultatif ministériel des patients et des familles de l'Ontario
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Conseil de la Condition Féminine du Nunavut
Conseil de santé du Nouveau-Brunswick
Conseil des Canadiens avec déficiences
Conseil des femmes du Nouveau-Brunswick
Conseil du mieux-être de la région de Yellowknife
Conseil du patronat du Québec
Consumer Health Products Canada
Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Core Benefits
Corporation AbbVie
Costco Wholesale Canada
Council of Senior Citizens of BC
Covenant Health
CRHA Canada
D2L Corporation
Dalhousie University
Danish Life Sciences
De dwa da dehs nye>s Aboriginal Health Centre
Dehcho First Nations
Dental Association of Prince Edward Island
Desjardins Sécurité financière
Diabète Canada
Dilico Anishnabek Family Care
Directeurs de pédiatrie du Canada
Doctors Nova Scotia

Dystrophie musculaire Canada
East Community Health Engagement Committee
Eastern Health
Eli Lilly Canada Inc.
Ellis Health Policy Inc.
Empire Vie
Excella Lifestyles
Express Scripts Canada
Families USA
Fancy Pokket Corporation
Fédération canadienne de l'entreprise indépendante
Fédération des chambres de commerce du Québec
Fédération des citoyen(ne)s aînés du Nouveau-Brunswick
Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Fédération des travailleurs et travailleuses du Nouveau-Brunswick
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
Fédération Nationale des Retraités
Federation of Sovereign Indigenous Nations
Fellows de l'Institut canadien des actuaires
Fibrose kystique Canada
Finning Canada
First Nations Health Authority
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada
Fort William Family Health Team Inc.
Friends of Medicare
Gibbons Guardian Pharmacy
Gilead Sciences Canada, Inc.
GlaxoSmithKline
Global Public Affairs
Green Shield Canada
Grey Bruce Health Services
Group Medical Services
Gwich'in Tribal Council
H3 Consulting
Halifax Port Authority
Harbourview Family Health Team
Health Advocate
Health Consulting Canada
Health Quality Council of Alberta
Health Sciences Association of British Columbia
HealthPRO Procurement Services Inc.
Hoffmann-La Roche Limitée
Hôpital général Qikiqtani
Horizon Government Affairs
Horizon Health Patient Experience Advisory Council
HRO Core Inc.
Humania

IAVGO Community Legal Clinic
Île-du-Prince-Édouard, ministère de la Santé et du Mieux-être
Independent Voices for Safe and Effective Drugs
Indigenous Primary Health Care Council
Inforoute Santé du Canada
Inland Technologies
Institut canadien d'information sur la santé
Institut canadien des actuaires
Institut canadien pour la sécurité des patients
Institut de recherche en politiques publiques
Institut national d'excellence en santé et services sociaux
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Institute of Health Economics
Inuit Tapiriit Kanatami
Inuvialuit Regional Corporation
Isaac Foundation
Janssen
Johnson & Johnson
Kitchener Downtown Community Health Centre
Kwanlin Dun First Nation
L'Association canadienne de Fabry
L'Alliance canadienne de l'épilepsie
L'Association des femmes autochtones du Canada
L'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
L'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick
L'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick
L'Université d'Ottawa, L'Institut des finances publiques et de la démocratie
La Fédération canadienne d'infirmières et infirmiers
La Fondation Sauve ta Peau
La Great-West Compagnie d'assurance-vie
La Régie des hôpitaux du Yukon
Lakehead Nurse Practitioner-Led Clinic
L'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick
Le Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick
Le Conseil canadien de la réadaptation et du travail
Le Regroupement provincial des comités des usagers
Les Compagnies Loblaw Limitée
LGBT Youth Project
Life Sciences Ontario
Little Salmon Carmacks First Nation
Lovell Drugs Limited
Lundbeck Canada Inc.
Magasins Tigre Géant Limitée
Magna International Inc.
Manitoba Association of Community Health
Manitoba Blue Cross
Manitoba Chamber of Commerce
Manitoba Health Coalition

Manitoba Metis Federation
Manitoba Nurses Union
Manuvie Canada
Markham Stouffville Hospital
McKenna, Long & Aldridge
McKesson Canada
McMaster University
Medavie Blue Cross
MEDEC - Association de l'industrie canadienne des technologies médicales
Médecins canadiens pour le régime public
Medical Society of Prince Edward Island
Medical Students Association
Médicaments novateurs Canada
Medicine Chest Pharmacy
Memorial University
Mercer Canada
Merck Canada Inc.
Middlesex-London Health Unit
Mid-Main Community Health Centre
Mi'kmaq Confederacy of PEI
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé et des Affaires sociales du gouvernement du Yukon
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario
Ministère de la Santé, Aînés et Vie du Manitoba
Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas
Ministère des Finances, Territoires du Nord-Ouest
Mississauga Board of Trade
Morneau Shepell
Mount Carmel Clinic
Municipality of Pictou
Munro's Sorrento Prescriptions
Myélome Canada
National Council for Behavioral Health
National Council on Aging
National Union of Public and General Employees
Newfoundland and Labrador 50+ Federation Inc.
Newfoundland and Labrador Board of Pharmacy
Newfoundland and Labrador Dental Association
Newfoundland and Labrador Federation of Labour
Newfoundland and Labrador Medical Association
Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services
Nishnawbe Aski Nation
North End Community Health Centre
North Shore MicMac District Council
North Slave Métis Alliance
North York General Hospital
Northern Territories Federation of Labour
Northwest Pharmacy

Northwest Territories, Bureau of Statistics
Northwest Territory Métis Nation
Nova Scotia Cancer Care, Nova Scotia Health Authority
Nova Scotia College of Pharmacy
Nova Scotia Dental Association
Nova Scotia Federation of Labour
Nova Scotia Health Authority
Nova Scotia Health Coalition
Nova Scotia Nurses Association
Nova Scotia, Department of Health and Wellness
Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.
Novo Nordisk Canada Inc.
Nunatsiavut Government, Department of Health and Social Development
Nunavut Tunngavik Incorporated
Nunavut, ministère de la Santé
Nunavut, ministère de la Santé – Relations avec les patients
Nunavut, ministère des Finances
Nurse Practitioner Association of Manitoba
Nurse Practitioner Association of Nova Scotia
Nurse Practitioners' Association of Ontario
Office régional de la santé de Winnipeg
OMG Benefits Consulting
Ontario Chamber of Commerce
Ontario College of Pharmacists
Ontario Dental Association
Ontario Federation of Labour
Ontario Health Coalition
Ontario Medical Association
Ontario Pharmacists Association
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick
Ordre des Pharmaciens du Québec
Organigram
Pacific Blue Cross
Parti communiste du Canada
PCL Constructors Inc.
PEERS Alliance
PHARMAC - The Pharmaceutical Management Agency of New Zealand
Pharmaceutical Benefits Scheme and Advisory Committee, Australia
Pharmacists Manitoba
Pharmacists' Association of Newfoundland and Labrador
Pharmacy Association of Nova Scotia
Pharmacy Association of Saskatchewan
Pharmascience
Positive Living Society of Canada
Premières Nations du Québec
Prince Edward Island Association for Newcomers to Canada
Prince Edward Island College of Pharmacists
Prince Edward Island Federation of Labour
Prince Edward Island Health Coalition

Prince Edward Island Lung Association
Prince Edward Island Nurses Union
Prince Edward Island Pharmacists Association
Prince Edward Island, Advisory Council on the Status of Women
Pulmonary Hypertension Association
Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Queen's University
Ralliement national des Métis
REACH Community Health Centre
Regina Community Clinic
Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut
Registered Nurses' Union Newfoundland & Labrador
Réseau canadien des personnes séropositives
Réseau canadien des survivants du cancer
Réseau canadien du cancer du sein
Réseau de santé Horizon
Réseau de santé Vitalité
Réseau des patients partenaires
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est
Rethink Cancer
Roche Canada
Roy Lounsbury Holdings Limited
Saint John Human Development Council
Santé Canada
Santé Mercer Canada
Saskatchewan Association of Nurse Practitioners
Saskatchewan Cancer Agency
Saskatchewan Chamber of Commerce
Saskatchewan College of Pharmacy Professionals
Saskatchewan Federation of Labour
Saskatchewan Health Authority
Saskatchewan Registered Nurses Association
Saskatchewan Union of Nurses
Saskatchewan, Ministry of Health
SBW Wealth Management & Employee Benefits
Selkirk First Nation
Senior Liberal Club of Nepean
Seniors Resource Centre of Newfoundland & Labrador
Seniors' Action Yukon
Seniors' Advisory Council of Nova Scotia
Services aux Autochtones Canada
Servier Canada Inc.
Shire Pharma Canada ULC
Shoppers Drug Mart
Simon Fraser University
Sinai Health System
Sioux Lookout First Nations Health Authority
Sobeys National Pharmacy Group

Sobi Canada Inc.
Société canadienne de l'hémophilie
Société canadienne de la sclérose latérale amyotrophique
Société canadienne de la SP
Société canadienne de pédiatrie
Société canadienne des personnes stomisées
Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
Société canadienne du cancer
Société canadienne du sang
Société de l'arthrite
Société Dentaire du Nouveau-Brunswick
Société médicale du Nouveau-Brunswick
SoinsSantéCAN
Somerset West Community Health Centre
South Riverdale Community Health Centre
Southwestern Public Health
SSQ Groupe financier
St. John's Board of Trade
St. John's Women's Centre
St. Michael's Hospital
Stanton Territorial Hospital
Stewart McKelvey
Stoney Nakoda Tsuut'ina Tribal Council
Sun Life du Canada
Suncor Énergie Inc.
Surrey Board of Trade
Syndicat canadien de la fonction publique
Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Syndicat des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et du commerce
Telus Santé
Teslin Tlingit Council
TEVA Canada
The Gathering Place
The Hospital for Sick Children
The Pharmacare Working Group
The Tudor Group
Third Party Administrators' Association of Canada
Thorpe Benefits
Thunder Bay Chamber of Commerce
Thunder Bay Dental Association
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Tłjchq Government
Toronto Public Health
Treaty 8 First Nations of Alberta
TRG Benefits & Pensions Inc.
Tribal Chiefs Ventures
Tr'ondëk Hwëch'in
Unifor
Union des consommateurs

uniPHARM Wholesale Drugs Limited
Unison Benefits
United Church of Canada
United Nurses of Alberta
Université de Montréal
University of British Columbia
University of Calgary, Department of Economics
University of Calgary, Health Technology Assessment Unit
University of Manitoba, Ongomiizwin Indigenous Institute of Health and Healing
University of Regina, Graduate School of Public Policy
University of Regina, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit
University of Saskatchewan, College of Medicine
University of Saskatchewan, College of Pharmacy and Nutrition
University of Saskatchewan, Geriatric Medicine
University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health
University of Toronto, Institute of Health Policy, Management and Evaluation
University of Toronto, Leslie Dan Faculty of Pharmacy
University of Waterloo
Waypoint Centre for Mental Health Care
Wellesley Institute
West Community Health Engagement Committee
Willis Towers Watson
Windigo First Nations Council
Winnipeg Chamber of Commerce
York University
Yukon Pharmacists Association
Yukon Status of Women Council