



**STRATÉGIE PHARMACEUTIQUE
PANCANADIENNE : RECOMMANDATIONS
POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À DES
MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE ABORDABLES**

**Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la
Chambre des communes**

Mai 2016

L'AIC est la voix professionnelle nationale des infirmières et infirmiers autorisés du Canada. En tant que fédération de 11 associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant près de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés, l'AIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé sans but lucratif financé par le secteur public du Canada.

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation pour connaître toutes les conditions et les modalités liées à la reproduction.

© Droits d'auteur 2016

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
CANADA

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404

Télec. : 613-237-3520

Site Web : www.cna-aiic.ca

* L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AIC sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association.

INTRODUCTION

Le Canada est le seul pays développé doté d'un régime d'assurance-maladie universel qui exclut une couverture universelle des médicaments d'ordonnance. « [...] les provinces s'appuient sur une mosaïque de régimes publics et privés d'assurance-médicaments, tous très indépendants les uns des autres et du reste du système de soins de santé » (p. viii)¹. La couverture des médicaments d'ordonnance n'est offerte qu'aux patients hospitalisés, tandis que l'accès public dépend énormément de l'âge, de la province de résidence, du milieu de soins, des avantages sociaux et des besoins de services de santé de la personne concernée.

Représentant près de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés de partout au pays, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) croit que l'accès à des médicaments d'ordonnance abordables est essentiel pour la prévention, le traitement et la guérison des maladies, la réduction du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie. Chaque Canadien devrait bénéficier d'un accès en temps opportun à des médicaments d'ordonnance sûrs et efficaces dans tous les milieux de soins. Qui plus est, personne ne devrait être privé de ces médicaments à cause de son incapacité de payer.

Le système canadien de subvention de programmes d'assurance privés est régressif et favorise de manière disproportionnée les travailleurs qui peuvent payer une assurance-maladie privée. Vingt-quatre pour cent des Canadiens n'ont aucune couverture pharmaceutique assurée², tandis qu'un Canadien sur dix ne fait pas remplir une ordonnance ou saute une dose à cause du coût³.

Selon des recherches récentes, « les progrès vers la couverture publique universelle des médicaments sont lents au Canada, en partie à cause des préoccupations au sujet des coûts potentiels⁴ » [traduction]. Toutefois, cette inquiétude n'est plus justifiée, étant donné qu'en l'absence d'un programme national, les dépenses pharmaceutiques par habitant au Canada sont près du double de la moyenne de pays comparables⁵. Les médicaments d'ordonnance occupent le deuxième rang des coûts du système de santé, coûts qui devraient augmenter davantage si le Canada ratifie le Partenariat transpacifique (qui prolonge la durée des brevets)⁶. Cherchant à s'attaquer à cette hausse des coûts, des études économiques font état des économies susceptibles d'être réalisées par un régime public universel d'assurance-médicaments^{7,8}.

Pour soutenir un tel régime et améliorer l'accessibilité, l'équité, l'efficacité, la sécurité et la qualité de la consommation des médicaments d'ordonnance, des politiques, des structures et des mécanismes pharmaceutiques complémentaires sont nécessaires.



L'Aiic recommande qu'en partenariat avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral mette en œuvre une stratégie pharmaceutique pancanadienne équitable qui comprenne les éléments suivants :

- 1 Une couverture des médicaments d'ordonnance qui soit exhaustive, universelle, publique et abordable et qui garantisse l'accès dans tous les milieux de soins en fonction des besoins et non de la capacité de payer.
- 2 De l'information et des mécanismes à l'appui de pratiques de prescription adéquates dans l'ensemble des provinces et des territoires et au palier fédéral par le financement de programmes comme Choisir avec soin et l'ordonnance électronique d'InfoRoute Santé du Canada.
 - La reconnaissance du rôle prescripteur des infirmières praticiennes (IP) par la modification de la *Loi sur les aliments et drogues* et des règlements connexes, afin de permettre aux IP de distribuer des échantillons de médicaments, à l'instar des médecins, des pharmaciens, des dentistes et des vétérinaires.
- 3 L'expansion des stratégies d'achat collectif, comme l'achat en masse visant à réduire les coûts des médicaments.
- 4 Une seule liste de médicaments pancanadienne qui élimine les inégalités entre les provinces et les territoires au chapitre de la disponibilité et du coût des médicaments, tout en simplifiant et en réduisant les frais d'administration liés à la tenue de 13 listes distinctes.
- 5 Un approvisionnement stable de médicaments cliniquement sûrs et économiques, comme le suggère la recommandation du rapport Naylor⁹ de 2015 sur l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).
- 6 Une stratégie pancanadienne et dirigée par le gouvernement fédéral concernant les médicaments contre les maladies rares, qui permette le partage, entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, du coût des médicaments approuvés pour une liste convenue de maladies rares.
- 7 La substitution obligatoire par des médicaments génériques qui permette aux patients de choisir des médicaments non génériques (à leurs frais) et aux prescripteurs d'indiquer sur l'ordonnance la mention « ne pas substituer » lorsqu'une substitution ne devrait pas être effectuée pour des raisons médicales.



CONTEXTE

1 Une couverture des médicaments d'ordonnance qui soit exhaustive, universelle, publique et abordable et qui garantisse l'accès dans tous les milieux de soins en fonction des besoins et non de la capacité de payer.

Moins de la moitié des Canadiens sont couverts par des régimes publics d'assurance-médicaments qui paient pour des médicaments d'ordonnance pris quotidiennement¹⁰, alors que la presque totalité des citoyens sont couverts dans pratiquement tous les pays semblables. Depuis les années 1940, chaque grande commission sur les soins de santé au Canada a recommandé une couverture publique universelle des médicaments d'ordonnance médicalement nécessaires¹¹. Lors d'un récent sondage, plus d'un Canadien sur cinq (23 p. 100) ont indiqué qu'eux-mêmes ou quelqu'un d'autre de leur ménage n'avaient pas pris leurs médicaments conformément à l'ordonnance à cause de préoccupations au sujet du coût¹². « Lorsque les gens sautent la prise de leurs médicaments médicalement nécessaires, ils courent le risque de mauvaises issues sanitaires et de complications qui sont, dans l'ensemble, plus coûteuses pour le système de soins de santé¹³ » [traduction] (p. 5).

Selon des recherches récentes, la couverture publique universelle des médicaments réduirait de 7,3 milliards de dollars les dépenses totales consacrées aux médicaments d'ordonnance au Canada¹⁴. De même, si une stratégie nationale d'assurance-médicaments était mise en œuvre, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux pourraient réduire les dépenses actuelles consacrées à la couverture des médicaments d'ordonnance de jusqu'à 43 p. 100 ou 10,7 milliards de dollars¹⁵.

2 Information et mécanismes à l'appui de pratiques de prescription adéquates

La qualité de prescription renvoie au « potentiel de surconsommation et de consommation à mauvais escient des médicaments, à l'innocuité de ceux-ci et à d'autres enjeux relatifs au respect¹⁶ » [traduction] (p. 7). Un médicament qui est inadéquat pour un patient est non seulement un gaspillage et coûteux, mais il peut aussi engendrer des effets secondaires exigeant d'autres médicaments. Au pire, les réactions indésirables aux médicaments entraînent un plus grand recours au système de soins de santé et, pour les patients, une détérioration de la qualité de vie ou un risque accru de décès. Le rapport Naylor fait état de nouvelles preuves qui illustrent les



liens directs et indirects entre l'émission d'une ordonnance imprécise, les problèmes de santé mentale et les répercussions économiques¹⁷.

Au Canada, les personnes âgées qui reçoivent de multiples ordonnances sont souvent exposées au plus grand risque de consommation de médicaments à mauvais escient. « Des recherches ont montré qu'environ la moitié des personnes âgées qui prennent cinq médicaments ou plus ont subi un effet secondaire ayant nécessité des soins médicaux (Reason et al. 2012) et que toutes courent un risque accru d'hospitalisation¹⁸ » [traduction] (p. 7). Étant donné le vieillissement de notre population, les pratiques de prescription doivent être harmonisées avec les stratégies relatives aux personnes âgées afin de limiter une telle consommation de plusieurs médicaments et de promouvoir le respect des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (p. ex., la liste Beers).

Choisir avec soin est une initiative susceptible d'apporter une contribution à des pratiques de prescription adéquates. Conçu comme campagne visant à inciter les médecins et les patients à discuter de choix judicieux et efficaces pour assurer des soins de grande qualité, Choisir avec soin collabore maintenant avec l'AiIC à la mise au point de ressources adaptées aux infirmières et infirmiers canadiens.

L'AiIC recommande que les gouvernements soutiennent la mise en œuvre de Choisir avec soin partout et évaluent avec soin son impact.

Le potentiel d'erreur dans le processus manuel de prescription expose les patients à des blessures graves, voire à la mort. Une étude de 2008 a constaté que plus d'une visite à l'urgence sur neuf était causée par des événements indésirables et potentiellement évitables liés aux médicaments¹⁹.

L'AiIC recommande qu'une partie des fonds d'InfoRoute Santé du Canada soit consacrée à la mise en œuvre de l'ordonnance électronique, qui améliore les pratiques de prescription, diminue considérablement le nombre d'erreurs et réduit les événements indésirables liés aux médicaments.

L'AiIC recommande que le gouvernement fédéral reconnaisse le rôle prescripteur des infirmières praticiennes (IP) et qu'il modifie la *Loi sur les aliments et drogues* et les règlements connexes, afin de permettre aux IP de distribuer des échantillons de médicaments, à l'instar des médecins, des pharmaciens, des dentistes et des vétérinaires.



3 Stratégies d'achat collectif, comme l'achat en masse visant à réduire les coûts des médicaments.

Pour ses médicaments d'ordonnance, le Canada paie 30 p. 100 de plus que la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)²⁰. En outre, il paie plus que tous les autres pays de l'OCDE, sauf les États-Unis²¹. Ce coût plus élevé résulte de notre système fragmenté de négociation de prix et d'achat. D'autres pays achètent les mêmes médicaments des mêmes entreprises, mais paient beaucoup moins parce qu'ils négocient et achètent les médicaments en masse²².

Le Canada a accompli des progrès dans ce domaine grâce à la participation de tous les gouvernements (y compris celui du Québec et le gouvernement fédéral) à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP). Celle-ci obtient les meilleurs prix pour les médicaments tout en regroupant le pouvoir négociateur des régimes d'assurance-médicaments afin d'accroître les options de traitement pharmacologique et d'améliorer l'uniformité de la couverture partout au Canada. Les négociations communes de l'Alliance ont entraîné l'uniformisation des listes de médicaments et des économies annuelles estimées à 80 millions de dollars²³.

De surcroît, les provinces et les territoires collaborent pour réduire le prix des médicaments génériques les plus courants, de façon qu'il soit inférieur de 18 p. 100 au prix des médicaments brevetés²⁴. En date de 2014, le prix de 10 de ces médicaments avait été réduit, les économies annuelles étant estimées à 150 millions de dollars. Cela se traduit par des économies de coûts réelles pour les Canadiens, puisque les génériques accaparent 38,8 p. 100 des dépenses des régimes provinciaux d'assurance-médicaments (en 2012-2013)²⁵.

L'AIIIC recommande la poursuite de l'expansion des stratégies d'achat collectif.

4 Une liste de médicaments commune pancanadienne

Au Canada, il y a actuellement 13 listes de médicaments publiques provinciales et territoriales, ce qui entraîne des différences considérables au chapitre du nombre et du type de médicaments couverts et à celui du délai entre l'approbation réglementaire des nouveaux médicaments et leur inscription dans les listes. En outre, on trouve de nombreuses différences entre les listes de médicaments des sociétés d'assurance-maladie privées.

Des pays comme la France, la Norvège, la Suède, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis (Affaires des anciens combattants) gèrent tous des listes nationales pour



garantir que l'État obtienne le meilleur rapport qualité-prix possible pour les médicaments couverts²⁶. De telles listes éliminent les injustices régionales dans les habitudes de prescription et les prix des médicaments. De plus, durant leur processus d'inscription sur la liste, les sociétés pharmaceutiques ont une idée claire du profit auquel elles peuvent s'attendre.

L'AiIC recommande l'établissement d'une seule liste de médicaments pancanadienne qui élimine les inégalités entre les provinces et les territoires au chapitre de la disponibilité et du coût des médicaments, tout en simplifiant et en réduisant les frais d'administration liés à la tenue de 13 listes distinctes.

5 Un approvisionnement stable de médicaments cliniquement sûrs et économiques

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) évalue ces deux domaines, mais la procédure de sélection de substances d'un bon rapport qualité-prix pour les régimes canadiens d'assurance-médicaments n'est pas aussi transparente ou rigoureuse que celles du Royaume-Uni et de l'Australie.

L'AiIC soutient la recommandation du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé qui concerne l'ACMTS²⁷ :

« Réorienter [l'ACMTS] de façon à mieux appuyer l'innovation en fournissant des conseils en temps réel aux décideurs sur les médicaments et les appareils médicaux et aider l'ACMTS à faire ce qui suit :

- ▶ renforcer son expertise et augmenter sa vitesse d'exécution sur le plan de ses décisions relatives aux technologies afin de refléter leur cycle de vie rapide, ainsi qu'établir des partenariats avec des initiatives provinciales qui visent à aligner les processus d'évaluation préalable et postérieure à la commercialisation;
- ▶ évaluer sa vitesse d'exécution par rapport à des organismes d'évaluation des technologies de la santé similaires à l'échelle internationale, qui jouent un rôle central dans l'offre d'orientations à cycle rapide sur le rapport coût-efficacité des médicaments et des technologies;
- ▶ assumer les responsabilités du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM; actuellement situé dans les IRSC), qui appuie la recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments après la commercialisation, étant donné l'affinité naturelle de ce travail avec le mandat de l'ACMTS » (p.110).



6 Une stratégie pancanadienne sur les médicaments contre les maladies rares

Environ un Canadien sur douze, dont les deux tiers sont des enfants, est atteint d'une maladie rare²⁸. Actuellement, seulement 60 p. 100 des traitements contre les maladies rares sont disponibles au Canada et la plupart sont approuvés jusqu'à six ans plus tard qu'aux États-Unis et en Europe. « Parce que ces maladies ne touchent que peu de gens, l'industrie pharmaceutique ne continuera à mettre au point des médicaments contre elles que si elle peut facturer des prix très élevés, et on soutient parfois qu'elle doit être exemptée des tests de rentabilité standard²⁹ » [traduction] (p. 7).

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont implicitement reconnu les arguments en faveur d'une collaboration pour régler ce problème lorsqu'ils ont annoncé la formation de la Canadian Organization for Rare Disorders³⁰.

L'AIC recommande que le gouvernement fédéral assume un rôle de leader en collaborant avec les provinces et les territoires et en offrant de partager les coûts d'un programme spécial de paiement de médicaments approuvés, soit pour une liste convenue de maladies rares, soit, d'une manière plus générale, pour des maladies dont le coût des traitements pharmacologiques approuvés dépasserait un seuil donné.

7 Mise en œuvre de la substitution obligatoire par des médicaments génériques

Plusieurs pays, dont la Norvège et la Suède, recourent à la substitution obligatoire par des médicaments génériques. Les médecins et les IP sont obligés de prescrire le produit équivalent le moins coûteux, à moins qu'il y ait une raison médicale grave en faveur de la solution la plus chère. En outre, les pharmacies sont obligées d'informer les patients qu'une solution de rechange générique moins coûteuse est disponible. Si les patients ne veulent pas la version générique, ils doivent payer eux-mêmes la différence entre les prix. Quand des médicaments génériques doivent être évités pour des raisons médicales, les médecins et les IP peuvent fournir une note portant la mention « ne pas substituer ».

L'AIC recommande que les gouvernements mettent en œuvre la substitution obligatoire par des médicaments génériques, permettant ainsi aux patients de choisir des médicaments non génériques à leurs frais et aux prescripteurs d'indiquer sur l'ordonnance la mention « ne pas substituer » lorsqu'une substitution ne devrait pas être effectuée pour des raisons médicales.



CONCLUSION

Le Canada et la santé de ses habitants sont mieux desservis par un système sans but lucratif financé par les deniers publics. Le Canada est le seul pays industrialisé doté d'un régime d'assurance-maladie universel qui exclut la couverture des médicaments d'ordonnance. En outre, il paie certains des prix les plus élevés au monde pour ceux-ci. Pourtant, les Canadiens disposent d'un accès relativement piètre aux médicaments.

L'AiIC prie le gouvernement fédéral de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à la mise en œuvre d'une stratégie pharmaceutique pancanadienne qui vise à améliorer l'accessibilité, l'équité, l'efficacité, la sécurité et la qualité de la consommation des médicaments d'ordonnance dans notre système de santé et qui comprenne ce qui suit :

- ▶ un accès exhaustif, universel, public et abordable aux médicaments d'ordonnance dans tous les milieux de soins, en fonction des besoins et non de la capacité de payer;
- ▶ de l'information et des mécanismes à l'appui de pratiques de prescription adéquates;
- ▶ des stratégies d'achat collectif, comme l'achat en masse visant à réduire les coûts des médicaments;
- ▶ une liste de médicaments pancanadienne;
- ▶ un approvisionnement stable de médicaments cliniquement sûrs et économiques;
- ▶ une stratégie pancanadienne sur les médicaments contre les maladies rares;
- ▶ la mise en œuvre de la substitution obligatoire par des médicaments génériques.



NOTES EN FIN DE TEXTE

- ¹ Gagnon, M.-A. (2014). *Vers une politique rationnelle d'assurance médicaments au Canada*. Extrait du site Web de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers : https://fcsii.ca/sites/default/files/pharmacare_french_for_webposting_2014-09-16.pdf
- ² Gagnon, M.-A. et Hébert, G. (2011). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments : Coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous*. Extrait du site Web du Centre canadien de politiques alternatives : https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/09/assurance_medicaments.pdf
- ³ Conseil canadien de la santé. (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé?* Extrait du site Web du Réseau canadien sur les ressources humaines en santé : http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=10458&cf_id=69&lang=fr
- ⁴ Morgan, S. G., Law, M., Daw, J. R., Abraham, L. et Martin, D. (2015). Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 187, n° 7, p. 491-497.
- ⁵ Organisation de coopération et de développement économiques. (2014). *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014 : Comment le Canada se positionne?* Extrait de <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Note-Information-CANADA-2014.pdf>
- ⁶ Sinclair, S. (2016). *Major complications: The TPP and Canadian health care*. Extrait du site Web du Centre canadien de politiques alternatives : https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2016/02/Major_Complications.pdf
- ⁷ Morgan et al. (2015).
- ⁸ Gagnon, M.-A., G. (2010). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*. Extrait du site Web du Centre canadien de politiques alternatives : https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/09/assurance_medicaments.pdf
- ⁹ Naylor, D., Girard, F., Mintz, J., Fraser, N., Jenkins, T. et Power, C. (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada — Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*. Extrait de <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-fra.php>
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2013). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*.
- ¹¹ Abraham, L., Steve Morgan, S. et Martin, D. (2015). Pharmacare by the numbers. *University of Toronto Medical Journal*, 93(1), 5-6.
- ¹² Institut Angus Reid. (2015). *Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households* [sondage national]. Extrait de angusreid.org/prescription-drugs-canada/
- ¹³ Abraham et al. (2015).
- ¹⁴ Morgan et al. (2015).
- ¹⁵ Gagnon, M.-A. (2010). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*.
- ¹⁶ Blomqvist, A. et Busby, C. (2015). *Feasible pharmacare in the federation: A proposal to break the gridlock*. Extrait du site Web de l'Institut C.D. Howe : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/e-brief_217_0.pdf
- ¹⁷ Naylor et al. (2015).
- ¹⁸ Blomqvist et Busby. (2015).



-
- ¹⁹ Zed, P. J., Abu-Laban, R. B., Balen, R. M., Loewen, P. S., Hohl, C. M., Brubacher, J. R., . . . Pursell, R. A. (2008). Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: A prospective study, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 178, 1563-1569.
- ²⁰ Gagnon, M.-A. (2010). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*.
- ²¹ Gagnon, M.-A. (2010).
- ²² Gagnon, M.-A. (2010).
- ²³ Conseil de la Fédération. (2014). *Fiche de renseignements sur les initiatives pharmaceutiques pancanadiennes*. Extrait de http://www.pmprovincesterritoires.ca/phocadownload/newsroom-fr_2014/fr-apr3_fact_sheet_pan_canadian.pdf
- ²⁵ Conseil de la Fédération. (2014). *Fiche de renseignements sur les initiatives pharmaceutiques pancanadiennes*.
- ²⁶ Morgan, S., Hanley, G., McMahon, M. et Barer, M. (2007). Influencing drug prices through formulary-based policies: Lessons from New Zealand. *Healthcare Policy*, 3, e121-140. Extrait de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645129/>
- ²⁷ Naylor et al. (2015).
- ²⁸ Canadian Organization for Rare Disorders. (2016). About CORD. Extrait de <https://www.raredisorders.ca/about-cord/>
- ²⁹ Blomqvist et Busby (2015).
- ³⁰ Canadian Organization for Rare Disorders. (25 juin 2015). CORD: Assuring affordability and sustainable access to orphan drugs [communiqué de presse]. Extrait de <https://www.raredisorders.ca/sustainable-of-access-to-orphan-drugs/>

