

Argumentaire économique pour un
**régime universel
d'assurance-médicaments**

Coûts et bénéfices d'une couverture
publique pour tous

Par **Marc-André Gagnon**
avec la collaboration de **Guillaume Hébert**



CCPA
CANADIAN CENTRE
for POLICY ALTERNATIVES
CENTRE CANADIEN
de POLITIQUES ALTERNATIVES

IRIS

Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques



CCPA
CANADIAN CENTRE
for POLICY ALTERNATIVES
CENTRE CANADIEN
de POLITIQUES ALTERNATIVES

ISBN 978-1-926888-14-9

Le Centre canadien de politiques alternatives est un institut de recherche indépendant et sans but lucratif, financé en majeure partie par ses membres individuels et institutionnels. Fondé en 1980, son objectif est de promouvoir les recherches progressistes dans le domaine de la politique économique et sociale. Le Centre publie des rapports et des livres, ainsi qu'une revue mensuelle. Il organise aussi des conférences et des colloques.

Vous pouvez télécharger ce rapport gratuitement à partir du site Web du CCPA dont l'adresse est www.policyalternatives.ca. Il est possible d'en commander des exemplaires imprimés, au prix de 10 \$, en communiquant avec le bureau national.

Centre Canadien de Politiques Alternatives

410-75 rue Albert, Ottawa, ON K1P 5E7
TÉLÉPHONE 613-563-1341 TÉLÉC 613-233-1458
COURRIEL ccpa@policyalternatives.ca
www.policyalternatives.ca



**Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques**

L'IRIS, un institut de recherche sans but lucratif, indépendant et progressiste, a été fondé en 2000. L'Institut produit des recherches sur les grands enjeux de l'heure (partenariats public-privé, fiscalité, éducation, santé, environnement, etc.) et diffuse un contre-discours aux perspectives que défendent les élites économiques.

Veuillez noter que toutes nos notes et études sont disponibles gratuitement sur notre site Internet:
<http://www.iris-recherche.qc.ca>.

Institut de recherche et d'informations socio-économiques

1710, rue Beaudry, bureau 2.0, Montréal, QC H2L 3E7
TEL 514 789-2409 www.iris-recherche.qc.ca

Remerciements

Ce rapport a été commandité et financé par la Coalition Canadienne en Santé et s'inscrit dans les recherches postdoctorales de l'auteur principal, financées par le FQRSC. La traduction de ce rapport a été financé par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers.

Les auteurs tiennent particulièrement à remercier Michael McBane et Julie White de la Coalition Canadienne en Santé. Plusieurs personnes nous ont aidé à raffiner nos analyses et à voir plus clairs dans la complexité des régimes canadiens et internationaux d'assurance-médicaments. Plusieurs des arguments du rapport ont été développés et étayés grâce à des conversations avec les membres du Pharmaceutical Policy Research Collaboration. Nous tenons à remercier en particulier Barbara Mintzes, Steve Morgan, Joel Lexchin, Aidan Hollis, Paul Grootendorst, Michael Law, Régis Blais, Robyn Tamblyn ainsi que deux réviseurs anonymes. Merci aussi à Richard Gold, Robert Evans, Barbara Martinez, Abby Lippman, Pierre Biron, Staffan Svenson, Judith Fisher et Caline Alwan pour leurs bons conseils. Nous avons aussi pu profiter de l'assistance technique d'Orlando Manti du CEPMB pour certaines questions statistiques. Finalement, nous aimerions remercier toute l'équipe du CCPA et d'IRIS pour leur travail consciencieux ayant permis de mener à bien la publication de ce rapport.

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes et groupes mentionnés ci-haut.

À propos des auteurs

Marc-André Gagnon (PhD) est professeur adjoint à la School of Public Policy and Administration de l'Université Carleton. Il est chercheur pour le Consortium de recherche en politiques pharmaceutiques ainsi que pour le Edmond J. Safra Center for Ethics de l'Université Harvard.

Guillaume Hébert (MA) est chercheur pour l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS).

5	Sommaire exécutif
13	Introduction
15	Plan du rapport
17	1 Les défis des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada
	1.1 Croissance des coûts des médicaments
	1.2 Inefficacité des régimes privés d'assurance-médicaments
	1.3 Un système inéquitable
	1.4 Forte diversité des régimes publics
27	2 Comparaison des régimes provinciaux d'assurance-médicaments
	2.1 Méthodologie de comparaison
	2.2 Résultats généraux
	2.3 Les résultats quant aux effets-volume
	2.4 Analyse de l'effet-choix thérapeutique
	2.5 Résultats quant aux effets-prix
	2.6 Conclusions sur les comparaisons provinciales
50	3 Comparaison internationale des régimes d'assurance-médicaments
	3.1 Le Canada face au monde
	3.2 Les régimes publics universels d'assurance-médicaments à l'étranger
64	4 Scénarios d'avenir pour le Canada
	4.1 Scénarios de mise en place d'un régime public universel au Canada
	4.2 Considérations sur la politique biopharmaceutique canadienne
76	Conclusion
78	Notes
81	Appendice: Description des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments au Canada
86	Glossaire
87	Bibliographie

Abbreviations

ACMG Association canadienne du médicament générique	ODBP Ontario Drug Benefit Plan
AFSSAPS Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé (France)	PBS Pharmaceutical Benefit Scheme (Australie)
CCPA Centre canadien des politiques alternatives	PBAC Pharmaceutical Benefit Advisor Committee (Australie)
CEPMB Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés	PCEM Programme Commun d'Évaluation des Médicaments
CEPS Comité Économique des Produits de Santé (France)	PHARMAC Pharmaceutical Management Agency (Nouvelle-Zélande)
CMAJ Canadian Medical Association Journal	PPRI Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information
CNAM Caisse nationale d'assurance-médicaments (France)	PTAC Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee (Nouvelle-Zélande)
CSN Confédération des syndicats nationaux	RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec
EFPIA European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations	R&D Recherche et développement
HAS Haute Autorité de Santé (France)	RGAM Régime général d'assurance-médicaments (Québec)
ICA Institut canadien des actuaires	Rx Prescription
ICIS Institut canadien d'information sur la santé	Rx&D Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada
INESSS Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SNPP Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques
LFN Läkemedelsförmånsnämnden (Suède)	TDSPA Transparent Drug System for Patients Act
MDEIE Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (Québec)	TFR Tarifs forfaitaires de responsabilité
NHS National Health Service (Royaume-Uni)	TI Therapeutics Initiative
NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (Royaume-Uni)	TVA Taxe sur la valeur ajoutée
OCDE Organisation de coopération et de développement économique	UNCAM Union nationale des Organismes d'assurance maladie complémentaires

Sommaire exécutif

Un régime public d'assurance-médicaments est partie intégrante des politiques pharmaceutiques d'un pays. Le régime doit combiner des politiques sociales qui doivent offrir un minimum de bien-être à toute la population, des politiques sanitaires conçues pour optimiser la santé publique, des politiques industrielles qui visent à attirer des capitaux étrangers, des politiques sur la propriété intellectuelle et des politiques fiscales qui doivent garantir une plus grande équité dans la redistribution de la richesse.

Un régime d'assurance-médicaments qui inclut un mécanisme d'évaluation des médicaments peut aussi aider à établir des distinctions entre des produits pharmaceutiques afin de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité par rapport aux coûts des médicaments d'ordonnance. Un régime d'assurance-médicaments n'est pas seulement un moyen de rembourser les dépenses de médicaments : c'est aussi un moyen de contrôler les coûts par une évaluation pharmacoéconomique efficiente des nouveaux médicaments et l'établissement d'un pouvoir de négociation face aux puissantes sociétés pharmaceutiques transnationales.

Il faut se pencher sur la complexité de ces divers aspects de l'assurance-médicaments si on veut déterminer le meilleur régime à mettre en place pour atteindre les buts communs d'une collectivité.

Dès 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé recommandait la mise sur pied d'un régime universel d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens. Le Forum national sur la santé, dirigé par Jean Chrétien en 1997, a recommandé une assurance-médicaments universelle. En 2002, la Commission Romanow a recommandé une protection contre le coût des médicaments onéreux comme première étape vers l'assurance-médicaments universelle. La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques mise en œuvre en 2004 pour réaliser les recommandations de la Commission Romanow n'a même pas réussi à franchir cette première étape.

Le manque d'enthousiasme politique en faveur de l'assurance-médicaments peut s'expliquer principalement par la crainte de la flambée des coûts. Cet argument reste toutefois sans fondement.

L'analyse économique détaillée incluse dans le présent rapport montre que l'implantation

rationnelle d'un régime universel d'assurance-médicaments qui couvrirait totalement tous les médicaments d'ordonnance ne ferait pas que rendre l'accès aux médicaments plus équitable au Canada et améliorer les résultats pour la santé : le régime permettrait aussi à tous les Canadiens d'économiser jusqu'à 10,7 milliards de dollars de dépenses en médicaments d'ordonnance. Les Canadiens n'ont pas les moyens de *ne pas* avoir d'assurance-médicaments universelle.

Pour comprendre les défaillances des politiques canadiennes actuelles

Accès inéquitable aux traitements pharmaceutiques

Le Canada a dépensé 25,4 milliards de dollars en médicaments d'ordonnance en 2009. Le coût des médicaments augmente de plus de 10 % par année depuis 1985 et constitue un facteur important de l'augmentation du total des dépenses de santé. Pour alléger le fardeau imposé aux finances publiques, l'accès à l'assurance privée (qui coûte toutefois plus cher aux particuliers) a aussi pris de l'ampleur. Les franchises et les quotes-parts des régimes publics ont elles aussi augmentées, parallèlement à une croissance constante des dépenses directes en médicaments d'ordonnance.

Seulement 45 % des dépenses en médicaments proviennent des fonds publics, ce qui est très faible comparativement aux autres pays de l'OCDE. Le Canada vient au deuxième rang parmi les pays de l'OCDE, derrière les États-Unis, pour la participation des assureurs privés aux dépenses en médicaments.

Une enquête de Statistique Canada a révélé que 24 % des Canadiens n'ont pas d'assurance-médicaments et que 8 % admettent qu'ils n'ont pas fait remplir au moins une ordonnance au cours des 12 derniers mois en raison du coût des médicaments. Ce sont surtout les chômeurs et les travailleurs autonomes qui n'ont pas de couverture adéquate pour leurs médicaments. Cette lacune prive plusieurs Canadiens de soins

de santé de qualité dont ils ont besoin. Par exemple, les médicaments gratuits prolongeraient en moyenne d'un an la vie du patient après un infarctus du myocarde.

Le système actuel est devenu un fouillis de régimes publics et privés où la protection de chacun n'est plus fondée sur les besoins : elle dépend plutôt de l'endroit où les gens vivent, de l'emploi qu'ils occupent, ainsi que des moyens financiers de chaque personne et de chaque famille.

Inefficience de l'assurance privée

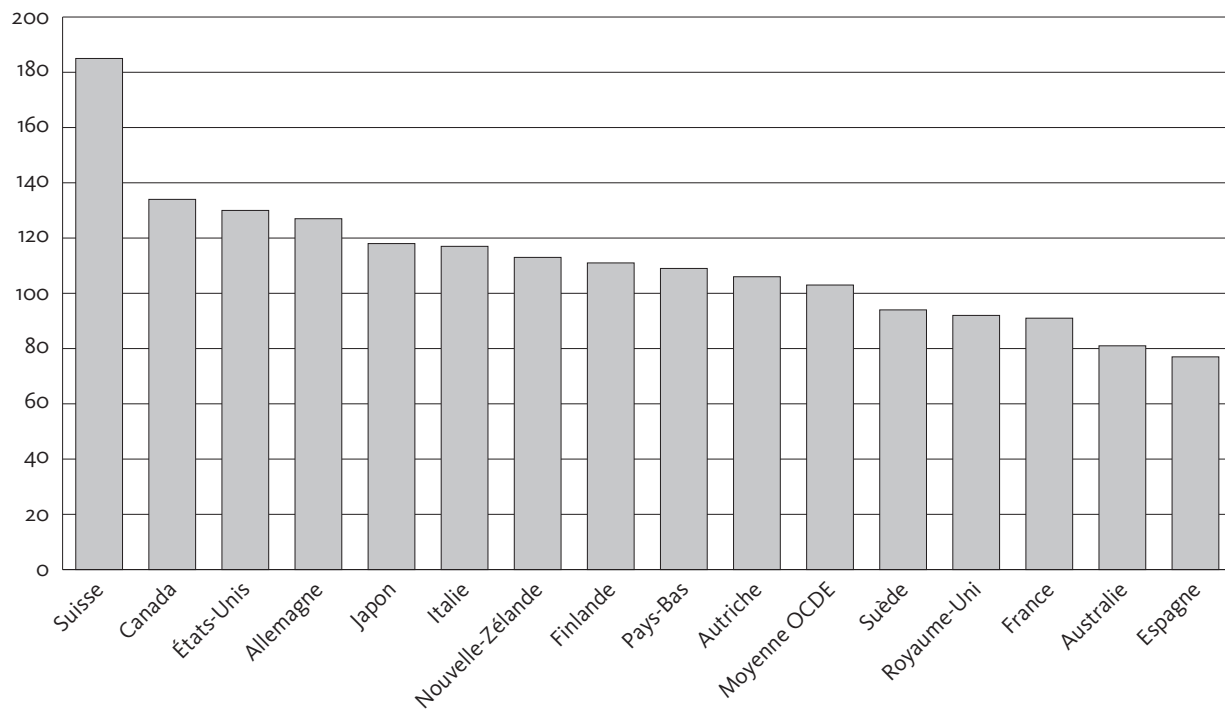
L'assurance privée est une solution coûteuse parce que les régimes privés d'assurance-médicaments sont inefficients comparativement aux régimes publics. La grande majorité des régimes privés sont fournis par les employeurs et couvrent quelque 16 millions de personnes, soit environ la moitié de la population du Canada. Les primes de ces régimes ont grimpé de 15 % par année dans les années 2000, soit beaucoup plus que les hausses de coûts des médicaments (8%).

La raison de la flambée des primes est simple : la plupart des régimes privés sont gérés par des compagnies d'assurance dont la rémunération est basée habituellement sur un pourcentage des dépenses. Par conséquent, il existe un incitatif financier non pas à essayer d'enrayer l'augmentation des coûts, mais plutôt à les faire grimper. En outre, les formulaires des régimes privés d'assurance-médicaments acceptent de couvrir tous les nouveaux médicaments coûteux, même s'ils ne sont pas plus bénéfiques pour les patients que des médicaments existants et moins chers.

Il est clair que l'assurance privée est moins efficace sur le plan des frais d'administration. Les frais administratifs des régimes publics en Ontario et au Québec ont été estimés à 2 %, tandis qu'ils atteignent 8 % dans le cas des régimes privés. Pour ce qui est du total des dépenses de santé, les programmes publics du Canada affichaient des frais d'administration de 1,3 % comparativement à 13,2 % dans les régimes privés. Nous pouvons en déduire de façon conservatrice qu'il serait possible

FIGURE A Prix de détail relatif pour un même volume de produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE, 2005 (US \$, Taux de change du marché)

Prix de détail = prix du fabricant + marge du grossiste + marge de la pharmacie + frais d'ordonnance + taxes



SOURCE OCDE 2008 - Eurostat OECD PPP Program, 2007.

d'éviter au moins 6 % des coûts de l'assurance-médicaments si la couverture était fournie par un régime universel d'assurance-médicaments : les coûts ainsi épargnés pourraient atteindre 560 millions de dollars par année.

Les régimes privés d'assurance reçoivent des subventions à caractère fiscal de l'ordre de 10 % de leurs dépenses. Chaque année, un programme universel d'assurance-maladie permettrait de récupérer quelque 933 millions de dollars en subventions à caractère fiscal.

Les régimes privés d'assurance-médicaments paient aussi leurs médicaments plus cher que les régimes publics, particulièrement dans le cas des médicaments génériques, parce que les régimes publics ont un plus grand pouvoir de négociation. Les régimes privés paient habituellement 7 % de plus pour les médicaments génériques et 10 %

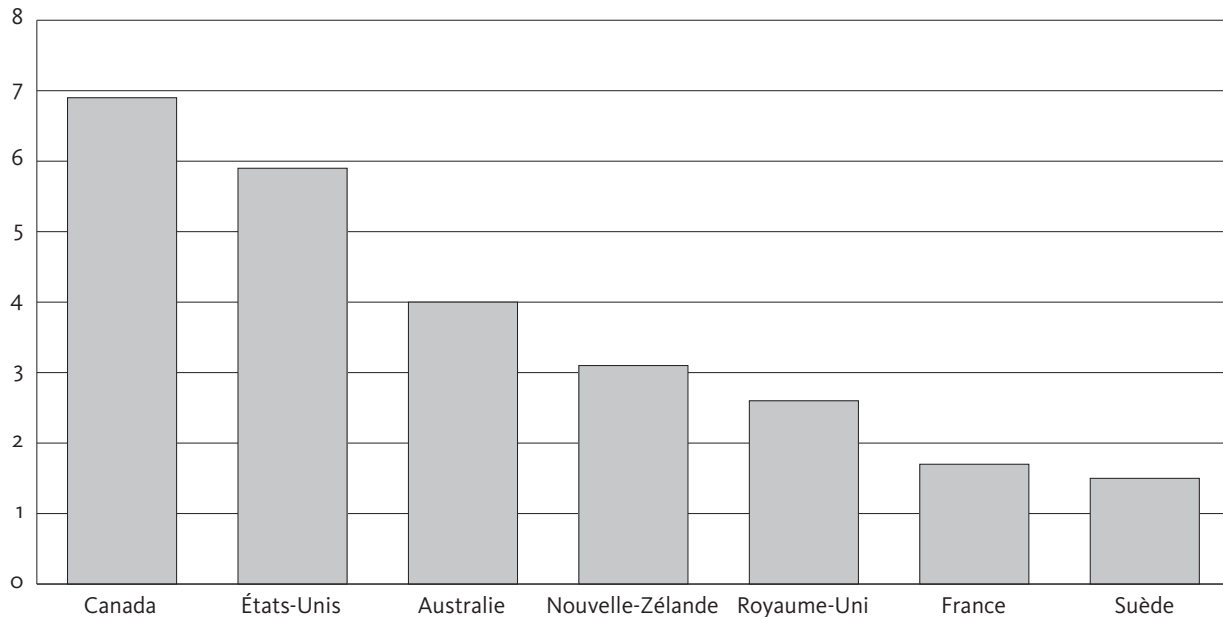
de plus pour les médicaments de marque non brevetés. Les régimes privés remboursent normalement n'importe quel type de médicaments sans procéder à une évaluation pharmacoéconomique de leur efficacité par rapport à leurs coûts.

Médicaments

Il s'ensuit que les prix de détail des médicaments d'ordonnance affichés au Canada sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE et que les Canadiens paient 30 % plus cher que la moyenne de l'OCDE.

Comme le Canada, la Suisse paie des prix élevés pour appuyer son industrie pharmaceutique nationale. Le fardeau n'est pas problématique pour la population suisse puisque l'État paie 94 % des coûts des médicaments, comparativement à 45 % au Canada. La Suisse bénéficie de retombées énormes de l'industrie : le ratio des activités de

FIGURE B Augmentation annuelle réelle des coûts des médicaments d'ordonnance, de 2001 à 2007 (%)



* Moyenne à partir des données disponibles de 2004 à 2007

SOURCE OECD Health Data 2009; OECD Main Economic Indicators; NHS Information Centre 2009

R&D pharmaceutique sur les ventes y atteint 113 %, contre 7,5 % seulement au Canada, selon le rapport annuel de 2009 du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB).

Non seulement les prix de détail sont excessivement élevés au Canada, l'augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance y est aussi beaucoup plus rapide. À noter qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, en France et en Suède, les coûts sont moindres et y augmentent moins rapidement. Tous ces pays offrent une assurance-médicaments publique universelle sous une forme ou une autre et démontrent ainsi qu'un programme universel d'assurance-médicaments est non seulement faisable, mais aussi viable et beaucoup plus efficace. Ces comparaisons économiques révèlent comment les programmes universels d'assurance-médicaments d'autres pays sont de loin plus avantageux en termes de coûts, que le fouillis de régimes privés/publics d'assurance-médicaments qui existe actuellement au Canada.

Les politiques pharmaceutiques du Canada sont un échec total. Beaucoup de Canadiens n'ont pas d'accès équitable aux médicaments et, par manque d'accès, certains patients ne peuvent respecter leurs prescriptions. Le système au complet n'est pas viable parce que nous ne pouvons contrôler l'augmentation des coûts des médicaments.

Une évaluation rigoureuse des médicaments s'impose

Afin d'améliorer la qualité de la pratique de la médecine et d'enrayer les coûts indus découlant de la promotion de médicaments coûteux qui présentent des avantages thérapeutiques limités ou nuls, un régime universel d'assurance-maladie devra adopter un programme ferme et proactif d'évaluation pharmacoéconomique des médicaments. Un tel programme s'impose non seulement pour déterminer les médicaments qui seront inscrits au formulaire, mais aussi pour adopter des lignes directrices cliniques afin de

développer une culture de la médecine fondée sur les preuves.

La tâche ne sera pas facile. Aux États-Unis, les sociétés pharmaceutiques consacrent quelque 61 000 \$ par médecin à la promotion et nous pouvons supposer que des budgets proportionnels existent aussi pour influencer les médecins au Canada.

Un mécanisme rigoureux d'évaluation des médicaments offrirait à l'industrie pharmaceutique une solide incitation financière à produire davantage de médicaments réellement innovateurs. La situation actuelle incite plutôt à mettre au point des imitations de médicaments existants qui génèrent plus de ventes grâce à l'efficacité des campagnes promotionnelles plutôt qu'à l'efficacité des médicaments eux-mêmes.

Conjugué à un régime universel d'assurance-maladie, un tel mécanisme d'évaluation des médicaments serait au moins aussi efficace que le système qui existe déjà en Colombie-Britannique et permettrait d'économiser au moins 8 % du coût total des médicaments d'ordonnance — soit 2 milliards de dollars par année.

Repenser les politiques d'établissement des prix des médicaments d'ordonnance

Au Canada, les prix des médicaments de marque sont normalement plafonnés au prix médian de sept pays de référence. Le problème, c'est que ces sept pays comprennent les quatre où les prix des médicaments de marque sont les plus élevés au monde (États-Unis, Suisse, Suède et Allemagne). Chaque année, le Canada se classe donc automatiquement au quatrième ou troisième rang des pays où les médicaments de marque coûtent le plus cher. Si le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) choisissait de manière plus rationnelle les pays de référence pour déterminer le prix des médicaments brevetés, il pourrait ainsi réduire les dépenses en médicaments brevetés de 1,43 milliards de dollars. Dans le palmarès des pays le plus cher au

monde, le Canada passerait alors du quatrième au sixième rang.

Un programme universel d'assurance-médicaments favoriserait aussi la coordination des programmes publics afin de s'attaquer au système de ristournes accordées aux pharmaciens, et contraire à l'éthique. En établissant un système d'approvisionnement comme celui des hôpitaux, un programme universel d'assurance-médicaments pourrait éviter au moins 1,31 milliard de dollars de dépenses par année au chapitre du coût des médicaments génériques — et ce, sans réduire les bénéfices des fabricants de médicaments génériques. L'Ontario a pris des mesures pour éliminer le système de ristournes, mais sans coordination nationale, il n'est pas certain que les économies réalisées en Ontario se généraliseront partout au Canada.

Si le Canada décide de se débarrasser des politiques industrielles qui gonflent artificiellement les coûts des médicaments afin d'implanter l'achat concurrentiel (comme le fait la Nouvelle-Zélande, par exemple), les Canadiens pourraient épargner plus de 10 milliards de dollars sur le coût des médicaments d'ordonnance.

En somme, un régime public universel permettrait de réaliser ces économies importantes de manière efficace, équitable et transparente.

Résumé de l'analyse économique

Méthodes d'analyse économique

Pour analyser les coûts et les avantages possibles, nous avons utilisé dans notre rapport des données d'IMS tirées du Rx Atlas afin de déterminer les principaux facteurs de coût dans le cas des dépenses en médicaments d'ordonnance par habitant. Nous avons ensuite analysé les écarts entre les provinces après avoir tenu compte de la disparité selon l'âge, afin d'utiliser les meilleures données disponibles pour analyser ces différentiels et déterminer les meilleures pratiques.

Nous avons analysé et comparé les effets-volume en fonction du nombre des ordonnances

et de leur taille, les effets-choix thérapeutique, et les effets-prix en comparant les prix des mêmes produits et le pourcentage des ordonnances remplies au moyen de médicaments génériques.

La plupart des coûts et des économies ont été calculés ainsi, mais d'autres ont été calculés en comparant les régimes privés et publics d'assurance-médicaments et, enfin, en comparant les prix entre le Canada et d'autres pays.

Scénarios futurs pour le Canada

Nous tenons pour acquis que les objectifs de l'accès aux médicaments et leur innocuité ne sont pas négociables. Pour ce qui est du contrôle des coûts, toutefois, nous envisageons quatre scénarios pour la mise en œuvre d'un programme universel d'assurance-médicaments au Canada. Ils varient par le compromis qu'ils prévoient entre les objectifs de la réduction des coûts et et les politiques industrielles visant à accroître artificiellement le prix des médicaments brevetés pour favoriser l'industrie pharmaceutique au pays. Dans tous les scénarios, on a estimé que l'assurance-médicaments universelle intégrale augmenterait la consommation de 10 %, estimation généreuse basée sur les données disponibles.

Scénario 1

Assurance-médicaments universelle et maintien des mêmes politiques industrielles reliées aux coûts des médicaments

S'il fallait créer un régime universel d'assurance-médicaments en maintenant les politiques industrielles en vigueur qui sont favorables à l'industrie pharmaceutique, le nouveau régime entraînerait tout de même des économies importantes de l'ordre de 1 454 millions de dollars en coûts des médicaments d'ordonnance seulement, ce qui représente une baisse de 6 %. D'autres économies de 1 493 millions de dollars proviendraient de l'élimination des frais d'administration supplémentaires liés aux régimes privés d'assurance-médicaments et de celle des subventions à caractère fiscal que reçoivent ces régimes.

Réduction nette des coûts : 2,95 milliards de dollars (11,7 % des coûts totaux).

Scénario 2

Assurance-médicaments universelle et politiques industrielles reliées aux coûts des médicaments harmonisées avec celles des autres pays de l'OCDE

Ce scénario entraînerait des économies plus importantes puisque le Canada glisserait du troisième ou quatrième rang au sixième parmi les pays au monde où les médicaments de marque sont les plus coûteux. Il serait possible de réduire d'environ 12 %, ou de 3 milliards de dollars, le coût des médicaments d'ordonnance et les réductions additionnelles de 1 493 millions de dollars prévues au scénario 1 seraient maintenues.

Réductions nettes des coûts : 4,47 milliards de dollars (17,8 % des coûts totaux).

Scénario 3

Assurance-médicaments universelle et politiques industrielles plus robustes qui gonflent artificiellement les coûts des médicaments

Ce scénario consisterait à renforcer les politiques industrielles reliées aux coûts des médicaments brevetés afin de promouvoir plus efficacement l'industrie pharmaceutique basée au Canada. À cet égard, nous envisageons la possibilité que le CEPMB fixe les prix des médicaments brevetés en se basant non pas sur la médiane des pays de référence maintenant utilisés, mais plutôt sur celle des trois pays où les prix des médicaments brevetés sont les plus élevés, soit les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse. La médiane du ratio des prix étrangers sur les prix canadiens de ces trois pays s'établit à 102 %.

En renforçant ainsi sa politique industrielle, le Canada pourrait s'assurer d'atteindre le second rang mondial du pays avec les prix de médicaments brevetés les plus chers (alors qu'il est actuellement toujours au troisième ou quatrième rang). Le CEPMB augmenterait alors les prix

des médicaments de marque de 2 %. Comme les ventes des médicaments de marque au prix du fabricant ont atteint 13 milliards de dollars en 2008, il en découlerait une augmentation de coût de 260 millions de dollars.

Réductions nettes des coûts : 2,67 milliards de dollars (10,6 % des coûts totaux).

Scénario 4

Assurance-médicaments universelle et abrogation des politiques industrielles qui gonflent artificiellement les coûts des médicaments

Le quatrième scénario repose sur des politiques d'achat de médicaments qui maximisent les réductions des coûts des médicaments d'ordonnance, comme cela se fait, par exemple, en Nouvelle-Zélande. En utilisant systématiquement les appels d'offre et l'établissement de prix de référence, le Canada pourrait économiser 10,2 milliards de dollars sur les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. Tout en maintenant d'autres économies et tenant compte de l'augmentation de la consommation, des économies supplémentaires de 540 millions de dollars s'ajouteraient à ce montant.

Réductions nettes des coûts : 10,7 milliards de dollars (42,8 % des coûts totaux).

Doit-on maintenir les politiques industrielles qui gonflent artificiellement les prix des médicaments?

Notre rapport montre que l'augmentation des revenus des sociétés biopharmaceutiques par des politiques visant à faciliter la pratique de prix plus élevés est tout à fait inefficace, pour deux raisons principales.

Tout d'abord, ces politiques sont inéquitables à l'échelon des provinces, puisque 94 % du capital-risque dans ce secteur est concentré en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. Les autres provinces ne bénéficient d'à peu près aucune retombée du secteur pharmaceutique,

même si la population paie les mêmes prix élevés pour les médicaments.

Deuxièmement, même si le Canada fixe délibérément ses prix des médicaments à un niveau élevé pour encourager la recherche-développement en sol canadien, le total des dépenses de R&D de l'industrie s'établit à 1,31 milliard de dollars, dont 59 % est constitué de subventions à caractère fiscal. La politique du CEPMB constitue donc un échec total puisqu'elle oblige les Canadiens à dépenser 1 530 millions de dollars de plus que les prix moyens des médicaments de marque dans les pays de l'OCDE afin de générer 537 millions de dollars de dépenses de R&D. Par exemple, le Canada gagnerait davantage à utiliser cet argent pour encourager la R&D pharmaceutique en finançant de nouveaux types d'incitations — par exemple, par des dépenses publiques consacrées à la recherche pharmaceutique ou la mise en œuvre d'un régime de prix pour l'innovation. Il peut être raisonnable de maintenir d'autres politiques industrielles pour le secteur, mais l'augmentation artificielle des coûts des médicaments est extrêmement coûteuse et ne réussit pas à encourager l'innovation pharmaceutique au Canada.

Conclusion

Un régime universel d'assurance-médicaments offrant une couverture intégrale, établi parallèlement à un mécanisme rigoureux d'évaluation des médicaments, ne ferait pas que garantir une plus grande équité dans l'accès aux médicaments et améliorer leur innocuité. Il aiderait aussi à contenir les coûts inflationnistes des médicaments quelle que soit la politique industrielle que le Canada peut choisir.

Même si notre rapport montre clairement que les politiques industrielles visant à gonfler artificiellement les coûts des médicaments sont totalement inefficaces lorsqu'il s'agit de générer des retombées pharmaceutiques proportionnelles, notre but premier était de démontrer

l'inefficience économique du programme actuel d'assurance-médicaments.

Une comparaison entre le Canada et d'autres pays de l'OCDE révèle que le Canada peut être considéré comme un modèle d'inefficience sur le plan des politiques pharmaceutiques : 1) nous dépensons davantage par habitant médicaments qu'ailleurs et les coûts augmentent plus rapidement; 2) nos régimes publics sont inéquitables parce qu'ils n'assurent pas une couverture adéquate à un grand nombre de Canadiens; 3) les maigres retombées industrielles du secteur pharmaceutique sont totalement disproportionnées compte tenu de l'argent versé par les Canadiens sous forme de privilèges variés et de subventions à l'industrie.

En comparant les régimes d'assurance-médicaments des provinces, nous avons circonscrit les problèmes posés par le statu quo et nous avons pu calculer les économies que permettrait de réaliser un régime universel d'assurance-médicaments financé par le secteur public et qui assurerait une couverture intégrale. Les Canadiens pourraient réduire de 10 à 42 % leurs dépenses totales en médicaments : tout dépendrait du choix collectif quant aux politiques industrielles reliées aux coûts des médicaments.

Le principal argument que l'on invoque habituellement contre l'établissement d'un régime

universel d'assurance-médicaments est de nature économique. Ce rapport montre que l'argument économique est clairement en faveur d'un tel programme, *peu importe la politique industrielle envisagée par la suite.*

L'établissement d'un régime public universel d'assurance-médicaments offrant une couverture intégrale n'est pas simple. Même lorsqu'il est plus faible que les dépenses privées, le financement public est souvent difficile à justifier publiquement. Un programme canadien d'assurance-médicaments devra aussi trouver une approche équilibrée pour assurer qu'il y a cohérence du régime d'un bout à l'autre du Canada tout en respectant les compétences des provinces en matière de santé. Les obstacles ne sont toutefois insurmontables. Une politique claire appuyée par une volonté politique réelle donnerait à tous les Canadiens un accès égal aux meilleurs traitements pharmaceutiques disponibles tout en générant des économies importantes par rapport au régime en vigueur.

L'analyse contenue dans ce rapport montre que le seul obstacle à l'établissement d'un programme juste et efficace d'assurance-médicaments réside dans l'indolence politique et non pas dans les contraintes liées aux coûts économiques.

Introduction

Dès 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall) recommandait la mise en place d'une assurance-médicaments universelle pour l'ensemble des Canadiens. Malgré les promesses électorales répétées des partis fédéraux durant les décennies qui ont suivi, et en dépit des conclusions du Forum national sur la santé (1997) en faveur de l'assurance-médicaments universelle, celle-ci n'a jamais vu le jour au Canada. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), dans son rapport final intitulé «Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada» (2002), relança la proposition d'un régime d'assurance-médicaments pancanadien, mais abandonnait toutefois l'idée d'une assurance-médicaments universelle à partir du premier dollar dépensé. La commission suggérait plutôt d'établir un régime canadien seulement pour les médicaments onéreux en offrant une aide aux gens dépensant plus de 1500\$ par année en médicaments. Pour mettre en place les recommandations de la Commission Romanow, les premiers ministres des provinces canadiennes ainsi que le gouvernement fédéral s'entendaient en 2004 sur un *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, incluant la mise sur

pied d'une *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*¹ (SNPP). Cette stratégie cherche depuis à offrir une couverture aux médicaments onéreux pour satisfaire les recommandations de la Commission Romanow. Alors que la SNPP (2006) recommandait aussi la mise en place d'un système national d'achat et de fixation des prix des médicaments dont aurait pu bénéficier un régime national d'assurance-médicaments, cette option a été abandonnée en septembre 2008 parce que jugée irréaliste (Conseil Canadien de la santé 2009a : p.15). En fait, la plupart des éléments de la SNPP ont été abandonnés un par un, laissant en friche tout projet national d'assurance-médicaments, même pour couvrir uniquement les médicaments onéreux.

Le manque d'enthousiasme politique face à un régime national d'assurance-médicaments, universel ou pour les médicaments onéreux, s'explique d'abord et avant tout par les craintes liées à l'évolution des coûts qu'impliquerait une telle couverture. Par exemple, pour l'Institut Canadien des Actuaire (ICA 2002), une protection universelle à 100% pour tous les Canadiens serait simplement irresponsable au plan financier. Une bonne gestion de l'assurance-médicaments

devrait donc, selon plusieurs, plutôt reposer sur des tickets modérateurs ou des mécanismes de partage des coûts afin de permettre un accès suffisant aux soins, tout en réduisant le plus possible le fardeau sur les particuliers, ainsi que sur les finances publiques. Dans les médias, c'est désormais presque un lieu commun de prétendre que l'assurance-médicaments est économiquement impossible puisque son coût serait exorbitant sur les finances publiques (i.e. Simpson 2009).

Toutefois, cet argument de l'impossibilité économique d'un régime universel d'assurance-médicaments pour le Canada reste peu étoffé. On prend simplement pour acquis qu'une telle assurance-médicaments universelle coûterait trop cher étant donné les dépenses croissantes en médicaments chaque année. Pourtant, peu d'études ont exploré de manière approfondie les coûts et bénéfices d'un tel régime, et les arguments utilisés pour ou contre l'assurance-médicament universelle relèvent largement des positions idéologiques de chacun, plutôt que sur les faits. Les rares études sérieuses sur le sujet démontrent au contraire qu'un régime public d'assurance-médicaments complet n'aurait en fin de compte que peu d'impact sur le coût total des dépenses en médicaments (Gagnon 1995 ; Palmer d'Angelo Consulting 1997 ; 2002), ou encore qu'il permettrait des économies de l'ordre de 10% (Lexchin 2001). Ces études ne prenaient toutefois pas en compte l'ensemble de l'environnement institutionnel au sein duquel un tel régime s'articulerait, et les conséquences économiques, bénéfiques ou non, qui pourraient en découler.

Un régime public d'assurance-médicaments est partie intégrante des politiques pharmaceutiques d'un pays. Il doit s'arrimer à la fois aux politiques sociales visant à offrir un bien-être minimal à l'ensemble des citoyens, aux politiques de santé visant à obtenir les meilleurs résultats pour la santé de la population, aux politiques industrielles en vue d'attirer les investissements étrangers, aux politiques de propriété intellectuelle, ainsi qu'aux politiques fiscales visant à assurer une

plus grande équité en termes de redistribution des richesses. En effet, un régime d'assurance-médicaments n'est pas uniquement un processus de compensation ou de remboursement pour des dépenses en médicaments, c'est aussi une manière de contrôler les coûts pour les acheteurs en se donnant un pouvoir de marchandage monopsonne face à de puissantes firmes transnationales pharmaceutiques. Un régime public d'assurance-médicaments, lorsqu'il inclut un processus d'évaluation des médicaments, peut aussi servir à discriminer les produits pharmaceutiques pour assurer la qualité et l'innocuité des prescriptions dans le meilleur rapport coût/efficacité. La complexité de ces différents aspects de l'assurance-médicaments doit être prise en compte pour déterminer le régime d'assurance-médicaments optimal pour répondre aux objectifs communs d'une collectivité.

Pour subvenir aux besoins des citoyens, un régime d'assurance-médicaments doit se fonder sur différents objectifs 'constitutifs'. Trois objectifs constitutifs guideront l'ensemble des analyses de ce rapport :

1. Accès et équité : Assurer un accès universel et équitable pour tous.
2. Innocuité des médicaments : Améliorer l'innocuité et l'usage approprié des médicaments.
3. Contrôle des coûts : Assurer un coût des médicaments viable pour les finances publiques.

Toutefois, un pays ou une province peut aussi recourir au régime d'assurance-médicaments pour poursuivre d'autres objectifs tels l'innovation pharmaceutique, l'attraction des investissements et la création d'emploi dans le secteur pharmaceutique par la mise en place de politiques industrielles favorables. Ces objectifs peuvent être complémentaires ou devenir contradictoires, mais ils doivent aussi être pris en compte au sein des débats actuels.

Plan du rapport

Dans ce rapport, nous montrerons qu'un régime d'assurance-médicaments, public, universel, pour l'ensemble des dépenses en médicaments prescrits, à partir du premier dollar dépensé, est économiquement possible et socialement souhaitable en termes d'équité et d'innocuité des médicaments. De plus, nous montrerons que, dans un environnement institutionnel approprié, il serait le régime d'assurance-médicaments le plus efficace économiquement pour l'ensemble des citoyens du pays.

Pour ce faire, nous procéderons en quatre étapes. Dans un premier temps, nous présenterons les défis des régimes actuels d'assurance-médicaments au Canada, et nous en identifierons les principales failles en termes d'iniquité et d'inefficacité (chapitre 1). Dans un second temps, nous comparerons les divers types de régime d'assurance-médicaments publics dans les provinces canadiennes, ainsi que l'environnement institutionnel et politique dans lesquels ils s'insèrent. Une telle comparaison permettra d'identifier les politiques et les pratiques optimales par rapport aux trois objectifs constitutifs mentionnés ci-haut: équité et accès, innocuité des médicaments et contrôle des coûts (chapitre 2).

Dans un troisième temps, nous procéderons à une analyse internationale comparée des régimes publics d'assurance-médicaments universelle afin d'évaluer les caractéristiques optimales d'un tel régime pour le Canada. Nous présenterons successivement les avantages et les inconvénients des régimes d'assurance-médicament au Royaume-Uni, en France, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Suède. Une analyse coûts-bénéfices des différents types de régimes permettra de constater plus clairement quel pourrait être pour le Canada le régime d'assurance-médicaments optimal en termes de coûts, d'innocuité et d'accès (chapitre 3).

Finalement, nous évaluerons de manière plus analytique les impacts économiques de la mise en place au Canada d'un régime d'assurance-médicaments universelle couvrant l'ensemble des dépenses en médicaments prescrits. Ces impacts seront analysés à partir de quatre scénarios conçus à partir des diverses articulations possibles entre les objectifs de réduction des coûts et d'accroissement des investissements biopharmaceutiques (chapitre 4). En analysant les scénarios possibles, nous pourrions évaluer s'il peut s'avérer efficace d'utiliser le régime public

d'assurance-médicaments en vue de servir des politiques industrielles visant l'innovation ou l'attraction de l'investissement et la création de l'emploi dans le secteur pharmaceutique. Si ces

objectifs sont valables en soi, il s'agit de déterminer si les régimes d'assurance-médicaments sont un bon instrument pour y parvenir.

Les défis des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada

Le Canada a dépensé \$25,1 Md en médicaments prescrits en 2008 (ICIS 2009). Les provinces de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta représentent à elles seules 86% des dépenses en médicaments prescrits.

Le principal obstacle à la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments au Canada est de nature économique. Le coût des médicaments a augmenté à une vitesse effrénée et on considère normalement qu'un régime public universel serait insoutenable pour les contribuables. Afin de réduire le fardeau des finances publiques, on multiplie au contraire les ouvertures à l'assurance privée, pourtant plus coûteuse pour les individus. On augmente aussi les franchises et les quotes-parts dans les régimes publics et on accroît constamment la part des dépenses personnelles pour les médicaments prescrits. Cette situation crée des conditions inéquitables pour une portion grandissante de citoyens canadiens. Le système actuel est devenu un assortiment pêle-mêle de régimes publics et privés où la couverture de chacun ne dépend plus des besoins mais plutôt du lieu de travail et de résidence, ainsi que des moyens financiers de chacun.

Dans ce chapitre, nous traiterons la croissance des coûts des médicaments au Canada, l'inefficacité des régimes privés, ainsi que l'iniquité des régimes et la forte diversité des régimes publics d'assurance-médicaments selon les provinces et territoires.

1.1 Croissance des coûts des médicaments

La forte croissance des coûts des médicaments conduit à la perception qu'un régime public universel d'assurance-médicaments créerait à terme un fardeau intenable sur les finances publiques. Selon les données de l'ICIS, entre 1985 et 2008 les coûts des médicaments ont augmenté en moyenne de 10,5% par année au Canada.

Pour la plupart des provinces, les médicaments représentent une part beaucoup plus importante de l'ensemble des dépenses de santé en 2008 par rapport à 1985. Pour l'ensemble du Canada, les dépenses en médicaments représentaient 9,5% de l'ensemble des dépenses de santé en 1985 et 17,4% des dépenses de santé en 2008.

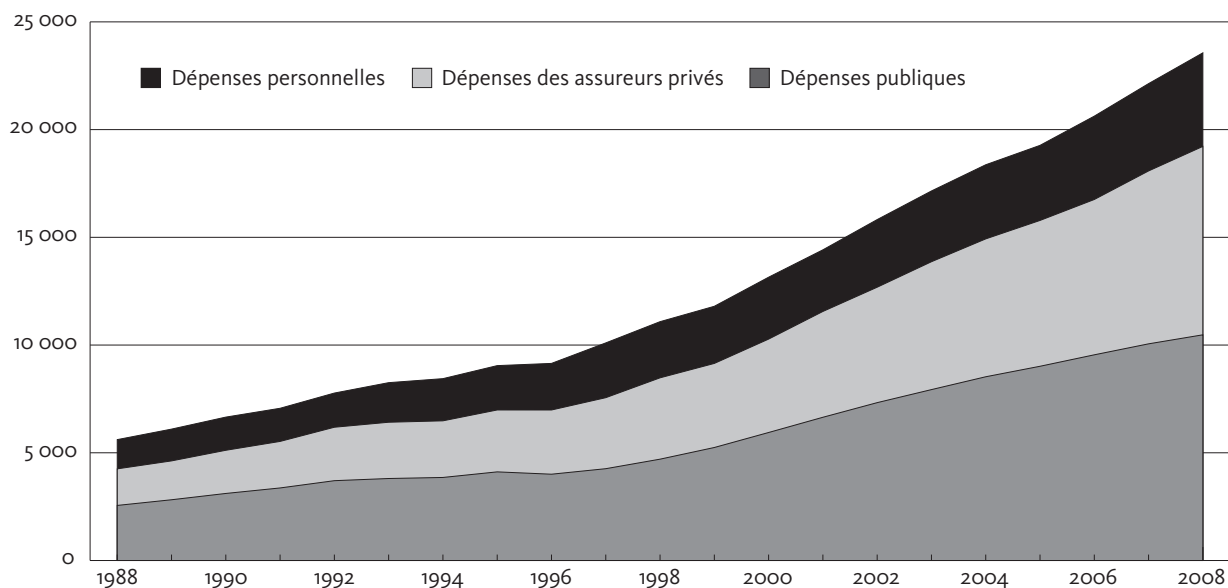
La croissance des coûts la plus importante se trouve au Québec: les médicaments y représentaient 8,3% des dépenses de santé en 1985 alors

TABLEAU 1.1 Dépenses en médicaments prescrits par province selon les sources de financement 2008 (prévisions, en millions de \$)

	Dépenses publiques	Dépenses privées	Total
T.-N.-L.	150.3	247.9	398.2
Î.-P.-É.	35.2	67.4	102.6
N.-É.	336.3	472.8	809.1
N.-B.	192.2	416.7	608.9
Qc	3,248.8	3,262.2	6,511.0
Ont.	4,378.2	5,549.0	9,927.2
Man.	371.6	474.0	845.6
Sask.	374.9	322.7	697.6
Alb.	1,004.3	1,284.0	2,288.3
C.-B.	1,045.8	1,842.9	2,888.7
Yn	12.5	7.5	20.0
T.N.-O.	12.2	10.6	22.8
Nun.	15.2	6.0	21.2
Canada	11,177.4	13,963.7	25,141.1

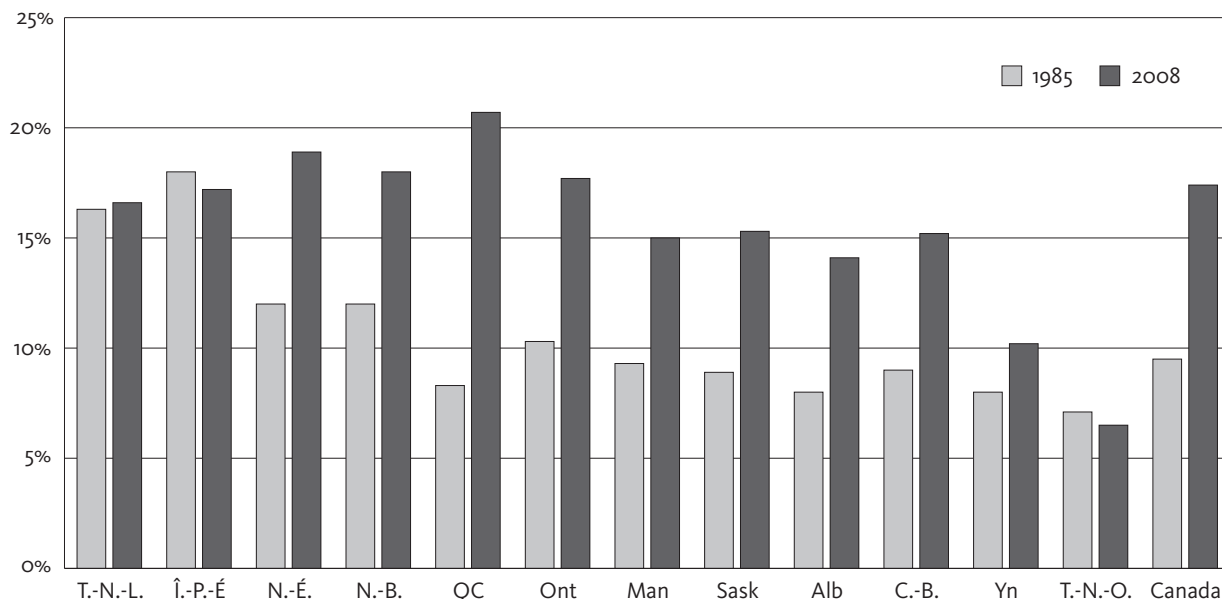
SOURCE ICIS 2009

FIGURE 1.1 Évolution des dépenses réelles en médicaments prescrits au Canada selon la source de financement, 1988–2008 (en millions de dollars constants 2005)



SOURCE ICIS 2009, Principaux indicateurs économiques OCDE

FIGURE 1.2 Dépenses en médicaments par rapport au total des dépenses de santé, par province et territoire et au Canada, 1985 et 2008 (prévisions)



SOURCE ICIS 2009

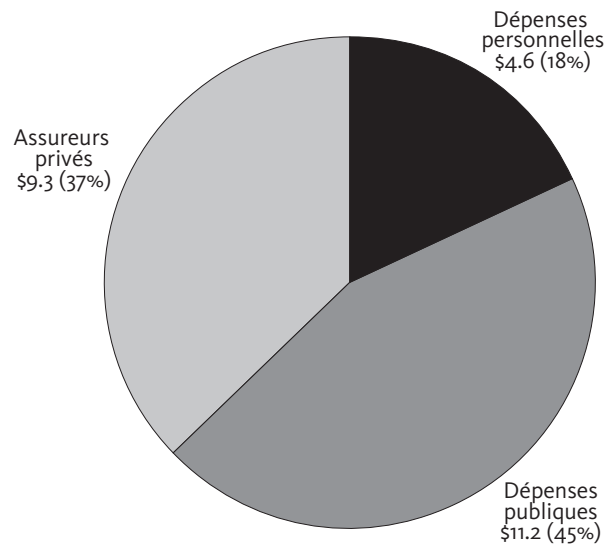
qu'ils représentaient 20,7% en 2008. La croissance des coûts en médicaments y est responsable de plus du quart de la croissance des coûts en santé. Puisque le Québec est la seule province offrant un régime public d'assurance-médicaments pour toute personne non couverte par des assurances privées, l'exemple du Québec sert souvent de repoussoir pour discréditer tout régime public universel d'assurance-médicaments (i.e. Simpson 2009). Toutefois, le Québec est l'exemple d'une province qui refuse d'utiliser son large régime public pour réduire les coûts des médicaments, cherchant plutôt à développer un leadership au sein du secteur pharmaceutique breveté en créant un « environnement d'affaires dynamique et favorable aux investissements » du secteur pharmaceutique (MDEIE 2009 : 7).

La croissance des coûts des médicaments pour l'ensemble du Canada a obligé l'accroissement des dépenses des citoyens, soit par l'entremise de leurs impôts, de leurs primes ou de leurs poches. Si les gouvernements cherchent à

réduire le fardeau du coût des médicaments sur les finances publiques, ils le font en obligeant les citoyens à recourir davantage aux assurances privées et aux dépenses personnelles. La volonté de réduire la couverture publique conduit toutefois à des résultats coûteux pour l'ensemble de la population, que ce soit en promouvant les régimes privés d'assurance-médicaments ou en transférant les coûts sur les dépenses personnelles. Pour l'ensemble du Canada, le total des dépenses privées représente 55% des dépenses en médicaments prescrits.

Les sources publiques de financement pour les médicaments prescrits sont d'abord les gouvernements des provinces et des territoires qui contribuaient à hauteur de \$9,506 M en 2008, suivi du secteur fédéral² qui contribuait \$689 M, et des caisses de sécurité sociale dont les commissions des accidents du travail (\$184 M) et le Fonds de l'assurance-médicaments du Québec (\$799 M).

FIGURE 1.3 Total des dépenses en médicaments prescrits par source de financement au Canada, 2008 (prévisions, en milliard de dollars)



SOURCE ICIS 2009

1.2 Inefficacité des régimes privés d'assurance-médicaments

Le recours aux assurances privées est une solution coûteuse étant donné l'inefficience des régimes privés d'assurance-médicaments par rapport aux régimes publics. La vaste majorité des régimes privés d'assurance-médicaments sont des régimes offerts par les employeurs, qui couvrent environ la moitié de la population canadienne. En 2000, 16 millions de Canadiens, étaient ainsi couverts par des régimes privés offerts par les employeurs, soit 7.6 millions d'employés (58% de l'ensemble des employés) et les membres de leur famille, dont 4 millions d'adultes et 4.4 millions d'enfants (Applied Management, 2000, p.28). Bien que des individus peuvent s'acheter personnellement une assurance privée et certaines organisations offrent parfois de l'assurance-médicaments à leurs membres, comme certaines universités offrant ce service à leurs étudiants, les régimes privés offerts par les employeurs représentent l'essentiel du chiffre d'affaires des assureurs privés en ce qui a trait à la couverture de médicaments.

Les primes des régimes privés d'assurance-médicaments pour les entreprises canadiennes ont augmenté de 15% par année entre 2003 et 2005 (Coalition canadienne de la santé 2008 : 27), alors que les coûts en médicaments augmentaient de 8% par année (ICIS 2009). La raison de cette surcroissance des primes est simple : la majorité des régimes privés d'assurance-médicaments en vigueur dans les entreprises sont gérés par des firmes externes (des compagnies d'assurance) qui sont normalement rémunérées en pourcentage des dépenses. En conséquence, les incitatifs financiers pour les régimes privés encouragent non pas à réduire la croissance des coûts, mais au contraire à l'augmenter (Silversides 2009a). De plus, les régimes privés d'assurance-médicaments n'imposent aucune restriction aux médicaments remboursés. Ainsi, tous les nouveaux médicaments dispendieux sont sujets à remboursement par les régimes privés, même lorsque ces nouveaux médicaments n'apportent aucun bénéfice thérapeutique par rapport aux médicaments existants et moins chers.

Les assurances privées sont nettement moins efficaces en termes de coûts administratifs. Dans les années 1990, on estimait que les frais administratifs des régimes publics du Québec et de l'Ontario étaient de l'ordre de 2% alors que ceux des régimes privés étaient de 8% (Palmer D'Angelo Consulting Inc. 1997)³. Pour l'ensemble des dépenses de santé, le régime public au Canada avait des coûts administratifs de 1.3% alors que les coûts des régimes privés étaient de 13.2%, soit une proportion dix fois plus grande que pour les régimes publics (Woolhandler et al. 2003). On peut donc estimer de manière conservatrice qu'au moins 6% des dépenses des couvertures privées d'assurance-médicaments pourraient être économisées si ces couvertures étaient offertes par un régime public universel d'assurance-médicaments, ce qui aurait constitué une économie de \$560 M pour l'année 2008.⁴

Les régimes privés d'assurance-médicaments paient normalement leurs médicaments plus chers que les régimes publics, particulièrement dans le cas des génériques. Les régimes publics déterminent le prix des médicaments génériques à partir d'un pourcentage du prix du médicament original: par exemple, le premier générique sur le marché coûtera 50% du produit original en Ontario⁵, 45% en Alberta; et le prix en pourcentage est parfois réduit si plus d'un générique arrive sur le marché. Les régimes privés, étant donné leur moindre pouvoir de marchandage, paient normalement 7% plus chers pour les génériques, et 10% plus chers pour les médicaments de marque non-brevetés (Bureau de la concurrence 2007 : 58). Les prix des médicaments brevetés sont plus homogènes puisqu'ils sont régis par un organisme national de réglementation, le Conseil d'examen des prix du médicament breveté (CEPMB). La disparité des prix pour les génériques reste toutefois sous-évaluée étant donné l'introduction de la loi 102 en Ontario en 2006 qui a fortement accru les disparités entre les prix payés entre les régimes privés et les régimes publics. La loi 102, qui visait à réduire les ristournes que les fabricants de

génériques versent aux pharmaciens, a permis au régime public de l'Ontario de diminuer les coûts des médicaments génériques de 63% à 50% du prix des médicaments originaux. Toutefois, les manufacturiers de génériques ont compensé en augmentant les prix pour les régimes privés de l'Ontario. De 2006 à 2008, les disparités de prix pour les génériques entre le régime public et les régimes privés de l'Ontario sont passées de 5% à 43% (Silversides 2009a). Cet exemple démontre la grande faiblesse du pouvoir de marchandage des régimes privés par rapport aux régimes publics.

Un montant important des dépenses publiques en médicaments est toutefois canalisé par les régimes privés d'assurance-médicaments fournis par les employeurs puisque les différents paliers de gouvernement doivent payer pour l'assurance-médicaments de leurs employés. Les employés du secteur public représentent le quart de l'ensemble des salariés au Canada. Non seulement ces dépenses en fonds publics sont répertoriées comme des dépenses privées en médicaments dans les statistiques officielles, ces fonds publics sont dépensés en recourant à des régimes privés d'assurance-médicaments beaucoup moins efficaces par rapport au coût que les régimes publics.

De plus, si les couvertures d'assurance-médicaments offertes par les assureurs privés par l'entremise des employeurs peuvent parfois paraître avantageuses économiquement, c'est entre autres parce que les employeurs bénéficient de subventions à caractère fiscal de l'ordre de 10% pour les frais encourus (Smythe 2001, cité in Evans 2009)⁶. Au Québec, la contribution des employeurs aux régimes d'assurance-médicaments privée est calculée comme un avantage imposable pour les salariés (CSN 2009). L'assurance-médicaments privée au Québec est donc utilisée systématiquement pour imposer davantage les revenus des salariés et accroître les subventions à caractère fiscal des employeurs. Dans le reste du Canada, les employés ne sont pas imposés pour les avantages sociaux liés à la couverture privée

des médicaments. Toutefois, cela ne résout pas le problème de l'équité fiscale. Étant donné la nature progressive du système canadien d'imposition du revenu, ne pas taxer ces avantages sociaux revient à octroyer des subventions à caractère fiscal plus importantes pour les employés ayant un revenu plus élevé (Stabile 2002). Dans la figure 1.1, il faut considérer qu'environ 10% des dépenses des assureurs privés est en fait une dépense publique déguisée, mise en place à travers un régime de redistribution fiscale régressif et inéquitable servant à financer les employeurs plutôt que pour financer les coûts des médicaments pour les citoyens qui en ont besoin. Un régime public universel d'assurance-médicaments aurait permis de récupérer des subventions à caractère fiscal de l'ordre \$933 M pour l'année 2008.

1.3 Un système inéquitable

Au Canada, les régimes publics d'assurance-médicaments relèvent des juridictions des provinces et des territoires. Bien que toutes les provinces possèdent leur propre régime public d'assurance pour les médicaments prescrits, une large part des Canadiens âgés de moins de 65 ans ne bénéficient pas d'une couverture publique suffisante et doivent donc recourir à des assurances privées. Selon une enquête menée par Statistique Canada (2004), jusqu'à 8 millions de Canadiens (23.5%) ne bénéficient d'aucune couverture pour leurs médicaments. 8% des adultes admettent ne pas avoir respecté une prescription du médecin dans les 12 derniers mois en raison des coûts financiers (Kennedy et Morgan 2009). Plus spécifiquement, ce ratio est de 4.4% au Québec, 8.8% en Ontario, et de 11.5% en moyenne dans les autres provinces. Jusqu'à 20% des Canadiens dépensent une part trop importante de leurs revenus en dépenses personnelles en médicaments prescrits⁷ (Morgan et al. 2003). Dans les provinces Maritimes et en Alberta, seulement de 70 à 80% de la population bénéficie d'une assurance-médicaments privée ou publique (Kapur

et Basu 2005). La majeure partie de ceux qui ne bénéficient pas d'une assurance-médicaments adéquate sont des travailleurs sans-emploi ou en situation précaire (Applied Management 2000). Cette situation fait en sorte que, pour plusieurs Canadiens, c'est le manque de couverture suffisante pour les frais de médicaments prescrits qui les empêchent de recevoir les soins de santé dont ils ont besoin (Hanley 2009). Par exemple, l'Hôpital pour enfants malades de Toronto a fait la démonstration qu'un nombre important d'enfants malades ne pouvaient accéder aux médicaments nécessaires pour leur condition étant donné leurs contraintes économiques (Ungar et al. 2003). Les dépenses personnelles liées à l'absence de couverture universelle conduisent les patients à moins adhérer à leurs traitements. Dans le cas des gens ayant subi un infarctus du myocarde, il a été démontré qu'une couverture universelle d'assurance-médicaments permettrait d'accroître l'observance des prescriptions et d'augmenter en moyenne d'une année la vie des patients par rapport au système actuel (Dhalla et al. 2009).

Afin de contrer la croissance du fardeau sur les finances publiques, les gouvernements provinciaux ont constamment accru les primes, les franchises et les quotes-parts afin de transférer les coûts publics sur les dépenses personnelles des patients. Au Québec, avant 1996, les personnes âgées n'avaient qu'à payer 2\$ par prescription, jusqu'à concurrence de 100\$ par année. Des quotes-parts de 25% ont été introduites en 1996 jusqu'à concurrence de 750\$ par année, selon le revenu. En 1997, des franchises mensuelles de \$8.33 ont aussi été introduites (Tamblyn et al. 2001). Depuis le 1^{er} juillet 2009, les franchises mensuelles sont passées à 14.95\$ et les quotes-parts à 32%, allouant des dépenses annuelles jusqu'à \$954.36 par année (ICIS 2009). Cette logique visant à accroître les dépenses personnelles conduit toutefois à des effets pervers. Par exemple, l'introduction de franchises et de quotes-parts dans le régime public d'assurance-médicaments québécois en 1996-1997 a obligé les personnes

âgées et les personnes vivant de l'aide sociale à réduire significativement la consommation de médicaments pourtant essentiels. Les personnes âgées ont réduit de plus de 9% leur consommation de médicaments essentiels alors que la réduction est plus de 14% pour les personnes vivant de l'aide sociale (Tamblyn et al. 2001). Les visites à l'urgence et les hospitalisations ont augmenté de manière significative pour ces personnes étant donné les effets adverses associés à leur incapacité d'assurer l'observance quant aux prescriptions médicamenteuses nécessaires à leur condition. Les coûts indirects de cette baisse de consommation de médicaments essentiels sont difficiles à estimer, mais ce fardeau supplémentaire sur le réseau hospitalier n'aurait toutefois pas sa raison d'être avec un régime public universel d'assurance-médicaments. Dans le cas des personnes bénéficiant de l'aide sociale, les coûts engendrés sur le système de santé par la baisse de consommation de médicaments essentiels a forcé le gouvernement à revoir sa stratégie et à rétablir la gratuité le 1^{er} juillet 2007.

Un second effet pervers des hausses des dépenses personnelles dans les régimes publics d'assurance-médicaments est la « trappe de la pauvreté ». Les régimes publics sont normalement plus généreux pour les personnes vivant de l'aide sociale que pour les travailleurs. L'augmentation des franchises et des quotes-parts peut créer des incitatifs pour des personnes en état de travailler à préférer continuer bénéficier de l'assistance sociale. Bien qu'aucune étude n'a traitée cette question de manière approfondie, les audiences nationales de la Coalition canadienne de la santé a permis de constater à travers les témoignages de diverses personnes que cette situation ne serait pas purement exceptionnelle (Centre canadien des politiques alternatives et Coalition canadienne de la santé 2008).

Le système actuel de couverture est tout aussi inéquitable en ce qui a trait aux régimes privés. Les travailleurs les plus à même de ne recevoir aucune couverture sont les plus précaires, dont

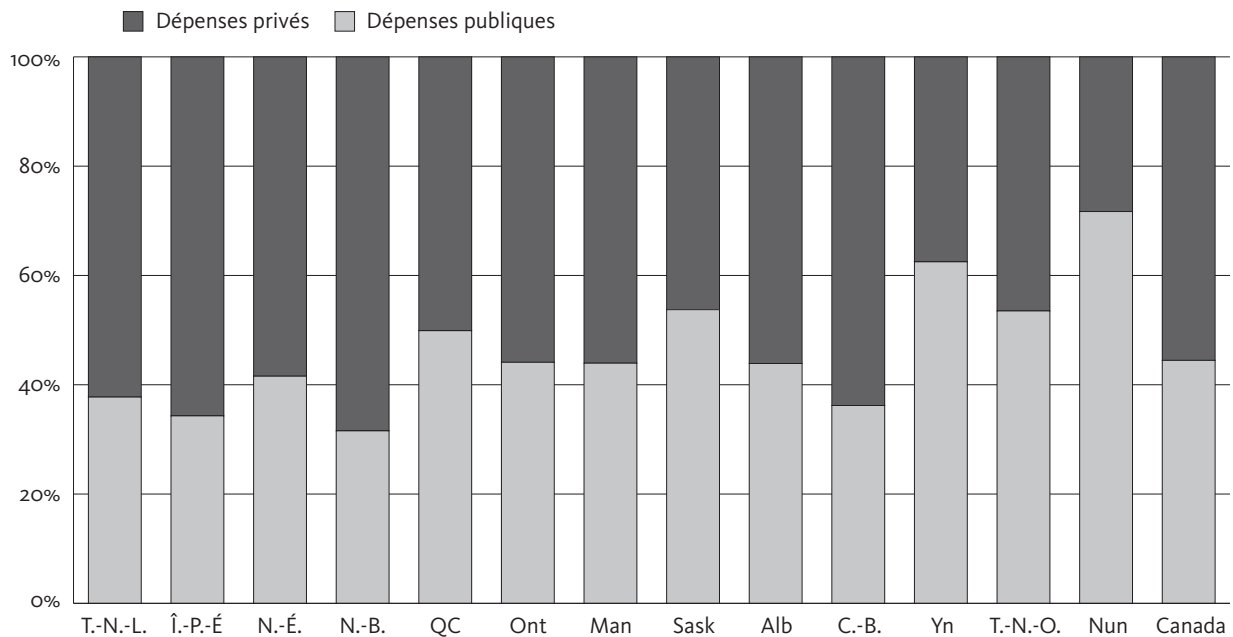
les travailleurs autonomes constituant 16% des travailleurs (Akyeampong et Sussman 2003; Statistique Canada 2010). Il en va de même pour les employés de plus petites entreprises ou encore des travailleurs non-syndiqués (Akyeampong 2002). Si 58% de l'ensemble des employés bénéficient d'un régime privé, le niveau de couverture varie considérablement d'un régime à l'autre et ce n'est que très rarement que les employés bénéficient d'une couverture complète. Bien souvent, les employés contribuent conjointement avec leur employeur pour payer les primes du régime privé d'assurance-médicaments. En plus des primes, les employés doivent parfois payer aussi des franchises ou un pourcentage du coût des médicaments et les frais d'ordonnance. Dans certains cas, des employés se voient imposer des montants maximaux annuels de remboursement, ou encore des limites de dépenses absolues pour la durée de vie de l'employé, à savoir que le régime privé expire après une limite de dépenses.

Puisque ces régimes privés sont fournis par les employeurs, un changement d'emploi ou une mise à pied signifie que l'employé perd sa couverture. Il va de même, la plupart du temps, lors d'une mise à la retraite. Dans le cas de fusions-acquisitions, les employés d'une firme rachetée peuvent voir leur couverture modifiée à la baisse de manière complètement arbitraire. Toutes ces différences dans l'ampleur de la couverture offerte par le régime privé ne tiennent en aucun cas compte des besoins des patients, mais dépendent uniquement de l'endroit où chacun travaille. L'amalgame anarchique des régimes publics et privés actuels est donc une importante source d'iniquité. C'est souvent les personnes les plus vulnérables et économiquement plus fragiles qui reçoivent le moins de protection.

1.4 Forte diversité des régimes publics

Les régimes diffèrent de province en province, créant de larges disparités selon diverses modalités :

FIGURE 1.4 Part relative des dépenses publiques et privées en médicaments prescrits selon les provinces, 2008



SOURCE ICIS 2009

- Qui peut bénéficier du programme?
- Quelle proportion des dépenses en médicaments est couverte ?
- Quels médicaments sont couverts ?
- À quels prix le régime peut-il acheter les médicaments ?

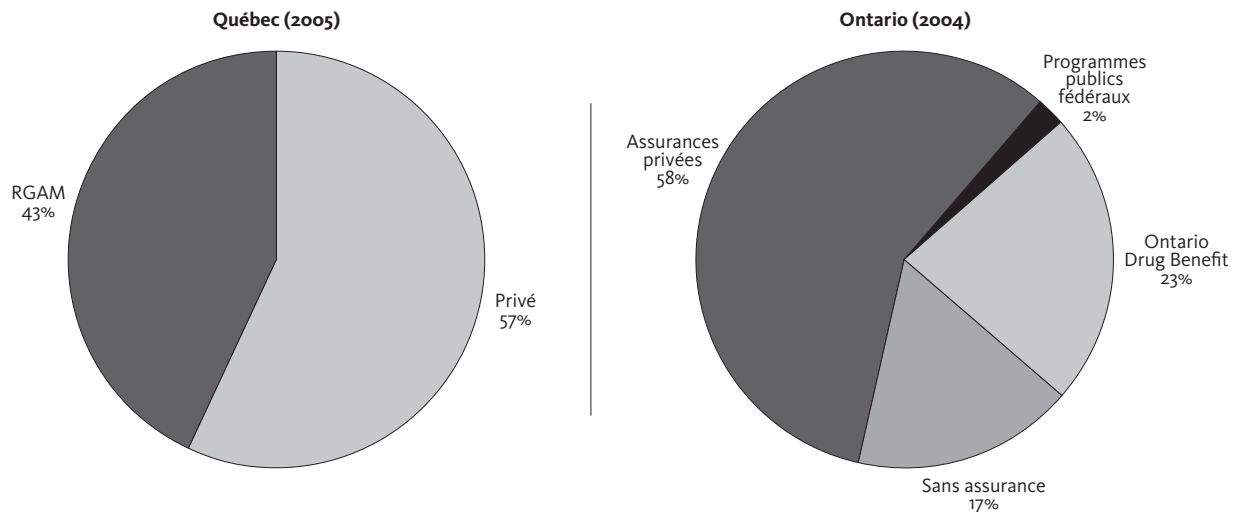
La proportion des dépenses publiques et privées pour les médicaments prescrits varie de manière significative entre les provinces. Si la part des dépenses publiques est de 44% pour l'ensemble du Canada, elle varie de 32% pour le Nouveau-Brunswick à 72% pour le Nunavut.

Au Québec tout citoyen ne possédant pas d'assurance-médicaments privée doit obligatoirement intégrer le régime public d'assurance-médicaments, quel que soit son âge ou son revenu. Le régime général d'assurance-médicaments du Québec couvre ainsi 43% de la population. Toutefois, le type de couverture offerte peut varier

selon des programmes spéciaux et les franchises et quotes-parts peuvent s'avérer élevées. Les régimes publics d'assurance-médicaments des autres provinces, comme le Ontario Drug Benefit, couvrent normalement entre le quart et le cinquième de la population.

Dans toutes les provinces, la couverture publique en médicaments offerte aux individus varie selon leur âge, leur type de maladie, leur revenu et leur situation sociale. Le détail des différents programmes provinciaux publics d'assurance-médicaments se trouve dans l'Appendice 1. Toutefois, on remarque des différences marquées sur la nature de ces régimes publics. Celui du Québec vise d'abord les assistés sociaux et les personnes âgées, mais couvre aussi automatiquement toute personne ne bénéficiant pas d'une couverture privée et les primes sont alors déterminées en fonction du revenu. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba offrent des couvertures universelles non-obli-

FIGURE 1.5 Comparaison de la proportion des citoyens bénéficiant du régime public d'assurance-médicaments au Québec et en Ontario



SOURCE Paris et Docteur (2006 : 20)

gatoires et les franchises sont déterminées en fonction des revenus (de 2% à 6.08% selon la province et le niveau de revenu). L'Alberta offre un régime universel non-obligatoire, sans lien avec le revenu, couvrant 70% du coût des médicaments en contrepartie de primes trimestrielles relativement élevées. Les provinces atlantiques et l'Ontario offrent une couverture qui se veut adaptée selon groupes de population: assistés sociaux, personnes âgées, gens souffrant d'une certaine condition. En l'absence de couverture universelle, plusieurs patients n'arrivent pas à se classer parmi ces groupes protégés et tombent ainsi dans les fissures de la couverture offerte. L'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve offrent toutefois une couverture universelle non-obligatoire pour les médicaments onéreux. Dans le cas de l'Ontario, une fois que le patient a payé une franchise de 4% de son revenu brut en médicaments, il peut bénéficier du programme Trillium qui réduit normalement le coût des médicaments supplémentaires à 2\$ par prescription. Le client doit toutefois payer l'ensemble de ses médicaments au pharmacien tant qu'il n'a

pas atteint 4% de son revenu brut, ce qui ne va pas sans tracasserie administrative. Par exemple, une personne avec un revenu annuel brut de \$30,000 devra déboursier jusqu'à 300\$ de sa poche le premier mois de chaque trimestre en médicaments, ce qui n'est pas un exercice évident sur un budget familial si serré.

Presque toutes les provinces ont des programmes spéciaux pour les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale. Les personnes bénéficiant de l'aide sociale ne paient normalement aucune franchise et ont des quotes-parts au maximum de \$2 par ordonnance dans la plupart des provinces. Elles doivent toutefois payer \$4 par ordonnance au Nouveau-Brunswick, 5\$ par ordonnance en Nouvelle-Écosse, et jusqu'à 5% de leur revenu familial en Terre-Neuve-et-Labrador. Pour les personnes âgées, le montant des dépenses personnelles pour ceux couverts par le régime public d'assurance-médicaments varient beaucoup de province en province. Les personnes âgées de 65 ans et plus n'ont rien à payer s'ils vivent au Yukon, aux Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut.

Ailleurs, elles peuvent devoir payer seulement la marge brute et les frais d'ordonnance comme c'est le cas en Terre-Neuve-et-Labrador, ou payer jusqu'à 3% du revenu familial comme en Colombie-Britannique.

Prenons trois exemples tirés d'exemples typiques (Demers et al. 2008). D'abord, considérons un individu de 73 ans recevant le revenu canadien moyen et souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Son traitement médicamenteux coûte 1283\$ par année. Il devra payer moins de 100\$ par année pour se payer ce traitement avec le régime public d'assurance-médicaments s'il vit à l'Île-du-Prince-Édouard ou au Nouveau-Brunswick, alors qu'il devra déboursier plus de 1300\$ par année s'il vit au Manitoba, en Saskatchewan ou à Terre-Neuve. Ensuite, considérons une femme de 65 ans avec un revenu annuel sous la moyenne canadienne et qui souffre de diabète, d'hypertension et d'insomnie. Son traitement médicamenteux coûte 454\$ par année. Elle devra déboursier entre 300 et 503\$ par année si elle vit au Québec, au Manitoba ou en Saskatchewan, mais elle déboursiera moins de 30\$ si elle vit en Ontario, au Nouveau-Brunswick ou à Terre-Neuve-Labrador. Finalement, considérons un bénéficiaire de l'aide sociale de 40 ans souffrant d'hypertension et d'insuffisance cardiaque congestive. Son traitement médicamenteux coûte 1389\$ par année. Il devra déboursier moins de 20\$ par année pour ses médicaments s'il vit n'importe où au Canada, sauf au Québec où il devra déboursier 200\$ par année.

Certains médicaments ne sont pas couverts selon les provinces ou territoires, rendant parfois

difficiles les déménagements interprovinciaux de travailleurs ou de citoyens devant suivre des traitements médicamenteux particuliers (Centre canadien des politiques alternatives et Coalition canadienne de la santé 2008). Les tracasseries administratives sont aussi très importantes au sein de la plupart des provinces puisque la multiplication des programmes accroît la complexité bureaucratique. Il est souvent difficile pour chacun de comprendre ce à quoi il a droit, augmentant la crainte de perdre la mince couverture dont ils bénéficient si jamais leur situation économique se trouvait modifiée. Par exemple, dans l'Appendice 1, nous avons identifié 13 programmes différents d'assurance-médicaments publics pour l'Île-du-Prince-Édouard, mais le programme spécifique pour divers types de maladie compte en fait 17 programmes différents. Cela fait un total de 29 programmes publics d'assurance-médicaments pour une province dont la population est moins importante que pour la seule ville de Sudbury en Ontario.

Le manque d'uniformité ne cause pas seulement de l'iniquité et des tracasseries administratives. En multipliant les différentes instances publiques achetant des médicaments, on réduit d'autant le pouvoir de marchandage des régimes publics d'assurance-médicaments pour négocier à la baisse le prix des médicaments auprès des 14 firmes transnationales qui contrôlent les 2/3 des ventes mondiales de produits pharmaceutiques (voir Gagnon 2009). Un système public unique bénéficierait d'un pouvoir de marchandage beaucoup plus important.

Comparaison des régimes provinciaux d'assurance-médicaments

Une comparaison plus fine des divers régimes d'assurance-médicaments au Canada est nécessaire pour identifier quelles seraient les caractéristiques optimales d'un régime public universel d'assurance-médicaments. Ce chapitre compare en détail pour chaque province les quantités de médicaments dispensés, les prix payés pour les médicaments prescrits, la proportion des génériques utilisés, ainsi que les processus d'évaluation des médicaments. Il permet ainsi d'identifier les pratiques les plus avantageuses que devrait prendre en compte un régime public universel d'assurance-médicaments pour le Canada.

Dans ce chapitre, nous présenterons d'abord la méthodologie que nous utiliserons pour comparer les pratiques des différentes provinces et évaluer les bénéfices économiques de ces pratiques. Ensuite, nous présenterons les résultats pour chacun des éléments de comparaison.

2.1 Méthodologie de comparaison

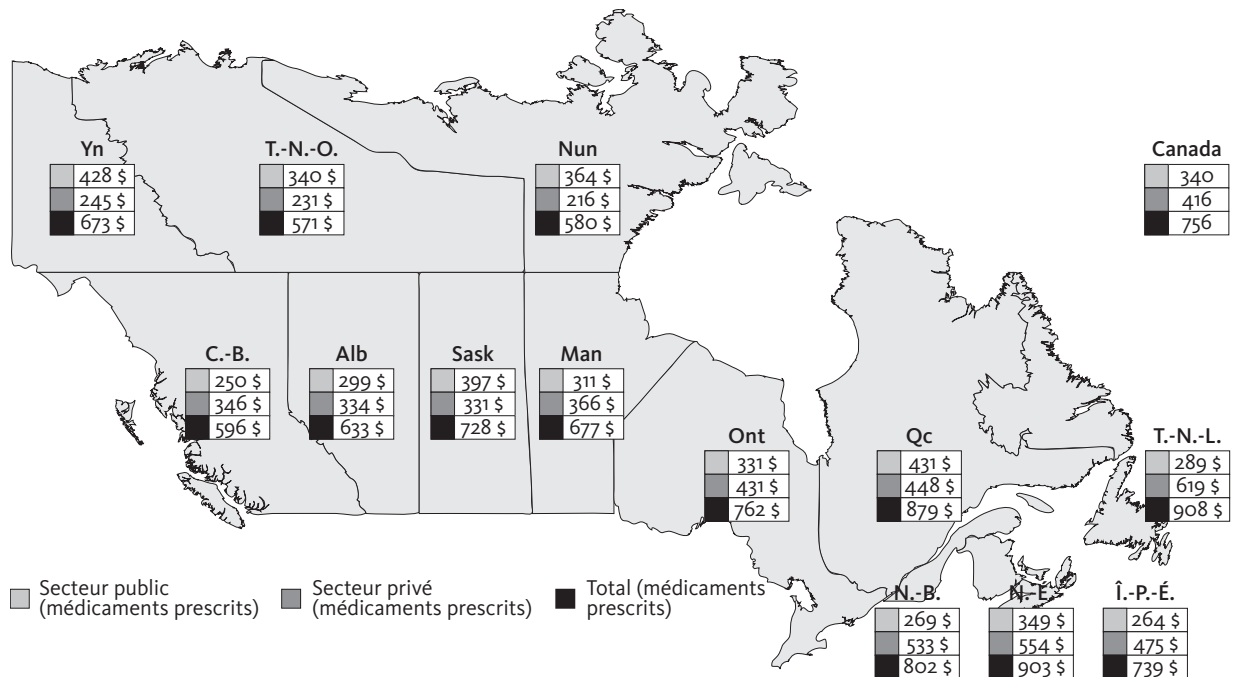
Pour comparer les pratiques des différentes provinces, il est peu utile de recourir aux dépenses totales en médicaments prescrits par province étant donné les différences démographiques

importantes. L'indicateur du total des dépenses en médicaments prescrits par habitant s'avère donc plus utile.

Les dépenses pour chaque province peuvent être comparées à la moyenne canadienne. Les variations entre les dépenses en médicaments prescrits par habitant peuvent être dues à plusieurs facteurs, dont les quatre facteurs de coût suivants : 1-les disparités démographiques liées à l'âge, 2-les différences dans le volume moyen de consommation de médicaments prescrits pour les habitants de chaque province, 3-les disparités dues aux choix thérapeutiques privilégiés dans chaque province et 4-les différences dans les coûts des médicaments dans chaque province.

En se servant des données de IMS Health Canada, Morgan et al. (2008) ont calculé l'impact de chacun de ces facteurs sur les dépenses en médicaments prescrits pour chaque province. Les données pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne sont pas disponibles. Les disparités en âge de la population des provinces est le seul facteur que l'on peut considérer naturel, et leur impact sur les dépenses en médicaments prescrits a été pris en compte de sorte de pouvoir se concentrer uniquement

FIGURE 2.1 Total des dépenses en médicaments par habitant, par type et par source de financement, par province et territoire et au Canada, 2009 (prévisions)



SOURCE Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009, Institut canadien d'information sur la santé; Recensement de la population, Statistique Canada. Graphique tiré de l'ICIS (2010 : 21).

sur les autres facteurs. Ces autres facteurs sont institutionnels, ou non-naturels, et sont liés aux types de régimes d'assurance-médicaments et d'environnement institutionnel dans les différentes provinces. Ces facteurs sont mesurés selon leur impact sur les dépenses en médicaments prescrits par rapport à la moyenne canadienne.

Il est donc possible de mesurer les variations totales en dépenses en médicaments prescrits de manière standardisée selon l'âge pour exclure le facteur naturel. Les variations totales dues aux causes institutionnelles sont ensuite décomposées selon les effets de trois facteurs de coûts : effet-volume, effet-choix thérapeutique et effet-prix.

Chacun de ces effets peuvent à leur tour être décomposés en sous-facteurs. L'effet-volume peut être décomposé selon la quantité de prescriptions et selon la taille des prescriptions. L'effet-choix thérapeutique peut être décomposé selon les options thérapeutiques privilégiées (choix entre les

catégories thérapeutiques de médicaments pour traiter une condition, par exemple le choix entre le recours aux diurétiques ou aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour traiter l'hypertension) et selon les options médicamenteuses privilégiées (choix d'un médicament spécifique dans une classe thérapeutique, par exemple le recours à l'enalapril ou au ramipril parmi les inhibiteurs de l'enzyme de conversion). Finalement, l'effet-prix peut être décomposé selon les variations entre les provinces sur les prix de mêmes produits (incluant les frais d'ordonnance) et les variations dans la proportion du recours aux génériques. En décomposant tous ces facteurs de la sorte, il devient possible d'obtenir une image plus précise des caractéristiques des régimes provinciaux et d'évaluer le pourcentage d'impact sur le coût par habitant des médicaments prescrits selon les provinces pour chacun de ces facteurs et sous-facteurs par rapport à la moyenne canadienne.

TABLEAU 2.1 Sources des variations des dépenses moyennes par habitant en médicaments prescrits par province par rapport aux dépenses moyennes par habitant au Canada, 2007

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Dépenses par habitant par province	\$432	\$496	\$491	\$525	\$580	\$681	\$674	\$655	\$606	\$622
Variation totale par rapport à la moyenne nationale	-25.3%	-14.1%	-15.0%	-9.2%	0.3%	17.8%	16.6%	13.4%	4.9%	7.7%
Variation induite par l'âge de la population	2.4%	-9.6%	0.9%	-1.6%	-1.6%	4.5%	5.3%	5.8%	3.7%	5.0%
Variation totale standardisée selon l'âge	-27.7%	-4.4%	-15.9%	-7.6%	1.9%	13.4%	11.3%	7.6%	1.2%	2.7%
Volume de prescriptions	-30.3%	-22.5%	-5.8%	-14.4%	-15.5%	44.7%	-11.4%	-14.0%	-9.9%	-3.1%
Taille des prescriptions	12.4%	22.8%	-6.0%	7.3%	19.2%	-37.8%	25.9%	30.1%	15.5%	14.8%
Effet-volume	-18.0%	0.3%	-11.9%	-7.1%	3.7%	6.9%	14.5%	16.1%	5.6%	11.7%
Options thérapeutiques	-4.8%	-2.8%	0.1%	-1.7%	-0.9%	-0.5%	-3.3%	-5.7%	-4.0%	-6.1%
Options médicamenteuses	-3.4%	-0.7%	-5.2%	-0.4%	1.0%	1.4%	-0.9%	-0.7%	-1.3%	-4.3%
Effet-choix thérapeutique	-8.2%	-3.5%	-5.1%	-2.0%	0.1%	0.9%	-4.3%	-6.4%	-5.3%	-10.3%
Prix payés	-0.8%	-0.4%	3.5%	4.8%	-1.3%	3.2%	2.3%	-1.3%	0.9%	1.3%
Recours aux génériques	-0.7%	-0.8%	-2.5%	-3.2%	-0.6%	2.3%	-1.3%	-0.8%	0.1%	0.0%
Effet-prix	-1.5%	-1.2%	1.0%	1.5%	-1.9%	5.5%	1.1%	-2.1%	0.9%	1.3%

SOURCE Morgan et al. 2008, IMS Health Canada

Ces calculs serviront de base pour comparer les régimes provinciaux d'assurance-médicaments, ainsi que leur environnement institutionnel, pour le reste du chapitre.

2.2 Résultats généraux

Nous reprenons ici les résultats sur les sources des variations dans les dépenses moyennes par habitant en médicaments prescrits telle que réalisée par des travaux antérieurs (Morgan et al. 2008). Nous analyserons en plus amples détails par la suite divers éléments de ces résultats généraux. Tout ce chapitre est articulé autour des résultats du Tableau 2.1.

Déjà, il est possible de voir d'importantes variations entre provinces selon les facteurs étudiés, une fois les variations standardisées selon l'âge. La Colombie-Britannique, avec une

variation totale de -27.7% est donc la province dont les coûts en médicaments prescrits par habitant sont les moins élevés (les habitants de Colombie-Britannique économisent 27.7% sur le coût de leurs médicaments prescrits par rapport à la moyenne canadienne). Le Québec est la province avec les coûts par habitant les plus élevés en dépensant 13.4% de plus par habitant. En fait, le Québec dépense ainsi 57% de plus en médicaments prescrits par habitant par rapport à la Colombie-Britannique. En convertissant ces variations en chiffres absolus, il est possible de connaître l'impact total de ces variations sur le total des dépenses en médicaments prescrits pour chaque province en 2007.

La Colombie-Britannique économise \$701 M étant donné les variations dans ses facteurs de coûts par rapport à la moyenne canadienne, et le Québec dépense quant à lui un surplus de \$595

TABLEAU 2.2 Impact des variations standardisées selon l'âge des facteurs de coûts sur les dépenses totales en médicaments prescrits pour chaque province, 2007 (\$M)

Province	Impact total	Effet-Volume	Effet-Choix thérapeutique	Effet-Prix
C.-B.	-701	-455	-208	-38
Alb.	-89	6	-70	-24
Sask.	-92	-68	-29	6
Man.	-52	-49	-14	11
Ont.	140	274	9	-142
Qc	595	308	40	247
N.-B.	49	63	-18	5
N.-É.	41	87	-35	-11
Î.-P.-É.	1	4	-4	1
T.-N.-L.	8	34	-30	4

SOURCE Morgan et al. 2008, IMS Health Canada

M. La Colombie-Britannique est souvent présentée comme un modèle à suivre pour le reste du Canada en termes de politiques pharmaceutiques et de résultats pour la santé (Morgan et al. 2004; Therapeutics Initiative 2008). Les habitants de la Colombie-Britannique avaient non seulement les coûts en médicaments prescrits les plus bas per capita, ils utilisaient moins de médicaments que les autres Canadiens, recouraient aux options thérapeutiques les moins chères, et payaient moins cher le prix unitaire de leurs médicaments (Morgan et al. 2008 : 24). En analysant plus en détails les sources de variation, il nous sera possible de déterminer quels sont les éléments du régime de la Colombie-Britannique ou des autres provinces qui pourraient effectivement servir de modèle pour le reste du Canada.

2.3 Les résultats quant aux effets-volume

La majeure partie des variations des coûts entre les provinces est due à l'effet-volume, à savoir la différence dans la quantité de médicaments consommés par habitant (nombre de prescriptions X taille des prescriptions). Si le volume de consommation par habitant de médicaments prescrits est moins important en Colombie-Britannique (-18%), il est légèrement plus élevé

au Québec (+6.9%) par rapport à la moyenne canadienne. Terre-Neuve-Labrador (+11.7%), Nouveau-Brunswick (+14.5%) et Nouvelle-Écosse (+16.1%) restent les provinces où l'effet-volume est de loin le plus élevé.

Il faut faire très attention dans l'interprétation de ces résultats. Par exemple, le ministre de la santé du Québec, Yves Bolduc, se réjouissait du surplus de dépenses en médicaments au Québec en signalant que cela signifie que le Québec donne un meilleur accès aux médicaments par rapport aux autres provinces et que l'effet-volume positif signifie donc que les Québécois sont en meilleure santé (Dutrisac 2009). Il est toutefois périlleux d'associer les surplus de dépenses du Québec uniquement à l'effet-volume sans étendre l'analyse aux effets-choix thérapeutique et aux effets-prix.

En fait, il est aussi périlleux de considérer l'effet-volume comme un indicateur de l'accès aux médicaments, et donc de la santé de la population. Les espérances de vie en 2007 en Colombie-Britannique (81.2 ans) et en Ontario (80.7 ans) étaient supérieures à la moyenne canadienne alors que le Québec (80.4 ans) se situait en plein dans la moyenne canadienne (ICIS 2008 :40). Les Maritimes, quant à elles, avaient les espérances de vie les plus basses alors qu'elles consomment

davantage de médicaments unitaires. Une seule conclusion s'impose à cet égard, « des dépenses plus élevées en médicaments prescrits NE SONT PAS associées à un meilleur résultat sur la santé » (Therapeutics Initiative 2008, traduit de l'anglais, emphase dans l'original).

Le ministre Bolduc jugeait aussi qu'une consommation accrue de médicaments est plus économique car elle réduit les coûts dans les autres secteurs des soins de santé. Si certains nouveaux médicaments peuvent effectivement entraîner une réduction des autres dépenses médicales (Lichtenberg 2001; Karaca et Wiggins 2006), il est impossible de prétendre que, de manière générale, une plus grande consommation de médicaments va entraîner des économies en santé. Plusieurs facteurs doivent être pris en ligne de compte, tels la sur-médication, les effets adverses liés à la pluri-médication ou encore les difficultés d'observance des prescriptions sans les ressources adéquates des autres secteurs de santé (Gagnon et Poirier 2009). Comme le note explicitement l'ICIS (2009 : 39), il est impossible de déterminer si l'utilisation accrue de médicaments réduit les dépenses dans d'autres secteurs des soins de santé.

Les raisons déterminant les variations de l'effet-volume par province ne peuvent être identifiées clairement. En effet, les calculs présentés ne tiennent pas compte du niveau de santé préalable de la population, lui-même souvent déterminé par le niveau de revenu. Une baisse du niveau de revenu engendre souvent une détérioration de l'état général de santé (Association canadienne de santé publique 1997). Une augmentation des inégalités de revenu, même sans baisse absolue du revenu, peut aussi engendrer une baisse importante du niveau de santé d'une population (Wilkinson et Pickett 2009). Certains pourraient donc spéculer, par exemple, qu'une des raisons de l'effet-volume négatif pour une province pourrait être dû au meilleur état de santé général de la population, lui-même causé par un revenu plus élevé ou une moindre inégalité.

Au-delà des spéculations liées aux inégalités de revenus, certains éléments d'explication peuvent toutefois être identifiés. En Colombie-Britannique, si l'effet-volume est négatif (-18%), la proportion des dépenses personnelles pour financer le coût des médicaments ne semblent pas un obstacle important en termes d'accès aux médicaments. Au contraire, en comparant des scénarios cliniques entre les provinces pour déterminer les dépenses personnelles payées par les patients, la Colombie-Britannique faisait généralement bonne figure en termes de facilité d'accès (Demers et al. 2008). Le niveau de consommation de médicaments n'est donc pas déterminé uniquement par le niveau des quotes-parts, même si celles-ci peuvent avoir un impact important (Tamblyn et al. 2001). La Colombie-Britannique démontre qu'il est possible d'assurer un plus grand accès aux médicaments, tout en réduisant les volumes de consommation.

Des raisons culturelles peuvent expliquer en partie la moindre consommation de médicaments. Par exemple, la Colombie-Britannique connaît un fort pourcentage d'immigrants d'origine asiatique dans ses grands centres. La cartographie des médicaments prescrits montrent une plus faible consommation de médicaments par habitant dans les régions de la province connaissant une forte proportion d'immigrants, et ce, particulièrement pour certains types de médicaments tels les antidépresseurs, les benzodiazépines et les contraceptifs hormonaux (Morgan et al. 2009).

On constate aussi des effets-volume négatifs en Saskatchewan (-11.9%) et au Manitoba (-7.1%). Dans le cas de ces deux provinces, l'importance de la part des dépenses personnelles peut créer un obstacle à l'accès aux médicaments, particulièrement dans le cas des personnes âgées (Demers et al. 2008). L'Ontario (+3.7%) et l'Alberta (+0.3%) se trouvent toutes deux dans la moyenne canadienne. Au Québec (+6.9%), bien qu'un plus grand accès soit possible du fait que tous doivent être couverts par une assurance privée ou publique, il faut aussi considérer que

TABLEAU 2.3 Revenus nets moyens des familles, taux de chômage selon les provinces, et effet-volume sur la consommation de médicaments par rapport à la moyenne canadienne, 2007

	Revenu moyen après impôt des familles de 2 personnes ou plus (\$)	Taux de chômage (%)	Effet-volume pour la consommation de médicaments (%)
Canada	61,800	6	-
T.-N.-L.	50,900	13.6	11.7
Î.-P.-É.	52,600	10.3	5.6
N.-É.	54,200	8	16.1
N.-B.	50,600	7.5	14.5
Qc	54,500	7.2	6.9
Ont.	65,900	6.4	3.7
Man.	58,300	4.4	-7.1
Sask.	59,900	4.2	-11.9
Alb.	75,300	3.5	0.3
C.-B.	63,300	4.2	-18

SOURCE Statistique Canada, ICIS 2008

les quotes-parts peuvent néanmoins y représenter une forte proportion du revenu d'un travailleur. De plus, pour les Québécois qui consomment pour environ 260\$ en médicaments prescrits par année, il n'est pas rare qu'ils doivent déboursier en dépenses personnelles davantage que le coût des médicaments (Demers et al. 2008). La plus forte consommation des Maritimes est difficile à expliquer, mais il est probable que le revenu moindre et le haut taux de chômage soient les causes d'un moins bon état de santé général de la population, ce que semble confirmer les statistiques officielles puisqu'on remarque une corrélation significative entre l'effet-volume pour chaque province et leur taux de chômage ou leur revenu moyen, bien qu'aucune causalité directe ne puisse être formellement dégagée.

Effet-volume : Analyse de la taille des prescriptions

La décomposition de l'effet-volume est particulièrement surprenante dans le cas du Québec et de la Colombie-Britannique. Le volume de prescriptions par habitant au Québec, tel qu'indiqué au Tableau 2.1, est 44.7% plus élevé à la moyenne canadienne, et on prescrit deux fois plus au Québec

par rapport à la Colombie-Britannique. Toutefois, les volumes de prescriptions doivent être relativisés avec leur taille. La taille des prescriptions est légèrement plus élevée que la moyenne canadienne en Colombie-Britannique (+12.4%). Elles sont encore plus importantes dans les Maritimes (entre +14.8% et +30.1%), en Ontario (+19.2%) et en Alberta (+22.8%). Si la taille des prescriptions est plus importante, c'est parce que ces provinces acceptent de dispenser des ordonnances de 2, 3 ou 6 mois pour les prescriptions à long terme.

Au Québec, la taille des prescriptions est 37.4% moins élevée que la moyenne canadienne. La raison en est que le régime public d'assurance-médicaments du Québec oblige le renouvellement des ordonnances tous les mois, à moins d'une autorisation spéciale (par exemple, dans le cas d'un voyage à l'étranger). La RAMQ oblige donc les pharmaciens à offrir des ordonnances pour un maximum d'un mois, mais renouvelables. Les patients souffrant de condition chronique et recourant à des traitements médicamenteux à long terme, comme les antihypertenseurs (contre la haute pression) ou les statines (pour abaisser le cholestérol), doivent donc renouveler leurs ordonnances à chaque mois, uniquement à

des fins administratives⁸. Pour ces patients, des ordonnances de trois ou six mois pourraient se faire sans peine, comme cela se fait normalement dans les autres provinces sans que cela n'affecte en rien la qualité des soins. Nulle part dans la littérature médicale on ne trouve d'études qui démontrent un avantage thérapeutique quelconque à obliger le renouvellement mensuel des prescriptions pour les gens souffrant de conditions chroniques. La taille moyenne des prescriptions au Québec représente la moitié de celles du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Alberta, obligeant les pharmaciens à produire deux fois plus d'ordonnances, et donc deux fois plus de frais d'ordonnance pour dispenser la même quantité de médicaments. La seule raison justifiant cet état de fait est que le Québec, dans le cadre de son régime public d'assurance-médicaments, a voulu permettre d'assurer des franchises plus « équitables » en les établissant sur une base mensuelle qui permet de mieux répartir les coûts dans l'année. Puisque les franchises sont mensuelles, les ordonnances doivent l'être aussi, multipliant la quantité d'ordonnances et les frais qui y sont associés. On augmente artificiellement la charge de travail des pharmaciens alors que le Québec subit une grave pénurie de pharmaciens d'hôpitaux (Daoust-Boisvert 2009). L'abolition pure et simple des franchises mensuelles pourrait permettre des réductions importantes de coûts tout en soulageant au moins en partie la pénurie. Une étude récente a montré que les économies pourraient être de l'ordre de 18% des coûts des prescriptions pour les conditions chroniques (Rabbani et Alexander 2009).

En recourant à notre analyse des sources de variation standardisée selon l'âge, il faut comprendre que la différence sur les coûts des médicaments liée à la taille des prescriptions se répercute aussi sur l'effet-prix étant donné les variations sur les prix payés (incluant les frais d'ordonnance). L'effet-prix est positif pour le Québec (+5,5%) en raison du moindre recours aux génériques (+2,3%) mais aussi étant donné

que le prix d'un même médicament est plus élevé au Québec par rapport à la moyenne canadienne (+3,2%). Cet état de fait est surprenant pour le Québec puisque cette province a mis en place une clause de la province la plus favorisée, ce qui lui permet d'exiger que, pour être remboursé par le régime public d'assurance-médicaments, un médicament doit coûter au maximum l'équivalent du meilleur prix offert dans le reste du Canada. L'effet-prix positif de 3,2% semble donc représenter beaucoup plus les différences dues aux frais d'ordonnance étant donné la taille réduite des prescriptions, qu'une variation dans les prix de sortie-usine des médicaments. Morgan et al. (2005 : 11) considèrent en effet que les différences de prix pour un même médicament sont d'abord déterminées par les variations sur les frais d'ordonnance. En fait, étant donné la politique du Québec exigeant le meilleur prix disponible au Canada pour chaque manufacturier, l'effet-prix pour la différence de prix entre mêmes médicaments, excluant les frais d'ordonnance, devrait normalement être nul ou négatif pour le Québec. Ainsi, si l'abolition des franchises mensuelles permettait au Québec d'avoir des tailles de prescription équivalente à la moyenne canadienne, en se reportant au Tableau 2.2, il est possible de déterminer que le Québec économiserait au moins \$144 M étant donné la fin de la multiplication inutile des frais d'ordonnance.

Effet-volume d'un régime public universel d'assurance-médicaments

L'effet-volume serait la seule composante augmentant les coûts pour un régime public universel d'assurance-médicaments par rapport au système actuel. L'élimination des quotes-parts accroîtrait l'accès aux médicaments, ce qui accroîtrait aussi la consommation. Tamblyn et al. (2001) ont montré que l'introduction de quotes-parts dans le régime d'assurance-médicaments du Québec en 1996–1997 a fait diminuer l'utilisation de médicaments essentiels de 9 % et 14 % pour les personnes âgées et pour les personnes bénéficiant

de l'aide sociale, et de 15 % et 22% la consommation de médicaments non essentiels. On peut faire l'hypothèse que le retrait des quotes-parts aurait l'effet inverse. Toutefois, l'étude de Tamblyn et al. (2001) étudie l'impact sur les populations les plus fragiles économiquement et on peut croire que l'impact serait moindre sur la population en général. On peut estimer, par exemple, que la consommation n'augmenterait que de 5% pour ceux qui sont déjà couverts par une assurance privée puisqu'ils sont normalement dans un meilleur état de santé que ceux desservis par des régimes publics (Lexchin 2001). Quant à ceux ne bénéficiant d'aucune assurance, en recourant aux données portant sur les personnes bénéficiant du Medicare aux États-Unis, il est possible d'estimer que leur consommation augmenterait d'environ 20% (Lexchin 2001; Lillard & al. 1999). Néanmoins, plusieurs personnes assurées sous les régimes publics provinciaux n'ont actuellement aucune quote-part (voir appendice 1), et leur consommation n'augmenterait donc pas. Dans les modèles de simulation d'introduction d'un régime public universel d'assurance-médicaments, on estimait à partir des études disponibles (Smith 1993; Tamblyn et al. 2001) qu'un tel régime occasionnerait une hausse de la consommation d'environ 10% (Palmer d'Angelo Consulting Inc. 1997; 2002). Cette estimation reste généreuse et ne prend pas en compte que certains pays avec des régimes publics universels d'assurance-médicaments avec de plus faibles quotes-parts, comme la Suède ou le Royaume-Uni (voir Figure 3.4), ont un volume de consommation par capita pratiquement identique à celui du Canada. Toutefois, dans le but de rester le plus conservateur possible en termes d'économies que réaliseraient un régime public universel d'assurance-médicaments pour le Canada, nous adopterons l'hypothèse généreuse d'une forte hausse de la consommation si on mettait fin aux quotes-parts. En cas d'introduction d'un régime universel d'assurance-médicaments, nous considérons donc que l'effet-volume global pour l'ensemble du Canada serait de +10%.

2.4 Analyse de l'effet-choix thérapeutique

L'effet-choix thérapeutique repose sur le choix des traitements préconisés pour une même condition, que ce soit au niveau du choix de l'option thérapeutique (choix entre les catégories thérapeutiques de médicaments pour soigner une même condition) ou au niveau des options médicamenteuses (choix d'un médicament spécifique dans une même classe thérapeutique). Selon le Tableau 2.1, l'effet choix-thérapeutique est négatif pour l'ensemble des provinces, mis à part l'Ontario (+0.1%) et le Québec (+0.9%). Deux raisons principales peuvent expliquer les variations dans l'effet-choix thérapeutique : 1-la recherche du plus faible coût par les patients de moindre revenu avec quotes-parts pour soigner leurs conditions, ou 2-l'existence d'éléments institutionnels permettant aux médecins de favoriser les choix thérapeutiques ayant un meilleur rapport coût/efficacité.

L'impact de la première raison reste difficile à évaluer puisqu'elle présuppose que les patients et les médecins connaissent le prix des médicaments, ce qui n'est normalement pas le cas (Allan et al. 2007). Toutefois, il n'est pas possible d'écarter la recherche d'un plus faible coût comme pouvant expliquer en partie ces différences. Par exemple, il est possible que cette raison puisse expliquer en partie les effets-choix thérapeutique fortement négatifs pour les provinces Maritimes. Toutefois, les éléments institutionnels restent la principale raison pouvant expliquer la réduction des coûts des médicaments grâce à un choix thérapeutique optimal en termes de coût/efficacité. Les principaux éléments institutionnels permettant d'améliorer les choix thérapeutiques sont le recours à un processus d'évaluation clinique et pharmaco-économique des nouveaux médicaments afin d'évaluer lesquels devraient être remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments. Au Canada, pour obtenir l'autorisation de commercialisation d'un médicament auprès de Santé Canada, une firme doit

seulement démontrer l'innocuité du médicament pour l'usage pour lequel il a été reconnu, et sa plus grande efficacité par rapport à un placebo. Une firme peut donc commercialiser un médicament même s'il s'avère moins efficace que les médicaments déjà sur le marché pour traiter une même condition. Une évaluation pharmaco-économique des nouveaux médicaments est donc essentielle pour déterminer s'ils doivent être remboursés, ou non, par les régimes publics d'assurance-médicaments en déterminant si leurs bénéfices thérapeutiques justifient leurs coûts. Bien que les processus d'évaluation pharmaco-économique des médicaments ne s'appliquent qu'aux régimes publics d'assurance-médicaments (le coût des évaluations pharmaco-économiques est trop élevé pour les régimes privés), elles mettent en place des habitudes de prescriptions chez les médecins qui se répercutent dans les régimes privés.

Colombie-Britannique :

Le cas du Therapeutics Initiative

La Colombie-Britannique fait figure de pionnière à cet égard avec la mise sur pied en 1994 du Therapeutics Initiative (TI), un groupe académique de recherche de l'Université de la Colombie-Britannique qui a su développer très tôt une expertise canadienne pour évaluer l'efficacité thérapeutique et le rapport coût/efficacité à partir d'une médecine basée sur les preuves (Morgan et al. 2004). Bien que le TI soit un regroupement académique entièrement indépendant, le gouvernement de la Colombie-Britannique, dirigé par un parti social démocrate majoritaire de 1991 à 2001, a choisi de supporter financièrement le TI afin d'appliquer les recommandations de ces experts académiques au régime public d'assurance-médicaments, PharmaCare, ce qui a permis d'établir les coûts des médicaments en fonction de produits de référence. Le recours à des prix de référence permet au régime d'assurance-médicaments de ne rembourser que le coût du médicament de référence pour chaque catégorie thérapeutique.

Ce médicament est normalement le moins cher de chaque catégorie.

Le TI a été fortement critiqué à ses débuts puisqu'il entravait l'acceptation automatique des remboursements de nouveaux médicaments par le régime public, comme c'était le cas auparavant. Perçu comme un groupe défavorable aux intérêts des firmes pharmaceutiques dominantes, il a dû faire face à plusieurs menaces de recours légaux, à une campagne de publicité négative et à des menaces de la part de l'industrie qu'une telle organisation conduirait à une baisse importante des investissements biopharmaceutiques en Colombie-Britannique. Toutefois, en établissant une méthode rigoureuse d'évaluation par les preuves et en ne recourant qu'aux données des essais cliniques réalisés avec les plus hauts standards de la recherche, le TI est devenu un exemple national de la médecine fondée sur les preuves en ce qui a trait aux prescriptions pharmaceutiques. Encore aujourd'hui il est considéré par plusieurs comme étant la seule source critique d'évaluation des nouveaux traitements au Canada qui n'est pas entaché de politique ou de partisanerie (Times Colonist 2009).

Le TI ne permet pas seulement de réduire les coûts, il améliore aussi la qualité des soins. Par exemple, l'évaluation pharmaco-économique par le TI en 1999 des inhibiteurs COX-2⁹ s'est avérée très défavorable pour ces médicaments. Suite aux rapports du TI, PharmaCare a imposé des restrictions importantes pour le remboursement de ce nouveau médicament, très cher par rapport aux autres anti-inflammatoires. Grâce à ces restrictions, les Britanno-Colombiens ont dépensé 8\$ de moins par habitant par année leurs anti-inflammatoires par rapport aux autres Canadiens, réduisant les ventes des inhibiteurs COX-2 d'environ \$40 M par année (Morgan et al. 2004 : 273). Par le fait même, les habitants de Colombie-Britannique ont beaucoup moins souffert que les autres Canadiens des effets adverses du Vioxx avant son retrait du marché en novembre 2004.

En moyenne, on évalue que l'expertise du TI a permis une réduction des coûts du programme de PharmaCare de 14% par année (Morgan et al. 2004 : 274), non pas en diminuant la qualité des soins, mais en l'améliorant. L'exemple de TI a été suivi dans la plupart des provinces qui recourent dorénavant à une forme ou une autre d'évaluation pharmaco-économique des médicaments pour déterminer s'ils seront remboursés par les régimes publics.

Mais si le TI a été un succès, ce n'est pas seulement parce que PharmaCare a recouru à ses analyses pour décider si un nouveau médicament allait se retrouver sur les formulaires de la province. Le TI avait une publication reconnue, le *Therapeutics Newsletter*, pour informer les médecins des meilleures pratiques fondées sur les preuves et offrait des services de formation médicale continue sur les choix rationnels de traitements médicamenteux. La dissémination de la connaissance est un aspect essentiel du succès d'un tel programme d'évaluation pharmaco-économique des médicaments. La capacité de diffuser l'information et le savoir-faire est centrale pour la réussite d'un tel programme, par exemple par la formation médicale et la mise en place de guides cliniques crédibles, prenant en compte le rapport coût-efficacité, afin de pouvoir influencer significativement sur les habitudes de prescriptions des médecins (Jacob 2009 : 29).

On peut ainsi considérer qu'en Colombie-Britannique le TI a grandement participé à l'établissement d'une culture médicale où les professionnels de la santé recourent davantage à la médecine par les preuves et se laissent moins influencer par la promotion pharmaceutique faite par les firmes auprès des médecins. Par exemple, pour éviter l'influence induite sur les médecins par la promotion pharmaceutique, la Colombie-Britannique a interdit expressément aux pharmaciens de publier à des fins commerciales les renseignements qui permettraient de connaître les habitudes de prescription des médecins individuels¹⁰. Cette pratique de publi-

cation à des fins commerciales, courante dans les autres provinces, permet normalement aux firmes pharmaceutiques de connaître exactement, par l'entremise de la firme IMS Health, le profil de prescriptions des médecins individuels et leur évolution dans le temps. Cette capacité permet de mener des campagnes promotionnelles extrêmement efficaces pour influencer indument les habitudes de prescription des médecins.

Depuis l'arrivée au pouvoir des Libéraux en 2001, le ministre de la santé a tenté à quelques reprises de démanteler le TI. Les contributions politiques importantes des firmes pharmaceutiques au Parti Libéral en Colombie-Britannique peuvent expliquer en partie cette volonté de mettre fin aux activités du TI (Times Colonist 2009). Toutefois, la réputation et le support dont jouissait cette organisation dans le monde médical avait constamment forcé le ministre à reculer. Il y a deux ans, le ministre de la santé a mis sur pied un Pharmaceutical Task Force pour lui soumettre des recommandations quant aux modifications à apporter. Le tiers des membres du Pharmaceutical Task Force était des représentants de l'industrie pharmaceutique. Parmi les 12 recommandations, on demandait le démantèlement du TI, ou, s'il devait être maintenu, il fallait s'assurer de transformer de fond en comble la gouvernance du TI, réduire son influence sur le régime public d'assurance-médicaments et mettre fin à ses activités d'éducation et de dissémination des connaissances (Ministry of Health 2008). En décembre 2009, le ministre de la santé de la Colombie-Britannique annonçait la fin du financement direct du TI. La subvention annuelle de \$1 M pour le TI sera plutôt donnée à la Faculté de médecine de l'Université de Colombie-Britannique (dont le TI était indépendant), qui devra décider si oui ou non elle continue de financer le TI. La faculté de médecine de UBC reçoit annuellement environ \$25 M de financement des firmes pharmaceutiques et n'est donc pas à l'abri des pressions de cette industrie (Times Colonist 2009).

Le Programme Commun d'Évaluation des Médicaments

Le grand succès de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques de 2004 est d'avoir élargi le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), créé en 2003, qui inclut désormais l'ensemble des provinces canadiennes, sauf le Québec (Conseil canadien de la santé 2009b : 4). Le PCEM est un processus national centralisé d'évaluation des médicaments, s'inspirant en partie du TI. Il permet à chacune des provinces de ne plus devoir faire elles-mêmes leurs propres analyses des nouveaux médicaments, leur permettant d'économiser sur le coût des évaluations. Le PCEM démontre la possibilité de collaborer quant aux politiques des médicaments entre les provinces. L'implantation du PCEM a aussi permis de réduire le temps moyen d'attente pour inscrire les nouveaux médicaments sur les formulaires des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments de 552 jours en 2004 à 455 jours en 2006, réduisant d'autant les disparités d'attente entre les provinces (Skinner and Rovere 2009 : 16)¹¹.

Toutefois, le PCEM est un organisme qui agit seulement à titre consultatif. Ses recommandations ne sont pas systématiquement entérinées par les régimes provinciaux publics d'assurance-médicaments. Les décisions finales d'accepter ou non un médicament sur les formulaires reviennent aux provinces, respectant le fait que la santé est une juridiction provinciale. Normalement, lorsque les experts du PCEM déposent une recommandation négative pour un médicament, elle est suivie par l'ensemble des provinces. Les décisions des provinces sont en accord avec les recommandations environ 90% du temps (Fiona et al. 2009 : 1438). Malgré que les décisions du PCEM ne soient pas obligatoires, cette flexibilité est peut-être nécessaire dans la fédération canadienne où les décisions en santé relèvent des provinces, où les capacités budgétaires ne sont pas toujours les mêmes. Si toutes les provinces, sauf le Québec, recourent au PCEM, les variations dans l'effet-

choix thérapeutique entre les provinces sont dues en partie aux disparités dans l'interface décisionnelle entre les provinces et le PCEM. Il faut non seulement que le processus centralisé d'évaluation soit efficace, ce qui semble être le cas, il faut aussi que les autorités provinciales soient en mesure d'évaluer localement les recommandations en vue de les appliquer ou pas selon les priorités de la province (McMahon et al. 2006). Par exemple, les Maritimes recourent à un processus d'évaluation commun, le Atlantic Common Drug Review, les provinces des Prairies ont chacune leur comité d'expertise et l'Ontario possède son Drug Quality and Therapeutics Committee. Les différences entre ces comités expliquent en partie les disparités dans les effet-choix thérapeutique entre provinces.

Une autre limite du PCEM est qu'il n'évalue que les nouveaux médicaments considérés réellement innovateurs, comme par exemple les nouvelles entités chimiques. Il n'évalue pas les extensions de série (me-too drugs) ou les nouvelles indications pour un médicament déjà approuvé. Le PCEM a toutefois mis en place des projets pilotes afin de commencer à procéder à de telles analyses.

Une autre limite importante du PCEM est la difficulté de disséminer l'information. Il ne s'agit pas seulement de décider si un médicament doit être remboursé, avec ou sans restriction, il faut aussi éduquer les médecins et mettre en place des pratiques consistantes avec les données cliniques. Il faut donc former les médecins et produire des guides cliniques qui prennent en compte le rapport coût/efficacité. Jusqu'à présent, c'est la principale faiblesse du PCEM. Malgré toute la bonne volonté de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, responsable du PCEM, les ressources mises en place pour la diffusion de l'information visant à modifier les habitudes des médecins restent limitées, et l'Agence n'est pas parvenue, jusqu'à présent, à transformer la culture médicale pour implanter une culture de la médecine fondée

TABLEAU 2.4 Pourcentage des nouveaux médicaments remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments de chaque province, 2004-2006

	2004	2005	2006
T.-N.-L.	19.6	21.4	30.2
Î.-P.-É.	17.4	16.7	20.9
N.-É.	17.4	16.7	32.6
N.-B.	21.7	21.4	37.2
Ont.	15.2	9.5	16.3
Man.	17.4	9.5	16.3
Sask.	26.1	16.7	27.9
Alb.	17.4	4.8	20.9
C.-B.	15.2	4.8	11.6
Québec	37	31	41.9
Moyenne pour Canada sauf Québec	18.6	13.5	23.8

SOURCE Skinner et Rovere (2009), Brogan Inc.

sur les preuves. Cette différence de culture chez les médecins des différentes provinces explique aussi, en partie, les variations dans l'effet-choix thérapeutique.

Le Conseil du Médicament du Québec

Le Québec se distingue du reste du Canada par son refus à intégrer le PCEM. Le Québec, en voulant encourager de toutes les manières possibles la croissance de l'industrie pharmaceutique sur son territoire, autorise normalement le remboursement d'un plus grand nombre de médicaments, ce qui peut expliquer aussi son refus à se joindre au processus plus exigeant du PCEM¹² (McMahon et al. 2006 : 347). Pourtant, il a été démontré que l'implantation d'un processus d'évaluation des médicaments plus stricts en termes de coût/efficacité ne conduit pas à une réduction des investissements biopharmaceutiques, malgré les menaces formulées par l'industrie (Morgan et Cunningham 2008).

Le Québec a mis sur pied son propre Conseil du Médicament en 2003. Cet organisme évalue chaque médicament pour recommander ensuite leur approbation sur les formulaires du régime général d'assurance-médicaments. Les analyses du Conseil du Médicament ne sont pas plus laxis-

tes que celles du PCEM, mais l'environnement politique amène à interpréter de manière plus favorable à l'industrie les résultats des évaluations. À la demande du ministre de la santé, des médicaments peuvent être ajoutés à la liste des médicaments remboursés par le régime public malgré des résultats défavorables par l'évaluation pharmaco-économique du Conseil du Médicament. De plus, lorsque les résultats sont mitigés, le Conseil accepte plus facilement l'inscription des médicaments pour remboursement, moyennant toutefois certaines conditionnalités. Ainsi, chaque année, le Québec accepte de rembourser environ deux fois plus de nouveaux médicaments que dans les autres provinces.

Il devient donc évident pourquoi l'effet-choix thérapeutique est le plus élevé au Québec (+0.9%). Si le Québec recourait aux mêmes choix thérapeutiques que la moyenne canadienne, il pourrait économiser \$40 M par année (voir Tableau 2.2), et \$404 M par année si ces choix correspondaient à ceux de la Colombie-Britannique (-8.2%). Les décideurs politiques du domaine de la santé au Québec ont constaté le problème et déploient des efforts pour y remédier. Par exemple, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec a

déposé un projet de loi en novembre 2009¹³ pour créer un Institut national d'excellence en santé et services sociaux quelque peu basé sur le modèle du NICE en Angleterre (Comité d'implantation de l'INESSS 2008) et qui remplacera l'actuel Conseil du médicament. Il est permis d'espérer que le Québec pourra ainsi rattraper son retard quant aux choix thérapeutiques assurant un meilleur rapport coût/efficacité et en réfrénant les influences politiques. Toutefois, l'espoir d'un INESSS efficace permettant d'établir des habitudes de prescription plus rationnelles au Québec sera confronté au fort lobby de l'industrie pharmaceutique. En octobre 2009, le Québec annonçait la mise sur pied d'un « forum permanent d'échange » entre l'industrie et le Ministère de la santé et services sociaux, permettant à l'industrie pharmaceutique de contourner toutes les lois en vigueur sur le lobbying. Les regroupements de l'industrie BioQuébec et Rx&D se sont réjouis de la mise en place d'un tel forum qui allait « améliorer l'intégration des nouveaux médicaments » au régime d'assurance médicaments (Presse Canadienne 2009).

La nécessité d'un processus rigoureux d'évaluation des médicaments

Afin d'améliorer la qualité de la pratique médicale et afin de contenir les coûts indus par la promotion de médicaments onéreux offrant des bénéfices thérapeutiques limités ou nuls, un régime public universel d'assurance-médicaments devra nécessairement se doter d'un programme d'évaluation pharmaco-économique des médicaments. Ce programme ne devra pas seulement émettre des recommandations, il devra aussi chercher à transformer les habitudes et les pratiques médicales afin d'inculquer une culture de la médecine basée sur les preuves.

Cet élément ne va pas de soi. L'industrie pharmaceutique a exprimé souvent et clairement son désaccord, voire son hostilité, avec tous types de processus d'évaluation des médicaments basée sur les preuves, particulièrement si les coûts sont

évalués à partir de médicaments de référence (Morgan et Cunningham 2008). L'industrie préfère évidemment ne pas avoir d'obstacles institutionnels pour promouvoir leurs nouveaux médicaments directement aux médecins. Sachant qu'aux États-Unis l'industrie pharmaceutique dépense en promotion auprès des médecins en moyenne \$61 000 par médecin (Gagnon et Lexchin 2008), on peut s'attendre que l'industrie dépense des sommes proportionnelles au Canada. Instaurer une culture de la médecine fondée sur les preuves dans la profession médicale à l'ensemble du Canada demanderait un leadership et une volonté institutionnelle forte avec par exemple la mise en place d'un système national de formation médicale continue financé par les fonds publics et promouvant la médecine basée sur les preuves, comme le réclamait fermement le rédacteur-en-chef du CMAJ, la revue de l'Association Médicale Canadienne (Hébert 2008). Par exemple, l'Australie, considérée un chef de file de la médecine fondée sur les preuves, a mis en place un programme national, indépendant et financé publiquement pour l'éducation médicale continue de ses professionnels de la santé par l'entremise de l'organisme sans but lucratif National Prescribing Service. Nous sommes loin d'un tel état de fait au Canada puisque, à l'encontre des recommandations du CMAJ sur le financement de l'éducation médicale continue, l'Association Médicale Canadienne a plutôt annoncé en décembre 2009 la mise sur pied d'un programme national de formation médicale continue, en partenariat avec Pfizer (Weeks 2009).

Si le reste du Canada pouvait s'inspirer de l'exemple de la Colombie-Britannique quant à la mise en place des structures institutionnelles permettant d'assurer un choix plus rationnel des médicaments et de transformer la culture médicale pour l'orienter davantage sur une médecine fondée sur les preuves, le Canada pourrait ainsi économiser environ 8% des coûts en médicaments prescrits. Puisque les coûts en médicaments prescrits en 2008 au Canada étaient \$25,1 Md (ICIS

TABLEAU 2.5 Politiques des régimes publics pour rembourser les médicaments et fixer les frais

	Remboursement	Politiques additionnelles	Prix spéciaux
C.-B.	Coût d'acquisition courant	Marges du grossiste (plafond de 7%) Frais d'ordonnance (avec plafond maximal)	Prix de référence (5 classes thérapeutiques) Coût le moins cher parmi les génériques
Sask.	Coût d'acquisition courant	Marges bénéficiaires (de 10% à 30%) Frais d'ordonnance (plafonnés à 8,21\$)	Coût le moins cher parmi les génériques Contrat d'appel d'offre pour les génériques
Alb.	Coût d'acquisition courant	Frais professionnels (de 10.22\$ à 20.94\$) Allocation d'inventaire (de 0.71\$ à 5.03\$)	Coût le moins cher parmi les génériques Prix de référence pour produits similaires Prix du générique plafonné à 45% du prix de l'original
Man.	Coût d'acquisition courant	Frais professionnels	
Ont.	Prix courant	Frais d'ordonnance (plafonnés à 20% ou 7\$) Marges de 8% sur tous produits	Accords Prix-volume avec manufacturier Prix du générique plafonné à 50% du prix de l'original
Qc	Coût d'acquisition courant; Règle de la province la plus favorisée	Marge courante du grossiste (plafonnée à 20\$ pour les médicaments onéreux) Frais de pharmacien plafonnés à 20%	Coût le moins cher parmi les génériques (après règle des 15 ans) Prix du générique plafonné à 60% du prix de l'original
N.-B.	Coût d'acquisition courant	Frais d'ordonnance (de 8,40\$ à 161\$)	
N.-É.	Coût d'acquisition courant	Frais professionnels (de 10.42\$ à 15.64\$); 10% pour certains produits	
Î.-P.-É.	Prix courant		
T.-N.-L.	Prix courant		

SOURCE Paris et Docteur 2006; Morgan et al. 2003; Hollis 2009; sites web des régimes provinciaux d'assurance-médicaments

2009 : 62), cela représenterait une économie de \$2 Md par année. Un régime public universel d'assurance-médicaments faciliterait la mise en place de telles structures en faisant en sorte que seuls les médicaments prouvés efficaces par rapport à leurs coûts, et par rapport aux autres médicaments de référence, puissent être remboursés au Canada. Cela enverrait un incitatif financier clair pour l'industrie pharmaceutique afin qu'elle produise davantage de médicaments véritablement novateurs, plutôt que de produire des imitations de médicaments déjà existants qui connaissent des ventes importantes davantage en raison de l'efficacité des campagnes promotionnelles, plutôt qu'en raison de l'efficacité thérapeutiques des médicaments.

2.5 Résultats quant aux effets-prix

Les prix de détail des médicaments varient selon les régimes publics et privés d'assurance-médicaments. Les prix des régimes publics sont déterminés selon des formules incluant le prix d'acquisition des produits, les marges des grossistes et des pharmaciens, ainsi que les frais d'ordonnance. Les formules de détermination des prix varient selon les provinces (Tableau 2.5).

Les effets-prix connaissent une variation moins importante de province en province que pour les autres catégories de variation. Selon le Tableau 2.1, ils varient de -2.1% en Nouvelle-Écosse à +5.5% au Québec. Ces variations peuvent être décomposées en plusieurs facteurs, soit les

disparités dans le recours aux génériques, et les différences dans les prix payés pour un même médicament. Les différences dans les prix pour un même médicament peuvent être décomposées à leur tour selon les différences dans les prix des médicaments brevetés, les différences dans les prix des médicaments génériques, les frais d'ordonnance et les marges des grossistes.

Effet-prix par le recours aux génériques

Les médicaments brevetés profitent de la protection des brevets, leur donnant un pouvoir monopolistique sur la vente du médicament. Les médicaments brevetés jouissent d'une protection de 20 ans. Mais, après avoir breveté une molécule, il faut en moyenne 7 ans pour développer le médicament sous une forme convenable, obtenir les autorisations de Santé Canada et mettre le médicament sur le marché. Ce qui ne laisse qu'une durée moyenne de vie efficace pour les brevets de 13 ans après la commercialisation du produit (Paris et Docteur 2006 : 42). Une fois le brevet expiré, les concurrents peuvent reproduire le médicament et le commercialiser sous une forme générique à un prix inférieur. En 2007, le prix moyen d'une prescription d'un médicament breveté au Canada était \$64.20 alors que le prix moyen d'une prescription d'un médicament générique était \$26.28. Si une province recourt davantage aux génériques qu'aux médicaments brevetés, elle peut donc bénéficier d'économies substantielles.

En 2007, les génériques représentaient 49.2% des prescriptions en volume, et 21.4% des prescriptions en valeur, le reste étant uniquement les médicaments brevetés ou des médicaments de marque non-brevetés (ACMG 2008). En termes de variation des coûts due aux disparités dans le recours aux génériques, le Québec (+2.3%) se démarque de nouveau du reste du Canada puisque c'est la province qui recourt le moins aux génériques.

Cette différence marquée au Québec s'explique par la règle des 15 ans. En moyenne, un

TABLEAU 2.6 Pourcentage des prescriptions génériques (en volume) par province, 2007

	%
T.-N.-L.	52
Î.-P.-É.	52
N.-É.	52
N.-B.	56
Ont.	49
Man.	54
Sask.	52
Alb.	51
C.-B.	55
Québec	42
Moyenne pour Canada sauf Québec	53

SOURCE IMS Health CompuScript

médicament breveté aura l'exclusivité du marché pendant 13 ans avant l'entrée des concurrents génériques (Paris et Docteur 2006: 42). Une fois expirée les protections commerciales, la plupart des provinces, dont le Québec, ne rembourseront que le coût de la version générique la moins chère du médicament. Toutefois, en vue de mieux attirer les investissements pharmaceutiques, le Québec accorde un privilège à l'industrie des médicaments brevetés en remboursant les médicaments brevetés à leur plein prix pendant 15 ans, même si le brevet est expiré (OCDE 2008 : 141). La variation des coûts des médicaments prescrits due à ce moindre recours aux génériques est de l'ordre de +2.3% par habitant. Cette variation permet d'évaluer de manière précise l'impact économique de la règle des 15 ans, trop souvent sous-évaluée par le ministère des finances du Québec (i.e. Bahan et al. 2005). En convertissant cette variation en chiffres absolus en recourant au Tableau 2.2, on constate que, si le Québec avait fait comme les autres provinces en abrogeant ce privilège accordé à l'industrie, il aurait économisé \$102 M en 2007¹⁴.

Effet-prix par les frais d'ordonnance et marges des grossistes

Nous ne savons que bien peu de choses sur les frais d'ordonnance et les marges des grossistes. Les différences dans les marges des grossistes ne sont pas connues entre les provinces canadiennes, et on ne peut savoir si les marges sont différentes pour les médicaments remboursés par un régime public. On estime que les marges des grossistes sont en moyenne de 5 à 7,5% pour l'ensemble du Canada (OCDE 2008 : 46; Hollis 2009 : 23). La question des frais d'ordonnance est elle-aussi assez problématique car il est difficile de déterminer le montant des frais d'ordonnance selon les provinces, et selon les régimes d'assurance-médicaments. Le problème du manque de données est si important que le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB) a entrepris une large enquête sur la question des frais d'ordonnance au Canada. Les résultats de l'enquête doivent normalement être publiés en 2010.

Nous avons déjà montré comment la plus petite taille des prescriptions au Québec occasionnait une multiplication de frais d'ordonnance inutiles, de l'ordre de \$144 M par année. Toutefois, les chiffres partiels montrent que les régimes privés d'assurance-médicaments, ainsi que les personnes non-assurées dépensent davantage en frais d'ordonnance pour une prescription que les régimes publics. Selon une étude simulant la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicament (Palmer D'Angelo Consulting Inc. 1997), un tel régime ferait passer les frais d'ordonnances totaux de 23,7% de l'ensemble des coûts en médicaments prescrits à 21,7%. Cette économie de 2% sur l'ensemble des coûts aurait représenté une économie de \$502 M pour l'ensemble du Canada en 2008. Un régime public universel d'assurance-médicaments, en réduisant le pourcentage des coûts dus aux frais d'ordonnance et en abrogeant les franchises mensuelles, pourrait donc économiser \$646 M par année, tout en réduisant la pénurie des pharmaciens d'hô-

pitaux au Québec par la réduction de la charge de travail générale des pharmaciens.

Effet-prix par le prix des médicaments brevetés

Les prix des médicaments brevetés est encadré au Canada par le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB). Cet organisme est un tribunal quasi-judiciaire qui exerce un contrôle sur les prix départ-usine de tous les médicaments brevetés. Depuis 1987, le mandat du CEPMB est d'agir en quelque sorte comme chien de garde pour empêcher une trop forte hausse des prix des médicaments brevetés et plafonne les prix pour tous les médicaments brevetés vendus au Canada, remboursés ou non par un régime public. Les prix des médicaments sont fixés à partir de quatre lignes directrices¹⁵ :

1. Les prix des médicaments brevetés constituant une découverte sont limités à la médiane des prix pratiqués pour ce même médicament dans les pays industrialisés nommés dans le *Règlement sur les médicaments brevetés* (ces pays sont la France, l'Allemagne, l'Italie, la Suède, la Suisse, le Royaume Uni et les États-Unis).
2. Les prix des nouveaux médicaments brevetés qui ne constituent pas une découverte importante (normalement ce sont des extensions de série sans avancée thérapeutique) sont limités au coût de la pharmacothérapie à l'aide des médicaments existants alors utilisés pour traiter la même condition.
3. Les prix des médicaments brevetés existants ne peuvent augmenter davantage que l'Indice des prix à la consommation (IPC).
4. De plus, le prix canadien d'un médicament breveté ne peut sous aucune considération être le plus élevé des prix pratiqués dans le monde.

Les règles du CEPMB assurent une certaine homogénéité des prix des médicaments brevetés dans l'ensemble du Canada, diminuant d'autant les variations en termes d'effet-prix pour les médicaments brevetés. Les plafonds des prix pour les médicaments brevetés constituant une découverte sont fixés en référence aux prix de pays comparateurs. Toutefois, en vue de permettre un plus grand investissement pharmaceutique sur le territoire canadien, le CEPMB utilise comme comparateur les pays avec une forte présence de l'industrie pharmaceutique sur leur territoire, et dont le prix moyen à la sortie-usine est normalement beaucoup plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE, incluant les quatre pays où les prix sont les plus chers au monde: États-Unis, Suisse, Suède et Allemagne. Pour l'ensemble du Canada, la réglementation des prix est donc organisée de sorte de pouvoir offrir un prix normalement le quatrième plus cher au monde afin d'accroître l'investissement biopharmaceutique dans la recherche et développement (R&D) au Canada. Bref, les Canadiens paient leurs médicaments plus chers afin d'accroître les revenus de l'industrie pharmaceutique et leur investissement en R&D. De 1998 à 2008, on remarque toutefois, une baisse marquée des investissements en R&D des firmes pharmaceutiques brevetées par rapport à leurs ventes sur le territoire. Leur ratio des dépenses en R&D par rapport aux ventes au Canada est passé de 11.5% en 1998 à 8.1% en 2008 (CEPMB 2009 : 41). Permettre une croissance injustifiée des coûts en médicaments brevetés en offrant artificiellement des prix plus généreux ne semble donc pas offrir un « retour sur l'investissement » intéressant pour l'ensemble des Canadiens. Le choix d'autres pays comparateurs pourrait être très avantageux pour le Canada. Par exemple, le CEPMB (2006) a procédé à quelques comparaisons bilatérales des prix des médicaments brevetés entre le Canada et d'autres pays de l'OCDE jugés comparables, nous permettant de constater qu'un choix légèrement différent des pays com-

parateurs aurait pu conduire à des économies substantielles pour le Canada.

La comparaison des ratios des dépenses en R&D par rapport aux ventes dans chaque pays montre que la politique du CEPMB d'utiliser uniquement des pays comparateurs avec une forte présence pharmaceutique est un échec. La médiane des prix moyens des pays comparateurs est 96%, alors que la médiane des prix moyens serait 85% si le CEPMB incluait les autres pays comparables à son analyse. Si, pour calculer le plafond des prix des médicaments brevetés au Canada, le CEPMB avait aussi utilisé tous les pays comparables ci-haut plutôt que de s'en tenir aux 7 comparateurs désignés, le prix moyen des médicaments brevetés serait environ 11% moins cher. Puisque les ventes de médicaments brevetés aux prix départ-usine étaient \$13 Md en 2008 (CEPMB 2009 : 23), cela aurait permis une économie de \$1.43 Md en médicaments brevetés au Canada. Des économies encore plus substantielles seraient possibles si le CEPMB choisissait de se comparer uniquement aux pays dont les prix sont les plus compétitifs.

Effet-prix par le prix des médicaments génériques

Les prix des médicaments génériques peuvent aussi causer des variations dans l'effet-prix dû aux prix payés pour un même médicament, quoiqu'il soit difficile de mesurer précisément ces variations entre provinces. Contrairement, aux médicaments brevetés, les prix des médicaments génériques ne sont pas encadrés par le CEPMB. Ce manque d'encadrement fait en sorte que les pratiques liées à la distribution des médicaments sont très opaques, même pour les agences canadiennes de réglementation.

Il semble que le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments génériques soient particulièrement inefficaces au Canada et ce, dans l'ensemble des provinces. Le Canada fait ainsi mauvaise figure, même en comparaison des États-Unis, souvent cités comme le pays avec les

TABLEAU 2.7 Comparaison du Canada avec pays comparables utilisés ou non comme pays de référence par le CEPMB

Pays	Prix moyens des médicaments brevetés d'autres pays par rapport à ceux du Canada, 2005 (Taux de change du marché)	Dépenses en R&D par rapport aux ventes domestiques en prix départ-usine, 2006-2007
Canada	100%	8.1%
Pays comparables utilisés par CEPMB		
Allemagne	96%	22.1%
États-Unis	169%	19.4%
France	85%	16.4%
Italie	75%	6.8%
Royaume-Uni	90%	39.8%
Suède	97%	30.7%
Suisse	109%	105%
Pays comparables non-utilisés par CEPMB		
Autriche	78%	15.8%
Australie	78%	10.9%*
Finlande	88%	12.9%
Pays-Bas	85%	10.9%
Nouvelle-Zélande	79%	n/a
Espagne	73%	6.7%

* Données pour 2005-2006

SOURCES CEPMB 2006a; CEPMB 2009; EFPIA 2009; Medicines Australia

TABLEAU 2.8 Comparaison du niveau de prescription par catégorie et leur prix moyen par rapport au Canada, 2007

	Part des prescriptions brevetées, en volume	Prix moyen des brevetés par rapport au Canada	Part des prescriptions génériques, en volume	Prix moyen des génériques par rapport au Canada
Canada	52%	100%	48%	100%
États-Unis	33%	212%	67%	47%

SOURCE Skinner et Rovere 2008

politiques de prix les plus inefficaces pour contenir les coûts des médicaments. Par exemple, en 2007, si les prix des médicaments brevetés au Canada représentaient 47% de ceux des États-Unis, ces derniers recouraient beaucoup plus aux médicaments génériques, dans une proportion de 67% plutôt que de 48% pour le Canada. De plus, les prix des médicaments génériques au

Canada représentaient en moyenne 212% ceux des États-Unis (Skinner et Rovere 2008).

En prenant compte de la répartition des prescriptions par catégorie et selon leurs prix, les prix de détail moyens de l'ensemble des médicaments au Canada (génériques et brevetés) étaient, en 2005, en moyenne 134% celui de la moyenne des pays de l'OCDE, alors qu'aux États-Unis le prix de détail moyen est 130% de la moyenne des pays de

l'OCDE (OCDE 2008 : 32). Si les États-Unis sont considérés un modèle d'inefficacité pour contenir les dépenses en médicaments, le Canada fait pire.

Le très fort prix des médicaments génériques est en grande partie responsable de l'inefficacité canadienne en matière de coûts, à un point tel que le Bureau de la concurrence du Canada s'est penché sur la question et y a consacré deux études (Bureau de la concurrence 2007; 2008). Selon le Bureau de la concurrence (2008 : 5), le Canada pourrait économiser environ \$800 M s'il mettait en place des recommandations relativement simples pour ne pas sur-rembourser les médicaments génériques. Si ce chiffre est global pour l'ensemble des provinces, on peut toutefois décomposer les économies possibles pour les dépenses publiques et privées. Les régimes publics d'assurance-médicaments, qui comptent pour 48% des dépenses en médicaments génériques, pourraient économiser environ \$200 M, alors que les payeurs de la sphère privée, qui comptent pour 52% des dépenses en médicaments génériques, pourraient économiser environ \$600 M. Une autre façon d'interpréter ces chiffres est que les régimes publics d'assurance-médicaments sont actuellement beaucoup plus efficaces pour contrôler les coûts des médicaments génériques. Si un régime public universel d'assurance-médicaments était actuellement en place au Canada, des économies d'environ \$383 M seraient réalisées annuellement simplement par les prix moindres que paient les régimes publics pour les médicaments génériques, en plus des autres économies possibles de \$417 M si nous appliquions les recommandations du bureau de la concurrence.

Au Canada, la manière dont est administrée la distribution des génériques est franchement problématique, voire scandaleuse. Les prix de remboursement des génériques sont fixés en termes de pourcentage du prix des médicaments originaux. Par exemple, le premier générique sur le marché coûtera 50% du produit original en Ontario, 60% au Québec, 45% en Alberta; le prix en pourcentage est parfois réduit si plus d'un

générique arrive sur le marché. Normalement, le choix de substituer un produit de marque par un générique revient au pharmacien. Si les prix remboursés des génériques sont fixés par rapport au prix du médicament original, une forte concurrence par les prix subsiste tout de même entre les produits génériques. Cette concurrence par les prix se fait toutefois au bénéfice des pharmacies, plutôt qu'au bénéfice des patients. Les manufacturiers génériques se font donc concurrence en tentant d'influencer les pharmacies par d'importantes ristournes ou par des cadeaux (Noël 2003). Si ces cadeaux ou ristournes sont normalement illégaux selon le code de déontologie des pharmaciens¹⁶, on estime que 85% des pharmacies acceptent de tels cadeaux, créant ainsi une forme institutionnalisée de corruption dans le secteur des pharmacies. Les ristournes accordées aux pharmaciens, appelées « allocations professionnelles » par certains et « pots-de-vin » par d'autres, correspondent à au moins 40% des ventes en médicaments génériques (Bureau de la concurrence 2008: 7). Une pharmacie moyenne reçoit ainsi en moyenne annuellement \$240 000 en revenus non-éthiques selon les codes de déontologie des pharmaciens (Silversides 2009a). Ces montants devraient normalement bénéficier le consommateur, mais ce sont les pharmacies qui empochent les bénéfices de la concurrence par les prix entre fabricants génériques.

Les hôpitaux, contrairement aux régimes publics ou privés d'assurance-médicaments, s'approvisionnent directement auprès des manufacturiers génériques et négocient les prix. Une étude du Bureau de la concurrence (2007 : 41) a montré que les prix payés pour les génériques par les pharmacies est en moyenne 39% plus cher que les prix payés par les hôpitaux. C'est en fait la marge des ristournes données aux pharmaciens. Le cas des génériques offre un exemple des plus clairs de la manière qu'un régime public universel d'assurance-médicaments, qui permettrait de négocier directement le prix des médicaments avec les manufacturiers, pourrait générer des

épargnes substantielles. Les contribuables pourraient ainsi bénéficier d'économies d'au moins 39% pour les médicaments génériques vendus en pharmacie. Considérant que les pharmacies de détail ont acheté pour \$15,7 Md de médicaments en 2006, et que 21,4% de la valeur des ventes étaient en produits génériques (ACMG 2008), un régime public universel d'assurance-médicaments recourant à la négociation de prix auprès des manufacturiers génériques aurait permis d'économiser \$1,31 Md en 2006, tout en mettant fin au système de corruption institutionnalisée en place dans le mode de remboursement des pharmaciens. Cette économie de \$1,31 Md n'aurait aucun impact sur les bénéfices des fabricants de génériques puisqu'elle ne ferait que transférer les ristournes des pharmaciens au public.

En 2006, l'Ontario s'est attaqué à ce système des ristournes en votant le *Transparent Drug System for Patients Act* (TDSPA). En annonçant la nouvelle politique, la présidente du Ontario Drug Benefit Plan (ODBP), le régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario, a dû se présenter avec des gardes du corps étant donné les multiples menaces qu'elle avait reçu (Silversides 2009a)¹⁷. Le TDSPA plafonnait les « allocations professionnelles » à 20% et réduisait le prix du premier générique de 63% à 50% de celui du médicament original¹⁸. Étant donné la clause de la province la plus favorisée, les baisses de prix se sont aussi fait sentir au Québec. Bien que le régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario, le plus important au Canada, servait normalement de système de référence pour les prix des médicaments pour les autres régimes d'assurance-médicaments, les manufacturiers de génériques ont réagi aux baisses de prix en Ontario et au Québec en compensant par l'augmentation des prix pour les régimes privés et les régimes publics plus petits. En Ontario, avant le TDSPA, une version générique d'un médicament original vendu au prix de 100\$ était payée \$75,41 par l'ODBP et \$79,30 par un régime privé ontarien d'assurance-médicaments. Après le TDSPA,

le même médicament était payé \$61 par l'ODBP et \$87 par les régimes privés (Silversides 2009a).

Alors que les prix des génériques passaient de 63% à 50% du médicament original au Québec et en Ontario, les manœuvres des fabricants de génériques faisaient en sorte qu'ils passaient de 63% à 70% et même à 75% dans les autres régimes publics et privés (Bureau de la concurrence 2008 : 10). De plus, en réduisant formellement le plafond des ristournes de 40% à 20%, le TDSPA n'a aucunement mis fin au système des ristournes en Ontario. Au contraire, il l'a multiplié par deux. Les pharmacies, de connivence avec les fabricants de génériques, achetaient plus de génériques que ce qu'ils distribuaient aux patients, et revendaient les surplus aux fabricants de génériques. Les pharmacies rachetaient alors les génériques, ce qui leur permettait de profiter deux fois des ristournes réduites de moitié (Babbage 2009). Cet exemple démontre par l'absurde l'inefficacité relative du système actuel pour profiter de manière équitable des économies potentielles que pourraient apporter les réformes nécessaires dans le secteur des génériques. Seul un régime public universel d'assurance-médicaments bien constitué pour l'ensemble du Canada semble en mesure de pouvoir réaliser pleinement ces économies, tout en mettant fin à un système fondé sur le maquignonnage.

Afin de réduire le coût payé pour les médicaments génériques, la Colombie-Britannique et l'Ontario, suivant le modèle de la Saskatchewan, ont procédé à des appels d'offre pour les produits génériques, à savoir que le fabricant offrant le prix le moins cher pour un médicament générique remportait l'ensemble du marché détenu par le régime public d'assurance-médicaments pour ce marché. Ce processus, inspiré en partie de l'expérience néo-zélandaise, pourrait normalement procurer des économies substantielles sur le coût des génériques. Toutefois, ce système est inapplicable actuellement pour les régimes publics des provinces canadiennes. En effet, comme nous l'avons mentionné au préalable, le Québec s'est

doté d'une clause de la province la plus favorisée, à savoir qu'il requiert des manufacturiers d'offrir au Québec le meilleur prix disponible au Canada pour leurs médicaments remboursés, brevetés ou génériques (Paris et Docteur 2006 : 29–30). Cette règle permet au Québec de ne pas devoir entrer dans des négociations souvent orageuses avec l'industrie. Toutefois, cette règle du Québec est particulièrement désavantageuse pour les autres provinces qui ont beaucoup plus de difficultés à négocier des rabais avec les manufacturiers en ce qui a trait aux médicaments génériques. En fait, on peut considérer que le Québec a créé un prix-plancher pour les autres provinces, empêchant ces dernières de recourir efficacement au pouvoir de marchandage que leur offre leur régime public d'assurance-médicaments (Hollis 2009 : 20–22). Par exemple, la Saskatchewan recourt depuis plusieurs années à un système d'appels d'offre (*standing offer contracts*) pour l'achat des médicaments génériques. Cette méthode d'appel d'offres permet normalement de bénéficier au maximum de la concurrence entre les firmes génériques afin d'obtenir des économies substantielles sur les prix. Les firmes génériques ont en effet intérêt à réduire leurs prix pour gagner l'entière du marché de la Saskatchewan. Toutefois, puisque le Québec exige des firmes d'obtenir le prix le plus bas pour leurs médicaments, une firme ne pourra gagner le marché de la Saskatchewan qu'en réduisant d'autant ses prix au Québec, alors que sur le marché québécois il n'aura pas le monopole du marché. Les firmes seront donc beaucoup plus réticentes à consentir à la Saskatchewan les rabais offerts normalement par les processus d'appel d'offre. La politique du Québec empêche donc la Saskatchewan de bénéficier des économies possibles par la mise en concurrence des firmes (Hollis 2009: 22–24).

De leur côté, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont commencé à procéder à des appels d'offre pour les produits génériques mais, pour contourner la politique du Québec, elles négocient plutôt des rabais secrets, soulevant plusieurs

critiques quant à la transparence démocratique d'un tel processus (Hollis 2009: 24–28; Silversides 2009b). Le résultat en est que les provinces procédant aux appels d'offre imitent les pharmacies qui obtiennent les ristournes non-éthiques. Les provinces négocient dans le secret des rabais qui ne seront pas rendu publics. De plus, ces rabais secrets ne seront pas disponibles pour ceux souscrivant à un régime privé d'assurance-médicaments, ou pour ceux qui paient personnellement leurs dépenses en médicaments. Les prix officiels restent les mêmes qu'auparavant. Les provinces s'attaquent à un régime opaque de ristournes clandestines non pas en augmentant la transparence, mais en reprenant elles-mêmes ces pratiques questionnables. Avec les quotes-parts basées sur les prix officiels (excluant les rabais secrets aux provinces), les patients se retrouvent à défrayer des coûts plus élevés que ce qu'ils devraient équitablement payer (Hollis 2008). Les processus d'appel d'offre des régimes provinciaux d'assurance-médicaments sont donc non seulement inefficaces mais aussi anti-démocratiques. Par exemple, si les quotes-parts sont 30% du prix officiel et qu'une province réussit à négocier un rabais de 75%, alors la province peut même réussir à dégager un profit, transformant l'assurance-médicaments en impôt déguisé et contournant toutes les règles d'équité requises dans une société démocratique. Un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait d'aller chercher, de manière transparente et équitable les économies substantielles que pourraient empocher les contribuables par une mise en concurrence des fabricants génériques grâce à un processus d'appel d'offre basé sur le modèle des approvisionnements d'hôpitaux, ou encore celui de la Nouvelle-Zélande (Morgan et al. 2007).

2.6 Conclusions sur les comparaisons provinciales

La comparaison des dépenses en médicaments prescrits selon les provinces nous a permis de constater la diversité et la complexité des différents facteurs-coûts dans l'ensemble des provinces. Nous pouvons dégager certaines conclusions à partir de l'analyse de chacun des facteurs-coûts.

1. Conclusions à partir de l'analyse de l'effet-volume

- 1.1 Une plus forte consommation de médicaments prescrits n'est pas corrélée avec de meilleurs résultats en santé ou avec des économies dans les autres secteurs de santé.
- 1.2 Le niveau de consommation de médicaments n'est donc pas déterminé uniquement par le niveau des quotes-parts puisque l'exemple de la Colombie-Britannique démontre qu'il est possible d'avoir un meilleur accès aux médicaments tout en réduisant les volumes de consommation.
- 1.3 Les franchises mensuelles au Québec occasionnent des coûts inutiles démesurés (\$144 M / an) et constituent une source importante d'inefficience dans le régime québécois d'assurance-médicaments. Elles sont en partie responsables de la pénurie de pharmaciens d'hôpitaux dans cette province.
- 1.4 En cas d'introduction d'un régime universel d'assurance-médicaments, l'effet-volume global pour l'ensemble du Canada serait de +10%.

2. Conclusions à partir de l'analyse de l'effet-thérapeutique

- 2.1 Afin d'améliorer la qualité de la pratique médicale et afin de contenir les coûts induits par la promotion de médicaments onéreux sans bénéfices thérapeutiques, un régime

public universel d'assurance-médicaments devra incontestablement se doter d'un programme indépendant et rigoureux d'évaluation pharmaco-économique des médicaments. Ce programme ne devra pas seulement déterminer si un médicament sera remboursé, il devra aussi chercher à transformer les habitudes et les pratiques médicales afin d'inculquer une culture de la médecine basée sur les preuves.

- 2.2 Un processus d'évaluation des médicaments rigoureux enverrait un incitatif financier clair pour l'industrie pharmaceutique afin qu'elle produise davantage de médicaments véritablement novateurs, plutôt que de produire des imitations de médicaments déjà existants qui connaissent des ventes importantes davantage en raison de l'efficacité des campagnes promotionnelles, plutôt qu'en raison de l'efficacité des médicaments.
- 2.3 En instaurant un processus rigoureux d'évaluation des médicaments au Canada, lié à un régime public universel d'assurance-médicaments, on peut estimer que le Canada pourra dégager des économies au moins égales à celles de Colombie-Britannique, soit d'environ 8% des coûts par année. Ce qui signifierait une économie de \$2 Md pour l'ensemble du Canada.

3. Conclusions à partir de l'analyse de l'effet-prix

- 3.1 La protection d'exclusivité de 15 ans offerte exclusivement au Québec pour les médicaments brevetés coûte environ \$102 M par année pour cette province.
- 3.2 Un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait de réduire de 2% l'ensemble des dépenses en médicaments prescrits en réduisant les

frais d'ordonnance, ce qui représenterait une économie d'environ \$502 M par année.

3.3 En choisissant de manière plus rationnelle les pays comparateurs pour déterminer le prix des médicaments brevetés par le CEPMB, le Canada pourrait économiser \$1.43 Md par année.

3.4 Les régimes privés dépensent en pure perte \$383 M par année en prix plus élevés pour les médicaments génériques par rapport aux régimes publics actuels.

3.5 Les régimes publics actuels n'arrivent pas à s'attaquer de manière concertée au système clandestin des ristournes pour les pharmacies, ce qui leur permettrait d'économiser \$200 M sur le coût des médicaments génériques.

3.6 Un régime public universel d'assurance-médicaments, en se dotant d'un système d'approvisionnement comme les hôpitaux, pourraient économiser au moins \$1.31 Md par année sur le coût des médicaments génériques, sans réduire les bénéfices des fabricants de génériques.

3.7 Les tentatives actuelles par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments de réduire le coût des médicaments conduit à des pratiques inefficaces, inéquitables et anti-démocratiques, alors qu'un régime public universel permettrait de mettre la main sur ces économies substantielles de manière transparente, efficace et équitable.

Comparaison internationale des régimes d'assurance-médicaments

La comparaison des régimes provinciaux d'assurance-médicaments est fort utile pour identifier certaines des meilleures pratiques au pays, mais elles ne nous disent que bien peu de choses sur leur efficacité relative par rapport aux autres pays. Ce chapitre procédera à une comparaison du Canada avec les autres pays de l'OCDE. Plus spécifiquement, nous porterons notre regard sur 5 pays spécifiques offrant des régimes publics d'assurance-médicaments universels, soit la France, le Royaume-Uni, la Suède, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Une analyse de ces régimes publics universels nous permettra de déterminer les contours optimaux que pourraient prendre un régime public universel pour le Canada.

3.1 Le Canada face au monde

Dans le premier chapitre, nous avons noté une forte croissance du coût des médicaments prescrits au Canada. On peut toutefois noter que les dépenses réelles (ajustées pour l'inflation) par habitant ont cru fortement dans les divers pays de l'OCDE entre 1985 et 2008.

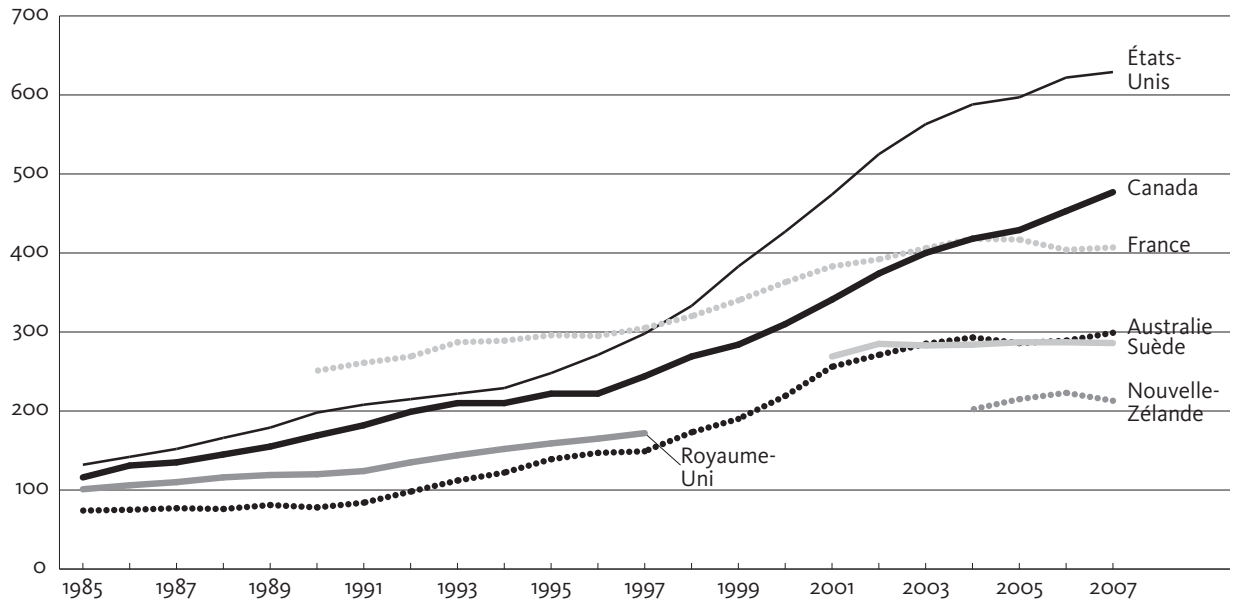
On remarque que la plupart des pays ont réussi à freiner la croissance des dépenses par habitant

dans les 4 à 6 dernières années. Le Canada se démarque toutefois par son incapacité à freiner les dépenses en médicaments prescrits depuis 2001. La croissance annuelle réelle (ajustée pour l'inflation) des dépenses en médicaments prescrits au Canada (+6,9%) a été de loin la plus élevée des pays étudiés. Le Canada ne peut faire qu'un constat d'échec quant à l'objectif de contenir la croissance des dépenses.

La plus forte croissance des dépenses par habitant pour le Canada n'est pas due à un rattrapage des dépenses per capita par rapport aux autres pays. Au contraire, le Canada dépense davantage en médicaments prescrits par habitant que tous les pays étudiés, mis à part les États-Unis. Le Canada se distingue aussi par son plus faible pourcentage des dépenses publiques pour financer les médicaments prescrits, devancé seulement par les États-Unis à cet égard. Ainsi, la tendance qui se dégage de ces chiffres est que, lorsque la part des dépenses publiques sur les dépenses totales est réduite, les dépenses totales par habitant sont plus élevées.

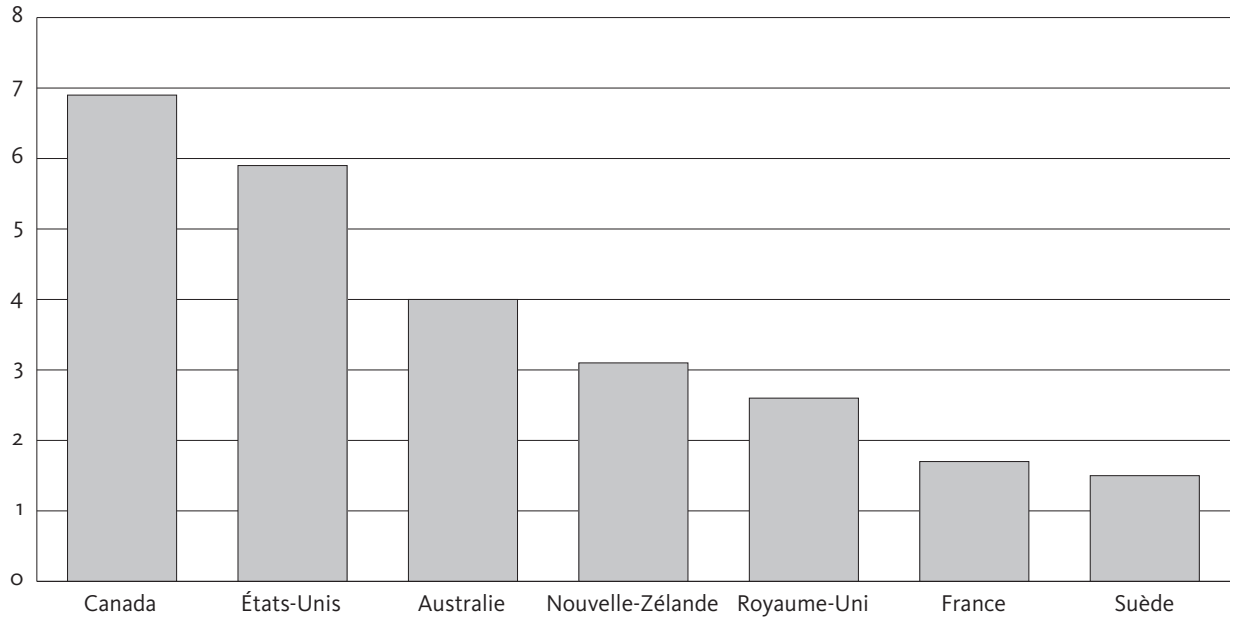
Il faut aussi remarquer que, pour l'ensemble des dépenses en médicaments (prescrits ou en vente libre), le Canada est dans le peloton de queue

FIGURE 3.1 Dépenses réelles totales en médicaments prescrits per capita, (US \$ 2000, PPA)



SOURCE OECD Health Data 2009

FIGURE 3.2 Croissance réelle annuelle des dépenses en médicaments prescrits de 2001 à 2007 (%)



* Moyenne à partir des données disponibles de 2004 à 2007

SOURCE OECD Health Data 2009; OECD Main Economic Indicators; NHS Information Centre 2009

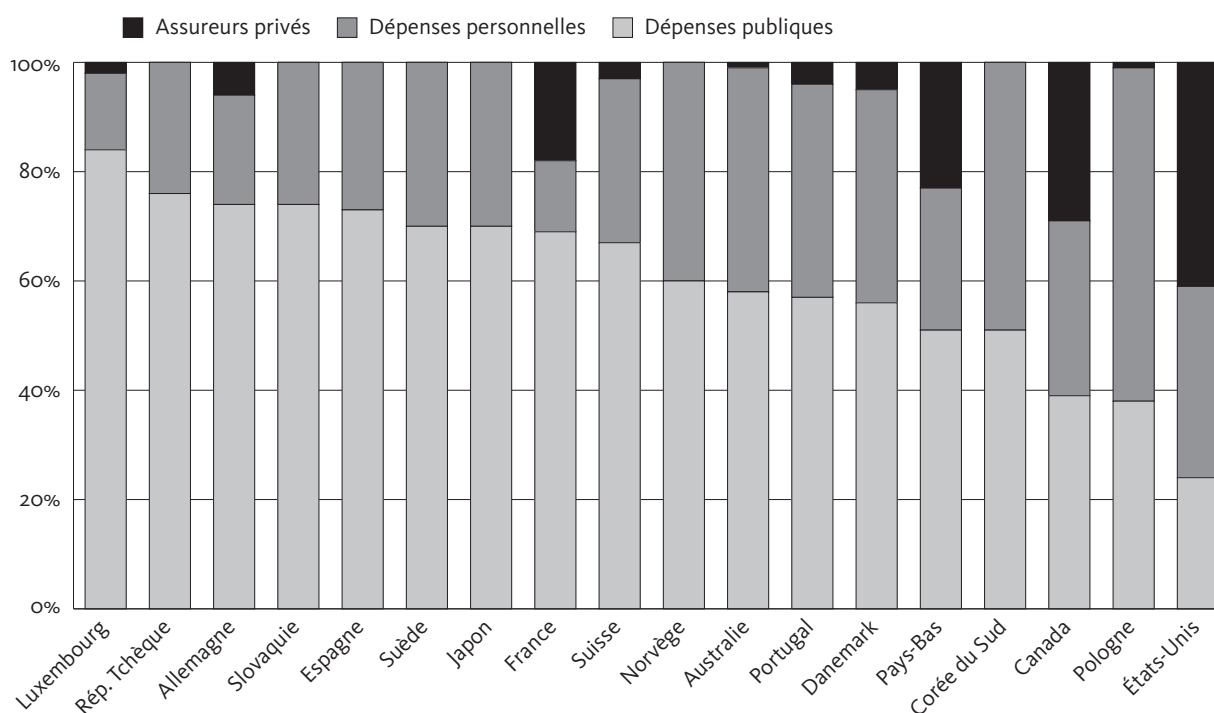
TABLEAU 3.1 Dépenses par habitant pour les médicaments prescrits selon les sources de financement, 2007 (US\$ PPA)

	Dépenses publiques	Dépenses privées	Dépenses totales	Dépenses publiques/Dépenses totales (%)
États-Unis	268	486	754	35.5
Canada	262.5	315.5	578	45.4
Suède	246	75	321	72.6
Nouvelle-Zélande	160	80	240	74.9
Royaume-Uni (e)	221	74	295	76.6
France	397.5	89.5	487	81.6
Australie	260	98	358	82.3
Suisse (e)	307	66	373	94.1

(E) estimation

SOURCE OECD Health Data 2009 et estimations de l'auteur (R.-U.)

FIGURE 3.3 Part des dépenses totales en produits pharmaceutiques selon les sources de financement, 2005 (Tous pays de l'OCDE pour lesquels les données étaient disponibles)

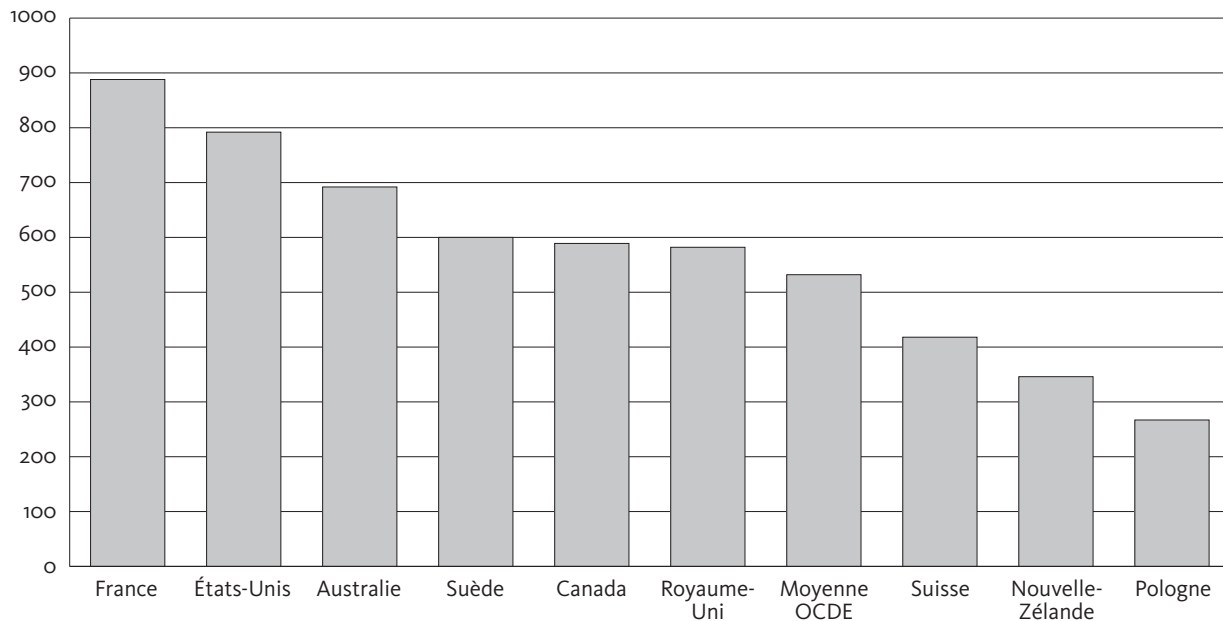


SOURCE OCDE 2008; PPRI 2007a.

des pays de l'OCDE en termes du pourcentage des dépenses publiques, devant seulement les États-Unis et la Pologne. De plus, le Canada

est le pays qui recourt le plus aux assurances privées, devancé seulement par les États-Unis.

FIGURE 3.4 Estimation des volumes de consommation de médicaments, 2005
(en US\$, ajustés à partir des différences de prix des médicaments, PPA (US\$=100))



SOURCE OCDE 2008

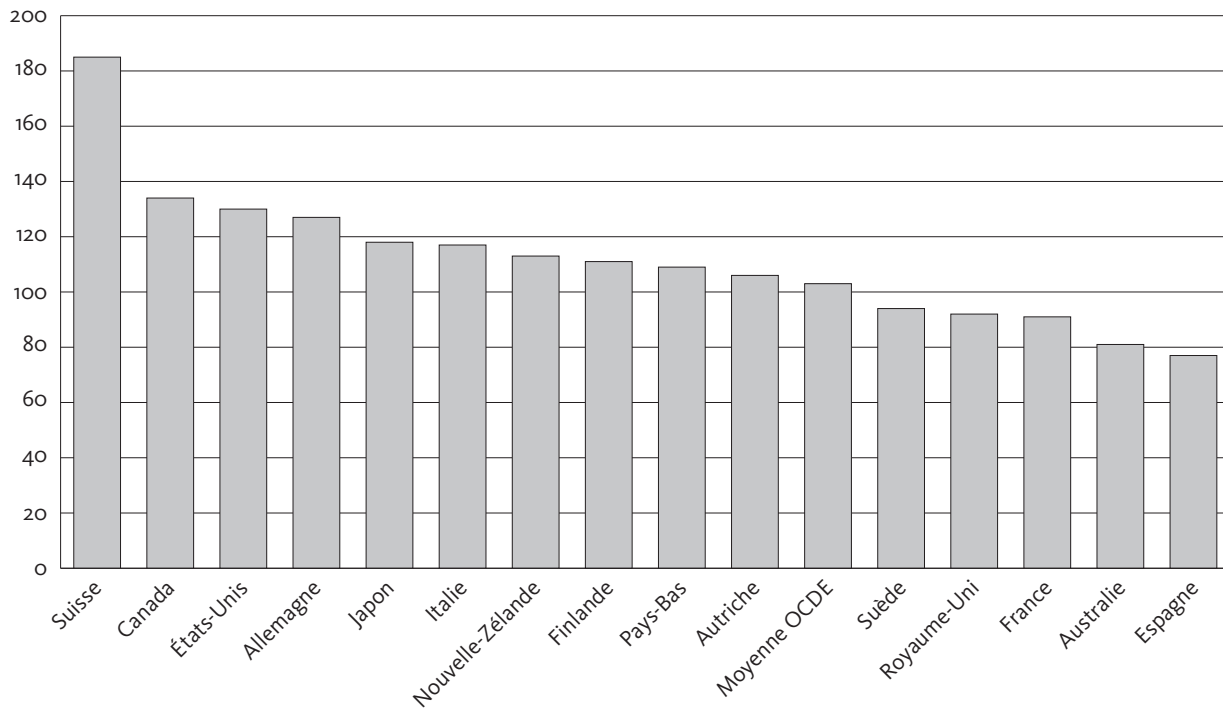
Comme nous l'avons expliqué au premier chapitre, les régimes privés d'assurance-médicaments sont particulièrement inefficaces. Leur forte présence au Canada relativement aux autres pays explique en partie les dépenses totales plus élevées par habitant au Canada ainsi que la plus forte croissance des coûts.

Les dépenses totales, comme nous l'avons vu, peuvent être dues entre autres à un plus fort volume de consommation de médicaments par habitant. Les analyses de l'OCDE montrent toutefois que le Canada n'est pas un pays qui se distingue par sa forte consommation, contrairement à la France ou aux États-Unis. On peut obtenir une estimation des volumes de consommation en unités de produits pharmaceutiques en ajustant les dépenses totales par habitant par rapport aux prix. Cette estimation ne prend toutefois pas en compte l'effet-choix thérapeutique qui peut varier entre les pays.

Si les fortes dépenses en médicaments prescrits par habitant au Canada ne s'expliquent pas par un plus fort volume de consommation, elles s'expliquent plutôt par les prix de détail extrêmement chers payés au Canada. Le Canada est parmi les pays qui paient le plus cher pour ses médicaments, devançant même les États-Unis pourtant reconnu comme un modèle d'inefficience quant aux prix des médicaments.

Le Canada est toutefois devancé par la Suisse et il est nécessaire d'en comprendre la raison. La Suisse paie excessivement cher ses médicaments, presque le double de la moyenne de l'OCDE. Cette situation n'est pas si problématique pour le pays car les Suisses consomment peu de médicaments relativement à la moyenne de l'OCDE (Figure 3.4). De plus, selon le Tableau 3.1, le gouvernement suisse défraie en dépenses publiques plus de 94% des coûts des médicaments prescrits, contre 45% pour le Canada. Si la Suisse accepte de payer autant pour ses produits pharmaceutiques, c'est

FIGURE 3.5 Prix de détail relatif pour un même volume de produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE, 2005 (US \$, Taux de change du marché)



SOURCE OCDE 2008 - Eurostat OECD PPP Program, 2007.

parce qu'elle administre son régime d'assurance-médicaments non seulement de manière à assurer l'accès équitable aux médicaments pour tous ses citoyens en défrayant la presque totalité des coûts, mais elle utilise aussi l'assurance-médicaments comme un outil de sa politique industrielle pour assurer le meilleur environnement d'affaires pour les firmes pharmaceutiques. Elle leur assure ainsi des revenus favorables dans le but d'attirer l'investissement. Il faut comprendre que le secteur pharmaceutique est extrêmement développé en Suisse, où sont installés les sièges sociaux de Novartis et Roche. Les dépenses supplémentaires de la Suisse en remboursements publics de médicaments sont largement compensées par les retombées du secteur pharmaceutique dans le pays. Par exemple, le ratio des dépenses en R&D pharmaceutique en Suisse par rapport aux ventes domestiques en prix départ-usine était

105% en 2007, alors que le ratio était seulement 8.1% au Canada (CEPMB 2009). Pour le Canada, imiter la Suisse et accepter de rembourser plus cher les médicaments par les régimes publics d'assurance-médicaments selon les méthodes du CEPMB est d'une inefficience totale puisque les coûts encourus en dépense sont sans communes mesures avec les retombées en investissements pharmaceutiques.

En attendant, les prix des médicaments restent beaucoup plus chers au Canada par rapport aux autres pays, mis à part la Suisse et les États-Unis. Le prix de détail reste toutefois plus élevé au Canada qu'aux États-Unis étant donné les frais d'ordonnance plus élevés et le coût beaucoup moins élevé des génériques aux États-Unis.

Les ventes des médicaments brevetés représentent 64.9% des ventes de tous les médicaments aux prix départ-usine (CEPMB 2009 : 23). Nous

TABLEAU 3.2 Prix moyens départ-usine, par catégorie, des médicaments d'autres pays par rapport à ceux du Canada, 2005 (Taux de change du marché, Canada = 1)

	Breveté	Générique	De marque, non-breveté
Australie	0.76	0.83	0.80
Autriche	0.78	0.85	0.81
Finlande	0.88	0.49	0.75
France	0.85	0.71	0.76
Allemagne	0.96	0.84	0.91
Italie	0.75	0.76	0.73
Pays-Bas	0.85	0.80	0.72
Nouvelle-Zélande	0.79	0.23	0.64
Espagne	0.73	0.58	0.59
Suède	0.97	n/a	n/a
Suisse	1.09	0.99	1.34
Royaume-Uni	0.90	0.80	0.87
États-Unis	1.69	0.65	2.46
Médiane	0.85	0.78	0.78

SOURCE CEPMB 2006; CEPMB Rapport Annuel 2005

avons vu au chapitre 2 que si le CEPMB avait aussi utilisé tous les pays comparables ci-haut pour calculer le plafond des prix des médicaments brevetés au Canada plutôt que de s'en tenir aux 7 comparateurs désignés, cela aurait permis une économie de \$1.43 Md en médicaments brevetés au Canada. Si le Canada pouvait rejoindre la médiane des prix départ-usine de ces mêmes pays quant aux génériques et aux médicaments de marque non-breveté¹⁹, il pourrait réaliser des économies supplémentaires d'environ \$1.55 Md par année.

Ces économies resteraient toutefois limitées puisque le Canada continuerait à se comparer aux pays dont les prix sont parmi les plus chers au monde, comme la Suisse ou les États-Unis, pour déterminer ses propres prix. Une alternative pour le Canada serait d'explorer les scénarios qui lui permettraient de bénéficier des prix les plus compétitifs sur la scène internationale.

Un des scénarios qui a déjà été étudié est celui de la Nouvelle-Zélande. Ce pays s'est donné les moyens de mettre en concurrence les producteurs de médicaments, brevetés ou génériques afin de

bénéficier d'économies substantielles. En plus de bénéficier de divers rabais négociés avec les fabricants, lorsqu'un nouveau médicament ne représente pas une avancée thérapeutique substantielle, la Nouvelle-Zélande recourt à des prix de référence pour chaque catégorie thérapeutique afin de mettre les médicaments brevetés en concurrence avec les génériques. Le pays recourt aussi à des négociations croisées, par lesquelles il accepte de rembourser un nouveau médicament d'une compagnie si celle-ci accepte de réduire les prix pour ses autres médicaments déjà sur le marché. La Nouvelle-Zélande recourt aussi à des appels d'offre pour les médicaments génériques. Ces politiques permettent à la Nouvelle-Zélande de négocier efficacement le prix des nouveaux médicaments inscrits sur les formulaires nationaux. Morgan et al. (2007) ont comparé les prix des médicaments prescrits de la Nouvelle-Zélande avec ceux de la Colombie-Britannique de la manière la plus conservatrice possible pour les 4 plus grandes classes thérapeutiques qui constituent environ le tiers des ventes au Canada. Les résultats ont montré que les prix en Nouvelle-

Zélande étaient 51% moins chers en moyenne que ceux de la Colombie-Britannique. Au moment de l'étude, la Colombie-Britannique bénéficiait en plus d'un effet-prix pour les différences en prix payés de -3.3% par rapport à la moyenne canadienne au moment de l'étude (Morgan et al. 2005). Toutefois, afin de rester dans l'esprit de cette étude qui évaluait les différences de prix de la manière la plus conservatrice possible entre le Canada et la Nouvelle-Zélande, nous ne tiendrons pas compte de ce facteur. Si le Canada avait su mettre en place les processus utilisés par la Nouvelle-Zélande pour négocier les prix des médicaments à la baisse, il aurait économisé 51% des prix départ-usine pour ses médicaments. Puisque le total des coûts des médicaments au prix départ-usine était \$20.03 Md en 2008 pour le Canada (CEPMB 2009), l'application d'un système comme celui de la Nouvelle-Zélande aurait pu engendrer des économies de \$10.2 Md, soit 40% des coûts totaux de l'ensemble des médicaments prescrits au Canada.

Pour réaliser les économies potentielles à partir d'un système d'appel d'offres pour les génériques, le Canada devrait toutefois modifier légèrement ses règles de propriété intellectuelle pour faciliter l'entrée des médicaments génériques une fois les brevets originaux des médicaments sont expirés. Depuis 1993, avec l'entrée en vigueur du Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité), le Canada a institué un système complexe de litiges juridiques pour permettre aux génériques de pénétrer un marché. Le Canada permet aux firmes de médicaments brevetés d'obtenir aisément l'émission de plusieurs brevets autour des usages d'un médicament, même si souvent ces brevets ne sont pas valides. Le système en place encourage toutefois les producteurs de génériques à contester légalement ces brevets afin de démontrer leur invalidité. Lorsque le brevet original du médicament est expiré, le fabricant de génériques doit d'abord faire la preuve que les autres brevets en vigueur protégeant un médicament ne sont pas valides

avant de pouvoir pénétrer le marché. Les litiges juridiques entre génériques et brevetés ont été multipliés de manière exponentielle depuis 1993 (Grootendorst 2009 : 14). Le problème associé à cet état de fait est que les coûts de litiges juridiques sont élevés. Si un fabricant générique défraie les coûts des litiges pour ouvrir le marché aux génériques, il ne pourra pas récupérer ses dépenses s'il n'arrive pas à gagner l'appel d'offre. Si les brevets permettent de compenser pour les coûts irrécupérables de la recherche et de l'innovation, aucun mécanisme n'est en place pour permettre aux firmes génériques de compenser les coûts irrécupérables des litiges juridiques. En instaurant simplement des appels d'offre sans réviser les règles de propriété intellectuelle, les gains statiques (gains à court terme) en baisses de prix pourraient se transformer en pertes dynamique (pertes à long terme, une fois que l'industrie s'est adaptée à la réglementation) en démantelant peu à peu la capacité des génériques à concurrencer les brevetés (Hollis 2008). Le Canada devrait donc réviser ses lois sur les brevets afin de réduire les litiges juridiques, ou encore pour assurer une exclusivité temporaire pour les fabricants génériques pour compenser les coûts irrécupérables en litiges juridiques, comme c'est le cas aux États-Unis depuis 1984 sous le Waxman-Hatch Act. La Nouvelle-Zélande a adopté une méthode plus directe puisque le secteur public prend en charge les frais des litiges juridiques lorsque des économies potentielles substantielles sont liées à l'entrée d'un générique spécifique.

3.2 Les régimes publics universels d'assurance-médicaments à l'étranger

En vue de permettre un accès plus équitable aux médicaments, plusieurs pays se sont dotés d'un régime public universel d'assurance-médicaments, bien que la plupart de ces pays exigent des franchises ou des quotes-parts. Afin d'éclairer le débat sur les possibilités de l'implantation d'un tel régime au Canada, il devient utile de

TABLEAU 3,3 Marge des grossistes et des pharmaciens pour les produits pharmaceutiques en France, 2008

Prix de fabrication (€)	Marge maximale des grossistes (%)	Marge maximale des pharmaciens (%)
0-22.90	9.93	26.1
22.91-150.00	6	10
150.01-400	2	6
Plus de 400	0	6

SOURCE PPRI 2008, CNAM

présenter certaines de ces expériences nationales pour illustrer non seulement la possibilité mais aussi la viabilité de tels régimes. Cette section offre donc une présentation générale des régimes publics universels d'assurance-médicaments en France, au Royaume-Uni, en Suède, en Australie et en Nouvelle-Zélande²⁰.

France

a. Admissibilité et couverture

Les Français sont couverts par un système national d'assurance-maladie, organisé à partir des occupations des citoyens. Cette assurance publique couvre les médicaments prescrits d'environ 99% de la population. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) couvre 85% de la population, la Mutualité sociale agricole couvre les travailleurs agricoles (environ 7% de la population), alors que les travailleurs autonomes (environ 5% de la population) sont couverts par le Régime social des indépendants (PPRI 2008 : iii).

En outre, la majorité des Français (93%) sont également couverts par une mutuelle ou une assurance privée, dont 4% sont couverts par une assurance publique spécialement offerte pour les citoyens à faible revenu. Ces assurances complémentaires ont normalement pour effet de couvrir les quotes-parts exigibles (PPRI 2008 : iii).

b. Déductions, quotes-parts et remboursements

Une centaine de médicaments, les médicaments portant des étiquettes « à barres blanches » signifiant qu'ils sont nécessaires à la vie ou que

leurs coûts sont prohibitifs, n'exigent aucune quote-part par les usagers. Les médicaments qui portent une « étiquette bleue », indiquant qu'il ne s'agit pas d'un médicament essentiel, requièrent une quote-part de 65% de l'usager. Enfin, lorsque le médicament ne correspond à ni l'une ni l'autre de ces deux catégories, et qu'il porte une étiquette blanche, une quote-part de 35% est exigée. La différence est remboursée par la CNAM, la Mutualité sociale agricole ou le Régime Social Indépendant et le remboursement des dépenses de médicaments dépend donc de l'incidence médicale du produit prescrit²¹. Néanmoins, les administrations régionales offrent une assistance aux personnes dont les revenus ne permettent pas de se procurer certains médicaments. Des patients peuvent aussi être exemptés de quotes-parts pour certaines maladies chroniques déterminées par la Sécurité sociale. Depuis 2008, les Français doivent aussi déboursier € 0.50 par prescription, jusqu'à un maximum de € 50 par année (Commonwealth Fund 2008).

c. Frais et honoraires

Les grossistes peuvent appliquer une marge en fonction du prix du médicament. Cette marge varie de 0 à 9.93 %. Pour leur part, les pharmaciens peuvent aussi appliquer une marge en fonction du prix de fabrication. La marge varie cette fois de 6 à 26.1 %.

Enfin, une taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de 2.1 % est appliqués sur les produits pharmaceutiques remboursables et de 5.5 % pour les médicaments non-remboursés (PPRI 2008 : vii).

d. Processus d'évaluation des médicaments

Plusieurs organismes gouvernementaux jouent un rôle dans l'évaluation des produits pharmaceutiques (PPRI 2008 : v).

L'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) accorde l'autorisation de vendre les médicaments. Cette agence se charge aussi de la classification des médicaments (sous ordonnance ou en vente libre), de la pharmacovigilance et du contrôle de la publicité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) évalue les services médicaux. Cet organisme fait des recommandations sur les médicaments à inscrire ou non sur les listes de produits à rembourser. Depuis 2008, la HAS est aussi chargée de réaliser des analyses pharmaco-économiques.

Le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) est responsable des évaluations coût-efficacité et des négociations quinquennales de prix avec l'Association de l'industrie pharmaceutique. Le CEPS établit le prix des médicaments remboursés par l'État, ainsi que des prix de référence pour plusieurs de médicaments, les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), afin d'encourager les pharmaciens à dispenser des versions génériques des médicaments. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNCAM) fixe pour sa part les taux de remboursement pour les produits pharmaceutiques remboursables.

Royaume-Uni

a. Admissibilité et couverture

Tous les Britanniques sont couverts par le National Health Service (NHS), incluant pour les médicaments prescrits.

b. Déductions, quotes-parts et remboursements

Ces éléments sont déterminés par chacune des gouvernements du Royaume-Uni. Au Pays de Galles, aucun frais ne s'applique pour les médicaments prescrits depuis 2007. En Écosse, le gouvernement s'apprête à abolir l'ensemble des

charges pour les médicaments prescrits à partir de 2011. En Irlande, un projet identique d'abolition des charges est actuellement en débat.

En Angleterre, les patients sont soumis à une quote-part uniforme de £7.10 par item pharmaceutique (PPRI 2007b). Certaines catégories de patients, ainsi que leurs conjoints, sont exemptés de ces quotes-parts. Il s'agit des enfants de moins de 16 ans, des personnes de 60 ans et plus, des femmes enceintes ou avec un enfant de moins d'un an, des familles bénéficiant d'une aide sociale et les patients ayant certaines maladies chroniques. Selon le département de la santé du Royaume-Uni, 88% des prescriptions en Angleterre sont de ce fait gratuites, et la plupart des patients n'ont jamais à demander de remboursement (politics.co.uk 2009). Les patients peuvent acheter des certificats de prépaiements qui les dispensent de devoir ensuite déboursier pour des médicaments jusqu'à l'échéance du certificat. Ce procédé contribue à la hausse du nombre de médicaments prescrits obtenus sans frais.

Tous les médicaments qui ont été approuvés au Royaume-Uni sont totalement remboursés à moins qu'ils ne figurent sur une liste négative²², qui inclut environ 3000 médicaments.

c. Frais et honoraires

Les prix fixés par les manufacturiers ne sont pas réglementés et aucune taxe ne s'applique sur les médicaments du NHS. En revanche, l'État fixe un niveau de profit maximal pour les firmes, soit 21% de retour sur le capital investi ou 6% de retour sur les ventes (OCDE 2008 : 110).

d. Processus d'évaluation des médicaments

Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) n'évalue que les médicaments jugés controversés. Seulement 160 produits ont été évalués entre la création du NICE en 1999 et janvier 2009 (Timmins 2009 : 1362). Le NICE rédige des guides de pratiques médicales sur de nombreux thèmes dont l'utilisation optimale des médicaments.

TABLEAU 3.4 Quote-part des patients, en couronnes suédoises²³

Coût total des médicaments prescrits sur 12 mois	Quote-part du patient	Maximum payé par le patient
Moins de 900 (Moins de 120\$)	100%	900 (\$120)
901 à 1700 (121\$ à 227\$)	50%	1,300 (\$173)
1701 à 3300 (228\$ à 440\$)	25%	1,700 (\$227)
3301 à 4300 (441\$ à 573\$)	10%	1,800 (\$240)
Plus de 4300 (Plus de 573\$)	0%	1,800 (\$240)

SOURCE Moïse et Docteur 2007

Le NICE émet ses recommandations à partir d'une analyse indépendante de l'ensemble des données cliniques et économiques disponibles. Lors du processus d'évaluation le NICE consulte les parties intéressées, dont les entreprises pharmaceutiques, qui peuvent soumettre des preuves cliniques et économiques permettant d'évaluer la valeur thérapeutique du produit (Fiona et al. 2009 : 1438).

Les médicaments qui ne sont pas approuvés par le NICE peuvent tout de même être couverts suite à une décision locale ou régionale allant en ce sens. À la suite des recommandations du NICE, il n'y a toutefois aucun processus de négociation sur les prix des médicaments, empêchant de réaliser des économies substantielles (les prix étant contrôlés indirectement par le contrôle des profits des firmes). Par conséquent, le NICE a un effet sur l'innocuité des médicaments mais n'a pas conduit à une baisse du coût total des médicaments (Timmins 2009 : 1363).

Le NICE est actuellement considéré comme un modèle mondial d'une organisation cherchant à promouvoir la culture de la médecine fondée sur les preuves dans l'ensemble de la pratique médicale, et plusieurs organisations régionales cherchent à s'inspirer du modèle du NICE (Jacob 2008). À cet égard, il ne faut pas se surprendre si le NICE est aussi une organisation qui est régulièrement contestée par les lobbys pharmaceutiques qui cherchent à critiquer et démanteler ce modèle (Evans et Boseley 2006 ; Timmins 2009).

Suède

a. Admissibilité et couverture

Tous les Suédois sont couverts par un régime public d'assurance-médicaments, le Läkemedelsförmånerna. Tout le régime est financé par les impôts et les taxes.

b. Déductions, quotes-parts et remboursements

Les quotes-parts des patients sont déterminées par le coût total des produits pharmaceutiques consommés durant 12 mois. Plus une personne défraie un montant annuel total élevé de médicaments, plus la quote-part est réduite, jusqu'à la gratuité après 1 800 couronnes suédoises (240\$).

c. Frais et honoraires

Les frais d'ordonnance sont déterminés par le Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). À noter que l'ensemble du réseau national des pharmacies suédois, Apoteket, était un monopole entièrement public jusqu'en novembre 2009. Ce réseau de distribution comptait aussi une usine de production de génériques générant environ 1.2% des ventes d'Apoteket (Moïse et Docteur : 43). Les sondages montraient que les Suédois se montraient satisfaits du monopole public, mis à part pour les restrictions quant aux heures d'ouverture (Moïse et Docteur 2007 : 46). Selon l'OCDE, le réseau public de pharmacie suédois a réussi à contredire la théorie économique puisque ses coûts de distribution des médicaments, prescrits ou en vente libre, étaient plus bas que dans les pays où les pharmacies se font

concurrence (Moïse et Docteur 2007 : 47). L'OCDE va même jusqu'à déconseiller la privatisation ou la déréglementation de ce réseau puisqu'une déréglementation pourrait introduire un système de ristournes aux pharmaciens (Moïse et Docteur 2007 : 46), comme c'est le cas au Canada. Toutefois, l'OCDE ne voit pas d'inconvénients à ce que les médicaments en vente libre fassent l'objet d'une plus grande concurrence.

Le démantèlement du monopole public d'Apoteket s'est fait en novembre 2009 pour deux raisons principales. D'abord, la Suède subissait beaucoup de pression par la Cour Européenne de Justice qui avait jugé illégale le monopole sur la distribution des médicaments (Davis 2005). La seconde raison est que la coalition de centre droit, qui a succédé au gouvernement social-démocrate en 2006, avait fait du démantèlement d'Apoteket un élément de sa plate-forme électorale, insistant que l'introduction de la concurrence dans le secteur des pharmacies générerait des gains d'efficacité. Pendant une longue période, une campagne publicitaire s'est faite contre le ministre d'État à la tête du Parti Social démocrate, Göran Persson, sur le thème de la privatisation d'Apoteket. La publicité montrait les images de Fidel Castro, Kim Jong Il et Göran Persson et demandait ce que ces trois hommes avaient en commun : ils dirigeaient des pays avec des pharmacies publiques.

d. Processus d'évaluation des médicaments

L'agence des produits médicaux, le Läkemedelsverket, doit approuver tous les médicaments pouvant être vendus en Suède selon les catégories thérapeutiques. L'équipe de cette agence évalue les produits pharmaceutiques et soumet des recommandations à un « groupe scientifique de vérification de la qualité » qui autorise ou non la mise en marché du produit (Moïse et Docteur 2007: 9). 95% du financement de cette agence provient des tarifs qu'elle exige aux entreprises qui soumettent des demandes et le 5% restant vient de l'État. Les délais d'approbation sont de 13 mois, en moyenne.

Tous les produits pharmaceutiques acceptés sont ensuite évalués par le Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). Il s'agit d'un organisme indépendant qui détermine si les médicaments seront remboursés en vertu de la liste du régime public d'assurance-médicaments. Le LFN ne négocie pas les prix, mais les prix sont partie intégrante de l'analyse pharmaco-économique pour déterminer la pertinence de rembourser un médicament. Les prix ne sont pas réglementés.

Australie

a. Admissibilité et couverture

Tous les Australiens détenteurs d'une carte du régime public de santé, le Medicare, sont admissibles au Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS), un régime public universel d'assurance-médicaments.

Le PBS dresse la liste des médicaments qui bénéficient d'une subvention gouvernementale. Cet organisme est géré par le Department of Health and Ageing et administré par Medicare Australia.

b. Déductions, quotes-parts et remboursements

La quote-part pour les médicaments du PBS est établie à un maximum de AUS\$ 32.90 (\$27.42) ou de AUS\$ 5.30 (\$4.42) pour les détenteurs d'une carte attestant le recours au « Safety Net », programme de sécurité sociale.

Les patients peuvent aussi payer un tarif d'un maximum de AUS\$ 3.79 (\$3.16) pour les honoraires professionnels du pharmacien, tant que ce montant n'excède pas la quote-part maximale.

Le coût des quotes-parts est réduit lorsque le patient atteint un certain seuil, fixé à AUS\$ 1269.90 (\$1058.25) ou encore AUS\$ 318 (\$265) pour les bénéficiaires du filet de sécurité.²⁴ Au-delà de ce seuil, tous les usagers bénéficient des montants associés au filet de sécurité, sauf ceux qui en bénéficiaient déjà, et qui dès lors ne paient plus pour obtenir les médicaments.

Le coût qui excède la quote-part est entièrement assumé par l'État pour chacun des médicaments inscrits sur la liste du PBS, la « Schedule for Pharmaceutical Benefits ». Les prix sont revus sur une base annuelle. Le prix de référence pour chaque classe thérapeutique est établi en fonction de l'item le moins cher, et les patients doivent supporter les coûts s'ils optent pour un autre médicament plus cher dans la même classe thérapeutique.

c. Frais et honoraires

En date du 1^{er} juillet 2009, les pharmaciens reçoivent un montant de AUS\$ 6.42 (\$5.35) pour les items déjà préparés et de AUS\$ 8.46 (\$7.05) pour les items qui nécessitent une préparation²⁵. Ils peuvent aussi appliquer une marge pouvant aller de 15% pour les médicaments de moins de AUS\$ 30 (\$25) jusqu'à AUS\$ 70 (\$58.33) pour les médicaments de plus de AUS\$ 1750 (\$1458.33).

La marge des grossistes est fixée à 7,52% jusqu'à un maximum de AUS\$ 69.94 (\$58.28).

d. Processus d'évaluation des médicaments

Les entreprises qui souhaitent faire inscrire leurs produits comme médicaments remboursables en Australie doivent soumettre ces produits au Pharmaceutical Benefit Advisor Committee (PBAC). Cet organisme indépendant est chargé de formuler des recommandations au ministre de la santé à propos des médicaments à inscrire ou non sur les formulaires du PBS. Le ministre ne peut ajouter un médicament s'il n'a pas reçu une recommandation favorable du PBAC. Cet organisme prend en considération l'efficacité des produits soumis par les entreprises pharmaceutiques, notamment en procédant à la comparaison des coûts des différents traitements comparables. Si une proposition de médicaments est rejetée, l'entreprise peut soumettre à nouveau le produit s'il amène de nouveaux éléments de démonstration ou s'il propose des prix plus bas (Fiona et al. 2009). Une fois l'approbation du PBAC obtenue, un médicament n'est pas nécessairement inscrit

sur les formulaires nationaux puisque le Department of Health and Ageing se réserve le droit de négocier les prix des nouveaux médicaments.

Nouvelle-Zélande

a. Admissibilité et couverture

Tous les Néo-zélandais bénéficient d'une assurance-maladie universelle, incluant les frais en médicaments prescrits. Ces couvertures sont fournies par l'intermédiaire de 21 District Health Boards, quelque peu semblables aux autorités provinciales en santé que l'on trouve au Canada (Morgan et al. 2007).

b. Déductions, quotes-parts et remboursements

Depuis le 1^{er} septembre 2008, seule une quote-part de NZ\$ 3 (\$2.31) par prescription est demandée pour les prescriptions de médicaments subventionnés, alors que celles-ci étaient généralement 5 fois plus élevées auparavant. Les médicaments prescrits sont normalement gratuits pour les enfants de moins de 6 ans. Le Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) établit une liste positive des médicaments pouvant être vendus au pays (la Pharmaceutical Schedule), et les remboursements sont déterminés à partir de prix de référence pour chaque catégorie thérapeutique. PHARMAC rembourse le médicament le moins cher pour chaque catégorie thérapeutique. Un patient désirant un médicament plus cher devra déboursier 186% de la différence (PHARMAC 2009 : 8–9). PHARMAC possède un budget fixe, et doit s'assurer que les frais remboursés ne dépassent pas son plafond, ce qui conduit cette agence à fortement négocier le prix des médicaments avec les manufacturiers (Morgan et al. 2006).

c. Frais et honoraires

Les frais d'ordonnance sont fixés pour les médicaments pleinement remboursés. Le patient devra payer des frais supplémentaires pour obtenir une ordonnance en dehors des heures ouvrables. Tel que mentionné ci-haut, si le patient achète

un médicament plus cher que le médicament remboursé dans cette catégorie thérapeutique, le patient devra payer 186% de la différence, ce qui inclura la marge du pharmacien ainsi que la taxe (PHARMAC 2009 : 8–9).

d. Processus d'évaluation des médicaments

Pour être subventionnés au pays, tous les médicaments doivent être d'abord évalués en termes thérapeutiques par le Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee (PTAC). Une fois l'évaluation terminée, les recommandations sont envoyées à PHARMAC, mais les recommandations ne déterminent pas si le médicament sera inscrit sur les formulaires nationaux. À la lumière des évaluations thérapeutiques, PHARMAC procède à l'analyse pharmaco-économique coût-efficacité du médicament et négocie les prix avec les manufacturiers. Si une entente raisonnable est atteinte, le médicament est alors inscrit sur le Pharmaceutical Schedule (Morgan et al. 2006).

Le Pharmaceutical Schedule est organisé à partir d'un système de prix de référence qui permet de mettre les médicaments brevetés en concurrence avec les médicaments génériques pour chaque catégorie thérapeutique, si les premiers ne sont pas réellement plus efficaces que les derniers. Lorsqu'un nouveau médicament breveté n'apporte que peu ou pas d'amélioration thérapeutique, PHARMAC ne rembourse que le prix de référence du médicament alternatif le moins coûteux, obligeant le fabricant du médicament breveté à baisser ses prix pour éviter que les patients ne se tournent que vers l'alternative la moins chère. Puisque les fabricants de médicaments brevetés cherchent à maintenir élevé le prix de leur médicament sur les listes officielles (étant donné les prix internationaux sont souvent comparés par d'autres pays), PHARMAC accepte parfois de rembourser un prix élevé en échange de rabais sous la forme de plafonds de dépense (on négocie non seulement un prix mais aussi un volume de vente et si ce dernier est trop élevé, le manufacturier doit s'engager à rembourser la dif-

férence). La Nouvelle-Zélande recourt aussi à des négociations croisées. PHARMAC peut accepter un prix élevé pour un médicament breveté si en échange le fabricant baisse les prix de ses autres médicaments déjà sur le marché (Morgan et al. 2007). La négociation pour les produits génériques se fait par appel d'offre par catégorie thérapeutique, mais ce sont normalement les fabricants du produit original qui proposent le meilleur prix grâce à une version générique de leur produit.

Quelle leçon nous offre les expériences étrangères?

Les régimes nationaux publics universels d'assurance-médicaments en France, au Royaume-Uni, en Suède, en Australie et en Nouvelle-Zélande permettent de mieux saisir la diversité possible dans les manières d'implanter de tels régimes tout en respectant la spécificité des institutions publiques nationales de santé des divers pays. La question reste toutefois de savoir si ces régimes publics universels sont efficaces économiquement en comparaison au système actuel au Canada. À partir des indicateurs étudiés dans la section 3.1, nous pouvons mettre en évidence 5 points de comparaison entre ces pays et le Canada:

1. Les habitants de ces pays dépensaient beaucoup moins en médicaments, tout en consommant un volume égal ou plus important (sauf la Nouvelle-Zélande où la consommation est significativement moindre). Les dépenses en médicaments prescrits par habitant de ces pays représentent entre 51% à 84% celles du Canada.
2. Les habitants de ces pays payaient moins chers leurs médicaments de marque et génériques. Le prix de détail des médicaments dans ces pays sont de 16% à 40% inférieurs à ceux du Canada.
3. Ces pays avaient réussi à contenir la poussée inflationniste sur les prix des médicaments. La croissance annuelle

réelle moyenne des coûts en médicaments dans ces pays est de 2 à 3 fois inférieures qu'au Canada (sauf pour l'Australie dont la croissance était 40% de moins qu'au Canada).

4. Ces pays recouraient beaucoup moins au financement privé. La part des dépenses publiques sur les dépenses totales, pour ces pays, est de 60% à 80% supérieure à celle du Canada.
5. Ces pays étaient beaucoup mieux placés pour attirer les investissements pharmaceutiques que le Canada. Le ratio des dépenses en R&D pharmaceutique par rapport aux ventes domestiques en prix départ-usine pour l'Australie, la France,

la Suède et le Royaume-Uni était de 35% à 400% supérieures à celui du Canada. Le ratio pour la Nouvelle-Zélande n'est pas connu.

Ces exemples ne démontrent pas uniquement la possibilité, mais aussi la viabilité et la plus grande efficacité d'un régime public universel d'assurance-médicaments par rapport au régime actuel au Canada. Il n'existe simplement d'argument économique pour disqualifier la viabilité de régimes publics universels d'assurance-médicaments, même à partir du premier dollar dépensé. Au contraire, la comparaison économique démontre que les régimes publics universels en vigueur sont de loin plus avantageux en termes de coûts que le régime canadien actuel.

Scénarios d'avenir pour le Canada

En introduction de ce rapport, nous avons mentionné qu'un régime collectif d'assurance-médicaments bien constitué doit reposer sur trois objectifs constitutifs :

1. Accès et équité : Assurer un accès universel et équitable pour tous.
2. Innocuité des médicaments : Améliorer l'innocuité et l'usage approprié des médicaments.
3. Contrôle des coûts : Assurer un coût des médicaments viable pour les finances publiques.

Nous avons toutefois mentionné un objectif complémentaire, à savoir l'utilisation du régime d'assurance-médicaments et de son environnement institutionnel comme politique industrielle pour attirer l'investissement et accroître la création d'emploi dans le secteur pharmaceutique, breveté ou générique. Toutefois, les objectifs de politique industrielle ne doivent en rien compromettre les objectifs constitutifs. Dans une société démocratique, il est impensable d'accepter de compromettre les deux premiers objectifs constitutifs au nom d'une politique industrielle.

Les principes d'équité quant à l'accès aux médicaments, ainsi que l'innocuité des médicaments ne devraient jamais être matière à négociations : l'accès aux traitements efficaces est un droit pour chaque citoyen, et les droits ne sont pas sujets au marchandage. Néanmoins, il n'en va pas de même pour le contrôle des coûts. Il est tout à fait acceptable pour une société démocratique d'accepter d'accroître ses coûts en médicaments en vue d'augmenter les revenus des firmes afin d'accroître l'investissement, l'innovation et l'emploi. Toutefois, ces coûts incrémentaux doivent alors nécessairement être compensés par les retombées du secteur pharmaceutique.

La mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments, pour l'ensemble des dépenses en médicaments prescrits, à partir du premier dollar dépensé, assurerait d'emblée de réaliser pleinement le premier objectif constitutif quant à l'accès et l'équité. Afin de sélectionner les meilleurs médicaments pour chaque catégorie thérapeutique et influencer les habitudes de prescription des médecins afin de mieux atteindre le second objectif, il faudrait juxtaposer au régime public d'assurance-médicaments un processus d'évaluation des médicaments. Ce

processus doit être rigoureux et proactif quant à la dissémination de l'information et des guides cliniques appropriés pour atteindre pleinement le second objectif. Quant au troisième objectif, sa réalisation doit être étudiée en prenant en compte les objectifs complémentaires de politique industrielle.

Dans ce chapitre, nous proposons d'étudier quatre scénarios pour la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments pour le Canada. Nous prenons pour acquis que les objectifs d'accès et d'innocuité sont non-négociables. Les quatre scénarios varient donc à partir du compromis entre l'objectif de réduction de coûts, et l'objectif de politique industrielle. Ces quatre scénarios possibles sont : 1-la continuité des coûts élevés des médicaments brevetés pour des raisons de politique industrielle avantageuse pour l'industrie pharmaceutique, comme c'est le cas actuellement, 2- l'acceptation d'un compromis coût-politique industrielle afin que le Canada puisse se comparer à la moyenne des pays de l'OCDE en termes de prix, 3-l'intensification des politiques industrielles en matière de coûts des médicaments brevetés, et 4-l'abrogation des politiques industrielles en matière de coûts des médicaments. À noter que la politique industrielle pour attirer l'investissement et créer de l'emploi dans le secteur pharmaceutique peut être poursuivie par d'autres moyens que par la hausse artificielle des prix des médicaments. Nous terminerons donc ce chapitre en développant certaines considérations pour assurer les meilleures politiques industrielles dans le secteur pharmaceutique.

4.1 Scénarios de mise en place d'un régime public universel au Canada

À partir des analyses proposées dans les autres chapitres, il devient maintenant possible de calculer les économies et les dépenses potentielles de la mise en place d'un régime public universel

d'assurance-médicaments lié à un processus rigoureux d'évaluation des médicaments.

Nous pouvons ici reprendre les éléments d'analyses de coûts et bénéfices développés dans les chapitres antérieurs par rapport à la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments. Ces éléments serviront d'hypothèses pour construire quatre scénarios d'implantation d'un régime public universel d'assurance-médicaments selon le degré désiré de politique industrielle en matière de coûts. Nous pouvons identifier 11 éléments d'analyse :

1. Le Canada a dépensé en 2008 pour \$25 141 M en médicaments prescrits.
2. Un régime public universel d'assurance-médicaments, à partir du premier dollar dépensé, occasionnerait une hausse de la consommation de 10%.
3. Un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait de réduire de 2% l'ensemble des dépenses en médicaments prescrits en réduisant les frais d'ordonnance.
4. En instaurant un processus rigoureux d'évaluation des médicaments au Canada, lié à un régime public universel d'assurance-médicaments, on peut estimer que le Canada pourra dégager des économies au moins égales à celles de la Colombie-Britannique, soit d'environ 8% sur l'ensemble des médicaments prescrits. Ce qui signifierait une économie d'environ \$2 Md pour l'ensemble du Canada.
5. Les régimes privés d'assurance-médicaments, ayant des frais d'administration supérieurs d'environ 6% sur les ventes par rapport aux régimes publics, occasionnent des coûts de \$560 M par année en pures pertes en frais administratifs.
6. Les régimes privés d'assurance-médicaments bénéficient de subventions à caractère fiscal de l'ordre de 10% de leurs dépenses. Un régime public universel d'assurance-médicaments aurait permis

de récupérer des subventions à caractère fiscal de l'ordre \$933 M pour l'année 2008.

7. Les franchises mensuelles au Québec occasionnent des coûts inutiles supplémentaires de \$144 M par année et constituent une source importante d'inefficience dans le régime québécois d'assurance-médicaments.

8. Un régime public universel d'assurance-médicaments, en se dotant d'un système d'approvisionnement comme les hôpitaux, pourraient économiser au moins \$1.31 Md par année sur le coût des médicaments génériques, sans réduire les bénéfices des fabricants de génériques.

9. La protection d'exclusivité de 15 ans offerte exclusivement au Québec pour les médicaments brevetés coûte environ \$102 M par année.

10. En choisissant de manière plus rationnelle les pays comparateurs pour déterminer le prix des médicaments brevetés par le CEPMB, le Canada pourrait économiser \$1.43 Md par année.

11. En recourant aux processus d'achat les plus compétitifs, le Canada pourrait économiser \$ 10.2 Md sur les prix départ-usine des médicaments prescrits.

À partir de ces éléments, il devient possible de mesurer les dépenses et économies qu'occasionnerait la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments selon les quatre scénarios en matière de choix de politique industrielle en matière de coûts des médicaments.

Scénario 1 : Continuité des politiques industrielles en matière de coûts

Si la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments devait se faire dans la continuité des politiques industrielles actuelles, favorables à l'industrie pharmaceutique, les économies que pourrait réaliser le nouveau régime seraient tout de même substantielles. Il faudrait prendre en compte les éléments 1 à 8,

mais on maintiendrait les coûts identifiés aux éléments 9 à 11.

En prenant pour hypothèses les éléments d'analyse du rapport, nous pouvons donc constater que, même si nous maintenons les politiques industrielles octroyant des prix favorables aux fabricants de médicaments brevetés et génériques, il est possible d'accomplir des économies substantielles par un régime public universel d'assurance-médicaments. Un tel régime pourrait réaliser des économies de \$1454 M seulement pour les dépenses en médicaments prescrits, soit une réduction de 6%. De plus, un tel régime réaliserait des économies supplémentaires en éliminant les surcoûts administratifs des régimes privés d'assurance-médicaments et en abrogeant les subventions à caractère fiscal dont bénéficient les régimes privés. Ces économies supplémentaires représenteraient \$1493 M, permettant aux citoyens d'économiser au total presque \$ 2.95 Md en dépenses stériles.

Ainsi, même en n'utilisant pas l'important pouvoir de marchandage qu'offre le régime public universel d'assurance-médicaments, ce régime ne s'avère pas plus coûteux que le système actuel, il s'avère en fait plus efficace économiquement même s'il accroît la consommation de 10%.

Scénario 2 : Mise à niveau des politiques industrielles en matière de coûts avec les autres pays de l'OCDE

Nous avons constaté au cours de ce rapport que le Canada a mis en place certaines mesures permettant d'accroître artificiellement les revenus des firmes pharmaceutiques brevetées. La première de ces mesures est la règle des 15 ans pour le Québec, accroissant les dépenses en médicaments prescrits de \$102 M par année. Certains considèrent que cette règle vise à compenser pour la règle de la province la plus favorisée, mais un régime public universel permettrait justement d'instaurer un prix unique des médicaments, abrogeant de facto la règle de la province la plus favorisée. La règle des 15 ans

TABLEAU 4.1 Scénario 1 : Régime public universel d'assurance-médicaments avec continuité des politiques industrielles en matière de coûts

Dépenses actuelles en médicaments prescrits	\$ 25 141 M
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	-8% des dépenses actuelles
Élimination des franchises mensuelles au Québec	-\$144M
Élimination du régime des ristournes pour les génériques	-\$1,310M
Total des économies en médicaments prescrits	-\$1,454M
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	\$ 23 687 M
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-\$560M
Élimination des subventions à caractère fiscal	-\$ 933M
Total des impacts supplémentaires	-\$1,493M
Bilan total des économies nettes	\$2,947M

n'aurait donc plus aucune raison d'être, mis à part pour offrir des privilèges supplémentaires à l'industrie pharmaceutique par rapport aux autres pays de l'OCDE et autres provinces canadiennes. De plus, nous avons vu que le CEPMB fixe ses prix à partir de pays comparateurs dont les prix sont les plus élevés au monde afin d'attirer l'investissement pharmaceutique au Canada. En fixant les prix des médicaments brevetés au Canada sur la médiane des prix des 7 pays les plus généreux envers l'industrie, le Canada se situe normalement au quatrième rang mondial en termes de prix départ-usine des médicaments brevetés. Le Canada pourrait néanmoins modifier son mode de fixation des prix départ-usine des médicaments brevetés en recourant à des pays comparateurs davantage représentatif de la situation du Canada en termes de retombées du secteur pharmaceutique. En prenant en compte les autres pays représentatifs sélectionnés par le CEPMB dans son rapport de 2005, le Canada glisserait alors du quatrième au sixième rang au monde en termes de prix départ-usines des médicaments brevetés. Il économiserait ainsi \$1.43 Md. Le second scénario prend donc en

considération les éléments d'analyse 1 à 8, mais inclut aussi les éléments 9 et 10.

Ce second scénario permettrait donc de réaliser des économies plus substantielles. Il permettrait de faire des économies de \$ 3 Md en dépenses en médicaments prescrits, soit environ 12%. Les économies supplémentaires de \$1493 M seraient maintenues, ce qui permettrait des économies totales de \$4479 M. Les politiques de fixation des prix à un niveau artificiellement élevé sont tout à fait inefficaces en tant que politique industrielle puisque le ratio des dépenses de l'industrie brevetée en R&D par rapport aux ventes est très bas au Canada (8.1%) par rapport aux autres pays de l'OCDE, et ce ratio continue d'aller décroissant depuis 1995. Si le Canada veut se prévaloir de politiques industrielles efficaces, il pourrait utiliser les économies dégagées par un régime public universel d'assurance-médicaments, tel qu'envisagé dans ce second scénario, afin de rediriger ces montants dans des politiques d'innovation plus efficaces, comme les subventions directes, les crédits d'impôt à la recherche, le financement de la recherche publique, ou encore la mise en place de fabricants publics.

TABLEAU 4.2 Scénario 2 : Régime public universel d'assurance-médicaments avec mise à niveau des politiques industrielles en matière de coûts avec les autres pays de l'OCDE

Dépenses actuelles en médicaments prescrits	\$ 25,141M
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	-8% des dépenses actuelles
Élimination des franchises mensuelles au Québec	-\$ 144M
Élimination du régime des ristournes pour les génériques	-\$ 1,310M
Élimination de la règle de 15 ans au Québec	-\$ 102M
Révision du mode de fixation des prix par CEPMB	-\$ 1,430M
Total des économies en médicaments prescrits	-\$ 2,986M
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	\$ 22,155M
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-\$ 560M
Élimination des subventions à caractère fiscal	-\$ 933M
Total des impacts supplémentaires	-\$ 1,493M
Bilan total des économies nettes	\$ 4,479M

Scénario 3 : Intensification des politiques industrielles en matière de coûts

Un troisième scénario serait d'intensifier les politiques industrielles en matière de coûts des médicaments brevetés afin de favoriser plus avantageusement encore l'industrie pharmaceutique au Canada. À cet égard, nous allons considérer la possibilité pour le CEPMB de fixer les prix des médicaments brevetés non pas à partir de la médiane des sept pays comparateurs actuellement utilisés, mais à partir de la médiane des trois pays dont les prix des médicaments brevetés sont les plus chers au monde. En 2008, les trois pays dont les prix départ-usine des médicaments brevetés étaient les plus chers au monde étaient les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse. La médiane du ratio des prix étrangers par rapport à ceux du Canada pour ces trois pays étaient 102% (CEPMB 2009 : 33). En intensifiant sa politique industrielle de cette manière, le Canada pourrait s'assurer de toujours viser le second rang mondial en matière de prix départ-usine des médicaments brevetés, plutôt que le quatrième rang mondial comme

c'est le cas en ce moment. En cas d'intensification des politiques industrielles en matière de coût, le CEPMB augmenterait le prix départ-usine des médicaments brevetés de 2%. Puisque les ventes de médicaments brevetés aux prix départ-usine étaient de \$13 Md en 2008 (CEPMB 2009 : 23), cela signifierait un coût supplémentaire de \$260 M.

Même en gonflant artificiellement les prix départ-usine des médicaments brevetés afin que le Canada se glisse au second rang au niveau mondial, un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait de dégager des économies de 4.7% sur l'ensemble des dépenses en médicaments prescrits, en plus de permettre des économies supplémentaires de près de \$1.5 Md en éliminant les surcoûts administratifs et les subventions à caractère fiscal pour les régimes privés d'assurance-médicaments. Le Canada pourrait réaliser au total des économies de \$2.7 Md.

TABLEAU 4.3 Scénario 3 : Régime public universel d'assurance-médicaments avec intensification des politiques industrielles en matière de coûts

Dépenses actuelles en médicaments prescrits	\$ 25,141M
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	-8% des dépenses actuelles
Élimination des franchises mensuelles au Québec	-\$ 144M
Révision du mode de fixation des prix par CEPMB	+\$ 260M
Élimination du régime des ristournes pour les génériques	-\$ 1,310M
Total des économies en médicaments prescrits	-\$ 1,194M
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	\$ 23,947M
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-\$ 560M
Élimination des subventions à caractère fiscal	-\$ 933M
Total des impacts supplémentaires	-\$ 1,493M
Bilan total des économies nettes	\$ 2,687M

Scénario 4 : Abrogation des politiques industrielles en matière de coûts

Ce quatrième scénario est basé sur l'exemple de la Nouvelle-Zélande qui a mis en place des politiques d'achat de médicaments de sorte de maximiser les réductions de coûts en médicaments prescrits. Il s'agit donc de prendre en compte l'élément d'analyse #11 qui démontre qu'en recourant aux processus d'achats les plus compétitifs, le Canada pourrait économiser \$ 10.2 Md sur les prix départ-usine des médicaments prescrits. Toutefois, cet élément nécessite certaines considérations supplémentaires car il crée des double-comptes avec d'autres éléments. Par exemple, en recourant aux prix de référence par catégorie thérapeutique, l'élément d'analyse #11 inclut les économies possibles par des processus d'évaluation rigoureux des médicaments (#4). De plus, les appels d'offre publics pour les médicaments génériques incluent les économies par l'élimination du régime de ristournes des fabricants génériques (#8). Ensuite, les négociations croisées pour les médicaments

brevetés remplacent les économies possibles par une révision de la fixation des prix des médicaments brevetés (#10). Finalement, puisque #11 a été calculé à partir du niveau actuel de consommation, il devient nécessaire de calculer la hausse de consommation et la baisse des frais d'ordonnance seulement une fois le montant des dépenses ajusté aux économies engendrées par les achats compétitifs.

Le recours à la concurrence de marché dans la politique d'achat des médicaments pourrait ainsi offrir des économies de \$9251 M en médicaments prescrits, soit des économies de 37%. À cela s'ajoute aussi les économies supplémentaires de \$1493 M par l'élimination des surcoûts administratifs des régimes privés et des subventions à caractère fiscal. Un tel régime d'assurance-médicaments réaliserait des économies totales de \$10.7 Md par année. Si ce scénario est tout à fait réalisable avec de la volonté politique, il reste un scénario inquiétant pour l'industrie pharmaceutique, bien implantée au Canada, qui verrait certains de ses avantages disparaître. Néanmoins, en contenant les coûts

TABLEAU 4.4 Scénario 4 : Régime public universel d'assurance-médicaments avec abrogation des politiques industrielles en matière de coûts

Dépenses actuelles en médicaments prescrits	\$ 25,141M
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Économies par achats compétitif	-\$ 10,200M
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses
Élimination des franchises mensuelles au Québec	-\$ 144M
Élimination de la règle de 15 ans au Québec	-\$ 102M
Total des économies en médicaments prescrits	-\$ 9,251M
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	\$ 15,890M
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-\$ 560M
Élimination des subventions à caractère fiscal	-\$ 933M
Total des impacts supplémentaires	-\$ 1,493M
Bilan total des économies nettes	\$ 10,744M

des médicaments, il ne s'agit pas ici de chercher à décourager les investissements de l'industrie pharmaceutique au Canada. Au contraire, des politiques industrielles fortes peuvent être mises en place par d'autres voies. Il s'agit néanmoins d'organiser les ressources pour se doter des politiques industrielles les plus efficaces.

4.2 Considérations sur la politique biopharmaceutique canadienne

Comme nous l'avons mentionné, la poursuite du double-objectif de contenir les coûts des médicaments et d'accroître les revenus des firmes pharmaceutiques est problématique. Tout accroissement des revenus signifie nécessairement que quelqu'un doit accroître ses dépenses. Il est toutefois normal que le Canada se dote de politiques industrielles favorables pour ses firmes, et particulièrement pour les firmes de haute technologie, afin d'attirer les investissements et bénéficier des retombées en termes d'emploi et de développement d'expertise. Toutefois, les politiques industrielles doivent être développées

et appliquées en considérant les coûts de ces politiques par rapport aux retombées qu'elles engendrent sur l'économie.

Il faut comprendre que plusieurs politiques industrielles peuvent être favorables au secteur pharmaceutique : subventions directes, subventions à caractère fiscal, commercialisation de la recherche publique en partenariat avec les firmes, extension des droits de propriété intellectuelle, garanties de prêt, etc. Dans les quatre scénarios de la section précédente, nous avons traité de seulement deux politiques industrielles favorables à l'industrie pharmaceutique, soit la règle des 15 ans au Québec et, surtout, le choix de fixer des prix délibérément élevés pour les médicaments brevetés. Puisque toute volonté politique pour tenter de profiter des économies d'un régime public universel d'assurance-médicaments dépendra d'une analyse entre les coûts publics des politiques industrielles par rapport à leurs retombées, il nous semble important d'éclaircir quelques points fondamentaux: 1-identifier les retombées économiques du secteur biopharmaceutique au Canada, 2-déterminer la contribution

de l'industrie biopharmaceutique dans la R&D au Canada, 3-évaluer la pertinence des politiques industrielles axées sur l'accroissement des coûts des médicaments.

1. Les retombées du secteur pharmaceutique au Canada

Les retombées du secteur pharmaceutique au Canada sont difficiles à évaluer précisément. Toutefois, différentes sources nous permettent de tracer les contours de cette industrie au Canada. Selon Statistique Canada²⁶, en 2007, l'industrie pharmaceutique employait 27 376 travailleurs, réalisait des recettes de 8.3 Md\$, et produisait pour \$4.8 Md en valeur ajoutée (le total de la valeur créée par l'entreprise). Toutefois, \$6.8 Md en recettes provenait des exportations alors que le Canada importait pour \$12.2 Md, accusant donc un déficit commercial de \$5.4 Md. Ces chiffres de Statistique Canada sont toutefois sous-évalués puisqu'ils ne considèrent que les firmes pharmaceutiques dont l'activité principale est la production de médicaments, et omettent les contributions des firmes pharmaceutiques dont le métier de base était la recherche ou la commercialisation.

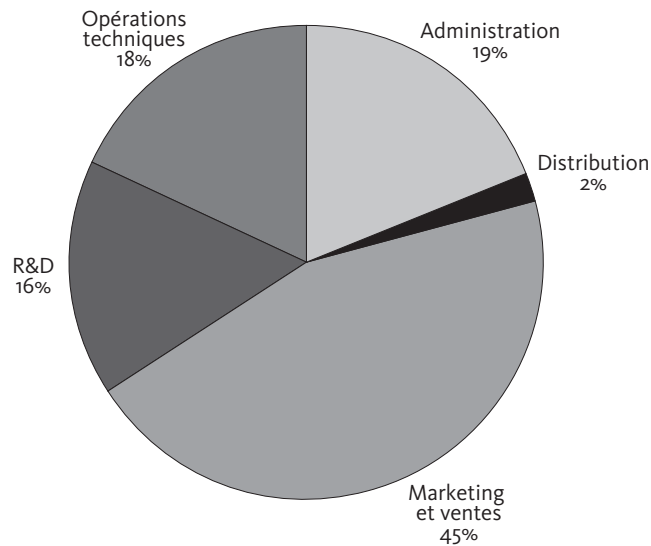
Un sondage des firmes pharmaceutiques membres du regroupement Rx&D, la principale association des firmes pharmaceutiques innovatrices au Canada, montrait qu'environ 86% des emplois directs et indirects créés par ces firmes étaient situés au Québec et en Ontario (PriceWaterhouseCooper 2005). Dans sa nouvelle stratégie biopharmaceutique publiée en octobre 2009, Québec évaluait à 20 900 le nombre d'emplois reliés au secteur biopharmaceutique en 2008 (MDEIE 2009), alors que le Ministry of Economic Development and Trade de l'Ontario estimait à plus de 21 000 le nombre des employés ontariens pour ce secteur. On peut donc estimer que les 42 000 employés du Québec et de l'Ontario constituent environ 86% du total des employés au Canada. Avec une estimation généreuse, nous pouvons considérer que le secteur biopharmaceutique

(breveté, générique et biotechnologique) emploie 50 000 personnes au Canada. Puisque ce chiffre représente presque le double des employés pris en compte par Statistique Canada, nous pouvons obtenir un portrait plus précis simplement en doublant les chiffres de Statistique Canada sur les recettes et la valeur ajoutée. Nous pouvons donc considérer que l'industrie biopharmaceutique au Canada (breveté, biotechnologique et générique) génère au plus \$16.6 Md de recettes et crée pour un maximum de \$9.6 Md en valeur ajoutée. Puisque, selon Statistique Canada, le salaire moyen en 2007 d'un employé du secteur biopharmaceutique était \$59 834, on peut considérer que l'industrie a généré une masse salariale totale d'environ \$3 Md.

Un sondage auprès des firmes membres de Rx&D permet de nous donner une idée plus exacte de la répartition par type de cette masse salariale : 41% des employés s'occupent de tâches promotionnelles alors que 17% s'emploient à la R&D. Toutefois, des variations salariales importantes sont observées par type d'emploi puisque, par exemple, les premiers sont payés 18% de plus que les seconds. En répartissant la masse salariale selon les types d'emploi, nous pouvons avoir une image plus juste de la répartition des ressources dans ce secteur.

Force est de constater que l'industrie biopharmaceutique déploie trois fois plus d'effort pour la vente et la promotion de ses produits que pour la R&D. Considérant que la R&D ne constitue que 16% de la masse salariale de \$3 Md, on peut donc estimer que l'ensemble de l'industrie pharmaceutique canadienne n'a dépensé que \$480 M en masse salariale pour la R&D en 2008, alors qu'elle a dépensé environ \$1350M en masse salariale pour la vente et la promotion de ses produits. Les incitatifs financiers de l'industrie semblent beaucoup plus axés sur l'accroissement de la promotion pour générer des ventes que sur l'accroissement de la recherche pour découvrir de nouveaux traitements.

FIGURE 4.1 Répartition de la masse salariale par type d'emploi dans les entreprises de Rx&D, 2003



SOURCE PriceWaterhouseCoopers 2005, Rx&D

2. La contribution de l'industrie pour la R&D

Dans le discours dominant, on accorde une très grande importance à la contribution de l'industrie à la R&D pharmaceutique. Le déploiement des politiques industrielles dans ce secteur est constamment justifié par la nécessité d'attirer des fonds privés afin d'entreprendre la R&D qui permettra de découvrir de nouveaux traitements innovants. Très peu de considération, toutefois, est portée à l'importance de la recherche financée publiquement. Cette dernière est souvent considérée comme un élément secondaire, marginal par rapport à la R&D financée par l'industrie. Il est difficile d'expliquer pourquoi cette préconception reste aussi persistante alors que les chiffres démontrent clairement le contraire. Bien qu'il soit impossible de comparer les dépenses publiques et privées en R&D pharmaceutique, Statistique Canada propose une analyse détaillée de ces dépenses pour l'ensemble de la recherche en santé (Statistique Canada 2009).

Les fonds provenant de l'étranger sont en presque totalité des fonds provenant de firmes étrangères en partenariat avec des firmes locales.

Considérant que les seules firmes brevetées ont déclaré des dépenses totales de \$1325 M en R&D en 2007, on constate que la R&D pharmaceutique accapare la majeure partie de la recherche en santé. On peut estimer que les entreprises d'affaires (+étranger) ont financé 39% de l'ensemble de la R&D brute du domaine de la santé. Toutefois, ce chiffre ne prend pas en compte un élément fondamental du financement de la recherche au Canada, soit les subventions à caractère fiscal. En additionnant les subventions fédérales et provinciales, on remarque que dans chaque province des subventions substantielles sont accordées pour la R&D. Le Québec est la province la plus généreuse puisque les deux tiers des dépenses en R&D des entreprises d'affaires sont en fait financées par les subventions publiques.

En prenant en compte ces subventions à caractère fiscal, il est possible de recalculer la contribution réelle des entreprises d'affaires brevetées à la R&D pharmaceutique au Canada. En fait, 59% des dépenses brutes sont des subventions à caractère fiscal et proviennent donc indirectement des fonds publics.

TABLEAU 4.5 Dépenses intérieures brutes en R&D dans le domaine de la santé au Canada par secteur de financement, 2007 (\$M)

Administration fédérale	1,185
Administrations provinciales	341
Entreprises d'affaires	1,619
Enseignement supérieur	1,677
Privé sans but lucratif	509
Étranger	777
Total	6,109

SOURCE Statistics Canada 2009

TABLEAU 4.6 Subventions à caractère fiscal par province pour les dépenses en R&D au Canada, 2007 (incluant les subventions fédérales)

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Taux effectif de subvention fiscale pour la R&D (%)	-96.6	-40.3	-153.5	-142	-112.7	-202	-151	-146.2	-35	-139.5
Coût net de la R&D par \$ dépensé par l'industrie (\$)	0.51	0.71	0.39	0.41	0.47	0.33	0.40	0.41	0.74	0.42
Subvention publique incluse dans chaque \$ dépensé par l'industrie (\$)	0.49	0.29	0.61	0.59	0.53	0.67	0.60	0.59	0.26	0.58

SOURCE McKenzie (2005; 2008)

TABLEAU 4.7 Subventions à caractère fiscal incluses dans les dépenses canadiennes de R&D des firmes pharmaceutiques brevetées, 2007

	Provinces de l'Ouest	Ontario	Québec	Provinces Atlantiques	Canada
Taux effectif de subvention fiscale pour la R&D (%)	-108.1	-112.7	-202	-117.9	-
Coût net de la R&D par \$ dépensé par l'industrie (\$)	0.48	0.47	0.33	0.46	-
Subvention publique incluse dans chaque \$ dépensé par l'industrie (\$)	0.52	0.53	0.67	0.54	-
Dépenses brutes de R&D par industrie pharmaceutique brevetée (M\$)	124	567.8	561.7	20.5	1274
Dépenses nettes de R&D par industrie pharmaceutique brevetée (M\$)	59.5	266.9	185.4	9.4	521.2
Subvention publique incluse dans la R&D totale (M\$)	64.5	300.9	376.3	11.1	752.8

SOURCE McKenzie (2005; 2008); CEPMB 2009

Alors que les dépenses courantes déclarées en R&D par les firmes pharmaceutiques brevetées sont \$1274 M, les dépenses réelles (nettes) sont \$521 M. Les fonds publics représentent 144% des fonds privés.

En considérant l'ensemble de la R&D en santé à partir de ces mêmes taux, il est possible d'estimer que \$1414 M des \$2396 M de la R&D des entreprises d'affaires (+étranger) provient des fonds publics. Le financement privé provenant de l'industrie ne constitue donc que 16%

de l'ensemble de la R&D dans le domaine de la santé. La faiblesse de la part des entreprises dans le financement de la R&D dans le secteur pharmaceutique ou dans l'ensemble du domaine de la santé est problématique. Elle oblige à nous questionner sur la volonté d'organiser tout le système national d'innovation pharmaceutique autour de la R&D des entreprises, alors que le financement net de la R&D par les entreprises est au bout du compte relativement faible, voire marginal.

3. Les politiques industrielles basées sur les coûts des médicaments sont-elles efficaces?

Accroître le revenu des firmes du secteur biopharmaceutique par des politiques de prix avantageux s'avère complètement inefficace pour plusieurs raisons. D'abord, elles sont inévitables sur le plan interprovincial. L'industrie biopharmaceutique est concentrée en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. Ces trois provinces accaparaient 94% des capitaux de risque dans ce secteur en 2008 (MDEIE 2009). Les provinces les plus pauvres, dont Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard, ne bénéficiaient pratiquement d'aucune retombée du secteur pharmaceutique sur leur territoire (Invest in Canada 2009). Pourtant ces provinces paient les mêmes prix élevés que le reste du Canada afin de favoriser l'industrie pharmaceutique nationale établie dans les provinces plus riches. Les provinces les plus pauvres défraient donc une part des coûts du développement des provinces riches sans aucune contrepartie.

Dans les scénarios étudiés ci-haut, nous avons pu constater que le Canada fixe délibérément ses prix à un niveau plus élevé afin d'encourager la recherche et le développement sur son territoire. Le scénario #2 montrait que le Canada pourrait économiser \$1.43 Md s'il mettait ses politiques industrielles en matière de coûts des médicaments brevetés au niveau des autres pays de l'OCDE. La raison officielle du CEPMB pour le prix arbitrairement élevé de nos médicaments brevetés est

d'encourager la recherche et le développement. L'ensemble des dépenses en R&D de l'industrie pharmaceutique brevetée est \$1.31 Md, dont 59% de ce montant est constitué de subventions à caractère fiscal. La politique du CEPMB est donc un échec complet puisqu'elle conduit les Canadiens à dépenser \$1530 M pour générer des dépenses en R&D de \$537 M. Le Canada aurait tout à gagner à utiliser cet argent différemment s'il veut encourager la R&D pharmaceutique. Par exemple, le Canada pourrait envisager d'utiliser cet argent pour financer de nouveaux modes d'incitatifs à l'innovation pharmaceutique, par exemple sur les bases de leur impact global sur la santé, tel que proposé par le Health Impact Fund (Hollis and Pogge 2008).

Dans le scénario #4, nous avons examiné la possibilité d'abroger toute politique industrielle en matière de coût des médicaments. Si le Canada se dotait d'un système d'achat plus compétitif pour ses médicaments, il pourrait économiser \$10.2 Md. Cet argument est toutefois quelque peu problématique. Si seul le Canada adopte cette stratégie, il réaliserait des économies importantes et les prix élevés à l'étranger assureraient des revenus suffisants pour que l'industrie pharmaceutique transnationale maintienne un niveau de profit suffisant servant d'incitatif à développer de nouveaux produits. Toutefois, si tous les pays se dotaient d'un système d'achats plus compétitifs, les profits baisseraient à un point tel que l'industrie n'aurait peut-être plus d'incitatifs suffisants pour développer de nouveaux produits. Les gains statiques pour le Canada pris isolément pourraient se transformer en pertes dynamiques sur le long terme si tous les pays faisaient de même, à moins que ces pays mettent en place des infrastructures publiques pour la recherche et la commercialisation de nouveaux médicaments.

Malgré ces considérations, le coût économique de la politique industrielle canadienne est simplement abusif. Les coûts d'une politique industrielle ne peuvent se justifier que par l'effet

multiplicateur de retombées économiques. Par exemple, une subvention gouvernementale de \$1 M pour une entreprise serait tout à fait justifiable si cela pouvait permettre d'en multiplier les retombées, par exemple en créant 5 à 10 fois ce montant en valeur ajoutée (salaires, taxes et profits). Dans le cas du secteur pharmaceutique canadien, il est économiquement injustifiable que les Canadiens paient un surplus de \$10.2 Md pour créer seulement \$9.6 Md en valeur ajoutée.

Cette réalité va à l'encontre de toute logique économique et démontre une inefficience complète dans les politiques industrielles actuelles basées sur les coûts des médicaments. Dans ces conditions, les retombées économiques seraient plus importantes si, selon la formule de John Maynard Keynes, l'État utilisait ce montant pour embaucher des employés afin de creuser des trous et les reboucher.

Conclusion

Un régime public universel d'assurance-médicaments, à partir du premier dollar dépensé, institué conjointement avec un processus rigoureux d'évaluation des médicaments, permettrait non seulement d'assurer une plus grande équité dans l'accès aux médicaments et d'améliorer l'innocuité des médicaments, il permettrait de contenir les coûts inflationnistes en dépenses de médicaments et ce, peu importe la politique industrielle choisie par le Canada.

Bien qu'il soit clairement démontré que les politiques industrielles visant à accroître artificiellement les coûts des médicaments sont tout à fait inefficaces pour générer des retombées pharmaceutiques proportionnelles, ce rapport vise seulement à démontrer l'inefficience économique du régime actuel d'assurance-médicaments. En comparant les divers régimes provinciaux d'assurance-médicaments, nous avons pu identifier les éléments problématiques des régimes actuels et nous avons pu mesurer les économies que pourrait générer un régime public universel à partir du premier dollar dépensé. La comparaison du Canada avec les autres pays de l'OCDE démontre en fait que le Canada peut être considéré un modèle d'inefficience en matière de politique

du médicament : 1-nous payons plus chers par habitant des médicaments dont les coûts augmentent plus rapidement qu'ailleurs, 2-nos régimes publics sont inéquitables puisqu'ils n'offrent pas une couverture convenable à une bonne partie de la population, 3-les maigres retombées industrielles dans le secteur biopharmaceutique sont sans commune mesure aux montants consentis par les Canadiens en privilèges de toutes sortes à l'industrie.

Le Canada a dépensé \$25.1 Md en médicaments prescrits en 2008. Nous avons montré qu'un régime public universel d'assurance-médicaments à partir du premier dollar dépensé générerait des économies de près de \$3 Md (12%) si nous conservions les politiques industrielles actuelles, \$4.5 Md (18%) si, en termes de politique industrielle biopharmaceutique, nous ramenions le Canada au niveau de pays comparables de l'OCDE, et de \$10.7 Md (43%) si nous abrogeons tout privilège consenti à l'industrie en matières de coûts des médicaments.

Le principal argument normalement invoqué contre la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments est l'argument d'ordre économique. Ce rapport a démontré que

l'argument économique réclame à grands cris un tel régime, quelle que soit la politique industrielle envisagée par la suite.

Ne soyons pas naïfs: la mise en place au Canada d'un régime d'assurance-médicaments, public, universel, à partir du premier dollar dépensé, n'est pas simple. Un financement public, même moins élevé, est souvent plus difficile à justifier publiquement que des dépenses privées plus importantes. Un régime national devra trouver une formule d'équilibre afin d'assurer une cohérence dans l'ensemble du Canada tout en respectant la juridiction des provinces en santé.

Mais ces obstacles ne sont pas insurmontables, bien au contraire. Une politique claire avec une réelle volonté politique permettrait à l'ensemble des Canadiens de jouir d'un accès équitable et universel aux meilleurs traitements disponibles, et ce, en économisant substantiellement par rapport aux régimes actuels.

L'analyse contenue dans ce rapport aura démontré que le seul obstacle empêchant la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments équitable et efficace est celui de l'indolence politique, et non pas les contraintes liées aux coûts économiques.

Notes

1 Le Québec est la seule province ayant choisi de ne pas participer à cette stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Selon les ententes, le Québec continue toutefois de partager l'information et les meilleures pratiques en matière de santé avec le reste du pays.

2 Le gouvernement fédéral offre l'assurance-médicaments aux Autochtones canadiens, aux anciens combattants, aux membres des forces armées et de la GRC, aux détenus des établissements correctionnels fédéraux et aux réfugiés.

3 Selon le rapport annuel de gestion 2008–2009 de la régie de l'assurance-maladie du Québec, les frais administratifs du Fonds de l'assurance-médicaments étaient de 1.7% (RAMQ 2009 : 97).

4 Afin de rester conservateur dans les estimations des économies possibles, nous n'incluons pas les autres coûts engendrés par les régimes privés d'assurance-médicaments et payés par les primes des particuliers, comme les frais de courtage et de représentation ou les profits versés aux actionnaires.

5 L'Ontario a annoncé en avril 2010 que le prix passerait à 25% en 2010.

6 L'économiste Robert Evans, en conférence publique à Montréal le 26 novembre 2009, faisait remarquer la nature extrêmement régressive de ce type de subvention à caractère fiscal qui profite d'abord aux actionnaires des entreprises. De plus, il mentionnait que le simple retrait des privilèges fiscaux cachés accordés aux employeurs se prévalant de régimes d'assurance privée en matière de santé et de médicaments pourrait faire en sorte que l'option d'un régime public universel d'assurance-médicaments devienne beaucoup plus intéressante et souhaitable aux yeux des contribuables (voir aussi Evans 2009).

7 Un ménage est considéré sous-assuré s'il dépense plus de 2.5% de son revenu en dépenses personnelles en médicaments ; il est considéré non-assuré s'il dépense plus de 4.5% de son revenu en dépenses personnelles en médicaments. Ce ratio n'inclut pas le montant des primes d'assurance.

8 À noter que les régimes privés d'assurance-médicaments au Québec n'exigent normalement pas de franchises mensuelles. Les pharmaciens dispensent toutefois pour eux-aussi des ordonnances d'un mois, par simple habitude mise en place par le régime public.

9 Les inhibiteurs COX-2 sont une catégorie d'anti-inflammatoires dont les plus connus sont le Vioxx,

le Bextra et le Celebrix. Le Vioxx a été retiré du marché en 2004 puisqu'un de ses effets secondaires importants était qu'il multipliait les problèmes cardio-vasculaires et la possibilité de crises cardiaques. Cet épisode a été surnommé "le scandale du Vioxx" puisqu'on a découvert que les preuves d'existence d'effets secondaires existaient depuis plusieurs années, mais elles avaient été camouflées par son fabricant, la firme Merck. Les estimations statistiques fondées sur des essais cliniques suggèrent que des dizaines de milliers de personnes aux États-Unis seraient décédées suite à la consommation de Vioxx (Topol 2004). On peut en déduire que des centaines, voire des milliers de Canadiens sont aussi décédés suite à un traitement au Vioxx.

10 Règlements du Council of the College of Pharmacists of British Columbia, Règlement 5, par. 35(2) et (3).

11 Il est important de mentionner qu'un délai d'attente plus court n'est pas nécessairement meilleur pour une population puisqu'un plus long délai permet de constater si un médicament cause des effets adverses dans les autres pays où il a été introduit. Le raccourcissement des délais démontre simplement que le PCEM ne crée pas une lourdeur administrative supplémentaire, mais occasionne plutôt un allègement des procédures.

12 Le Québec est normalement réfractaire aux initiatives fédérales en matière de santé, craignant que le fédéral empiète trop largement sur une juridiction provinciale. La méfiance du Québec est tout à fait compréhensible. Toutefois, le PCEM a été mis sur pied avec une grande flexibilité quant à l'articulation fédérale-provinciale. Le PCEM vise à conseiller les provinces, mais les décisions quant aux formulaires restent purement provinciales. Le refus du Québec d'adhérer au PCEM repose donc sur une raison autre que de préserver l'autonomie de sa juridiction.

13 Projet de loi n° 67 : Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

14 Cette estimation est de loin supérieure à l'évaluation de \$25 M faite par le Ministère des Finances du Québec en 2005, mais reste inférieure à l'évaluation

de \$120 M faite par l'Association canadienne du médicament générique (ACMG 2010).

15 Tirées du site web du CEPMB (consulté les 5 décembre 2009) : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/francais/View.asp?x=272>. Le CEPMB a toutefois modifié le compendium de ses politiques, lignes directrices et procédures en juin 2009. Les modifications devaient entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2010 afin de resserrer certains contrôles. Toutefois, les changements restent relativement mineurs (IHS Global Insight 2009).

16 Par exemple, le Code de déontologie des pharmaciens du Québec stipule clairement: « 3.05.06: Un pharmacien doit s'abstenir de recevoir, en plus de la rémunération à laquelle il a droit, tout avantage, ristourne ou commission relatif à l'exercice de sa profession. De même, il ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à verser un tel avantage, ristourne ou commission. »

17 La présidente de l'ODBP, Helen Stevenson, a démissionné en juin 2010 suite à une nouvelle série de menaces de mort après l'annonce de l'abolition des ristournes aux pharmaciens par les fabricants de génériques (Radwanski 2010).

18 En avril 2010, le ministre de la santé de l'Ontario, Deb Matthews a annoncé que le prix des génériques seraient réduits de 50% à 25% du prix du médicament d'origine afin d'éliminer les allocations professionnelles versées par les fabricants de génériques aux pharmacies. Selon le site web du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario, la province de l'Ontario estime ainsi économiser \$750 M en allocations professionnelles. Pour compenser les baisses de revenus des pharmacies, le gouvernement ontarien compte investir \$224 M pour augmenter leur revenu, principalement en haussant les frais d'ordonnance (Canadian Press 2010). Afin d'éviter que les pharmacies compensent ces pertes de revenus en augmentant les prix pour les médicaments achetés par les régimes privés ou les individus, ces réductions s'appliqueraient autant pour le régime public d'assurance-médicaments que pour les régimes privés et les patients payant leurs médicaments de leur poche (à partir de 2013). Toutefois, dans le système actuel, il est probable que la baisse

des prix en Ontario soit compensée par une hausse des prix dans les autres provinces, comme cela avait été le cas en 2006 (Silversides 2009a). Les économies en Ontario ne se traduiront pas nécessairement en économies au plan national.

La nouvelle politique de l'Ontario ne pourra réussir que si les provinces parviennent à coordonner leurs politiques provinciales des prix des médicaments génériques. Dans une lettre envoyée à ses homologues provinciaux, la ministre ontarienne de la santé réclamait une meilleure coordination des politiques provinciales afin d'assurer que la nouvelle politique de l'Ontario soit un succès (Howlett et Seguin 2010). La nécessité d'une telle coordination interprovinciale pour une simple politique de prix pour les médicaments génériques a même conduit le Premier ministre ontarien Dalton McGuinty à déclarer que la situation actuelle démontrait la nécessité d'un véritable régime national public d'assurance-médicaments (Ferguson 2010).

Si cette nouvelle politique de l'Ontario est digne d'intérêt, elle repose toutefois sur des mauvaises prémisses puisqu'elle fixe arbitrairement le prix des génériques peu importe leur coût de production. Pour les médicaments génériques dont le coût de production est inférieur à 25% du prix du médicament d'origine, il est fort à parier que certains types de ristournes subsisteront. Pour les médicaments génériques dont le coût de production est supérieur à 25% du prix du médicament d'origine, il est fort possible que nous soyons confrontés à une baisse de production et des problèmes de rupture de stock. Le recours aux appels d'offre permet de contourner ces deux problèmes tout en réalisant des économies encore plus substantielles

puisque les coûts de production sont normalement moindres que 25% du prix du médicament d'origine.

19 Les médicaments de marque non-brevetés sont normalement les médicaments de marque dont le brevet est expiré.

20 Ces présentations mettent à jour et complètent celles déjà proposées par Palmer D'Angelo Consulting Inc. (2002).

21 Information obtenue sur le site de la CNAM : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/quels-remboursements-pour-vos-medicaments.php> (consulté le 10 décembre 2009).

22 Une liste négative signifie que tous les médicaments sont couverts, sauf ceux dont le nom apparaît sur la liste.

23 \$1 CAN vaut approximativement 7,5 couronnes suédoises (PPA, OECD Health Data).

24 Voir le site du PBS : <http://www.pbs.gov.au/html/consumer/pbs/about> (consulté le 10 décembre 2009)

25 Information obtenue sur le site du PBS : www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/pharmacists/pricing.jsp (consulté le 10 décembre 2009).

26 Pour les statistiques provenant de Statistique Canada, nous avons utilisé les données disponibles sur le site d'Industrie Canada (<http://www.ic.gc.ca/cis-sic/cis-sic.nsf/1DE/cis-sic3254defe.html>, consulté le 10 décembre 2009). Nous avons utilisé les données pour le groupe industriel « Fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments » (SCIAN 3254)

APPENDICE

Description des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments au Canada

Régime	Bénéficiaires	Prime	Franchise	Participation coûts	Quote-part MAX
COLOMBIE-BRITANNIQUE					
Fair Pharmacare (âge d'or)	Un membre né avant 1939	–	0 à 2 % (du rev. familial)	25%/ordonnance	1,25 % à 3 %
Fair Pharmacare (E)	Tous les autres	–	0 à 3 % (du rev. familial)	30%/ordonnance	2 % à 4 %
Pharmacare B	CHSLD	–	–	–	–
Pharmacare C	Aide sociale	–	–	–	–
Pharmacare D	Fibrose kystique	–	–	–	–
Pharmacare F	Enfant handicap	–	–	–	–
Pharmacare G	Santé mentale	–	–	–	–
Pharmacare P	Soins palliatifs à domicile	–	–	–	–
ALBERTA					
Personnes âgées	65 ans et + (individu)	63,5 \$ (mensuel)	–	20%/ordonn. (max 15\$ ch)	–
	65 ans et + (famille)	118 \$ (mensuel)	–	–	–
Veuves / veufs	55 à 64 ans	–	–	30%/ordonn. (max 25\$ ch)	–
Soins palliatifs	À domicile	–	–	30%/ordonn. (max 25\$ ch)	1 000 \$
Aucun groupe	Celibataires	123 \$ (subv : 86,10\$) / 3 mois	–	30%/ordonn. (max 25\$ ch)	–
	Familles	246 \$ (subv: 172,20\$) / 3 mois	–	–	–
Médicaments très coûteux	ex : greffe, VIH, etc.	–	–	–	–
Revenu de soutien	Aide sociale	–	–	–	–

Régime	Bénéficiaires	Prime	Franchise	Participation coûts	Quote-part MAX
AISH	Incapacité permanente	-	-	-	-
Alberta Adult Health Benefit	Retour sur marché travail	-	-	-	-
Alberta Child Health Benefit	Enfant familles à faible revenu	-	-	-	-
ONTARIO					
Médicaments Ontario (ODB)	65+ = Revenu 16 018*/24 175** et +	-	100\$ par personne	6,11\$/ordonnance (max)	-
	65+ = Revenu 16 018*/24 175** et -	-	-	2\$/ordonnance (max)	-
	CHSLD	-	-	2\$/ordonnance (max)	-
	Foyers soins spéciaux	-	-	2\$/ordonnance (max)	-
	Soins à domicile	-	-	2\$/ordonnance (max)	-
Médicaments Trillium (TDP)	Aide sociale	-	-	2\$/ordonnance (max)	-
	Coûts élevés vs revenu (+4% rev)	-	En fonction du revenu	2\$/ordonnance (max)	-
Médicaments Spéciaux	-	-	-	-	-
New Drug Funding Program	Cancer	-	-	-	-
Inherited Metabolic Diseases	Désordres métaboliques	-	-	-	-
Respiratory SVP High-Risk Infants	Nouveaux-nés	-	-	-	-
QUÉBEC					
RAMQ	Aide-sociale	-	-	-	-
	65+ (94% et plus de SRG***)	-	-	-	-
	65+ (moins de 94% du SRG***)	0 à 585\$ annuel (fct revenu)	14,95\$ / mois	32% coûts/ordonnance	49,97 \$ / mois
	65+	0 à 585\$ annuel (fct revenu)	14,95\$ / mois	32% coûts/ordonnance	79,53 \$ / mois
	Tous les autres (sans privé)	0 à 585\$ annuel (fct revenu)	14,95\$ / mois	32% coûts/ordonnance	79,53 \$ / mois
SASKATCHEWAN					
Special Support	Tous les résidents	-	3,4 % du revenu	En fct du revenu ajusté*	-
Seniors Drug Plan	65+ (revenu : - de 64 044\$)	-	-	15\$ /ordonn.	-
Seniors (Deductible)	SRG** + foyer soins spéciaux	-	100\$ semi-annuel	35% /ordonnance	-
	SRG** + foyer soins spéciaux	-	200\$ semi-annuel	35% /ordonnance	-
Emergency Assist. Program	Urgence (revenu)	-	-	Proportionnel capacité payer	-

Régime	Bénéficiaires	Prime	Franchise	Participation coûts	Quote-part MAX
Family Health	Nbre enfants - revenu	-	100\$ semi-annuel	35% /ordonn. (0 pour enfant)	-
Supplementary Health	Aide sociale	-	-	2\$ /ordonn (0 pour enfant)	-
SAIL (Sask Aids to Inp. Living)	Paraplégie, fibrose k., etc.	-	-	-	-
Palliative Care Program	Phase terminale	-	-	-	-
Workers Health Benefits Program	Travailleurs (bas revenu)	-	100\$ semi-annuel	35% /ordonnance	-
Children's Insulin Pump Program	Enfants (diabète)	-	-	-	-
Children's Drug Plan	Enfants âgés de 14 et -	-	-	15\$ /ordonnance (max)	-

MANITOBA

Régime d'assurance médicaments	-	-	% du rev. (2,69% à 6,08%*)	-	-
Programme aide emploi/revenu	-	-	-	-	-
Foyers soins personnels	-	-	-	-	-
Soins palliatifs	-	-	-	-	-

NOUVEAU-BRUNSWICK

Plan A	Âgées SRG**			9,05 \$ / ordonnance	250 \$
	Âgées sans SRG** - faible revenu			15 \$ / ordonnance	
Plan B	Fibrose kystique	50\$ / an	-	20% /ordonn (20\$ max)	500\$ / famille
Plan E	Établissement autorisé	-	-	4 \$ /ordonnance	250 \$
Plan F	Carte Min. Dév. Social			4 \$ /ordonn (2\$ enfants)	250 \$ / famille
Plan G	Enfants spéciaux + Dév Social	-	-	-	-
Plan H	Ordonnance neurologue	50\$ / an	-	En fct du rev. (0 à 100%)	-
Plan R	Greffe d'organes	50\$ / an	-	20 % /ordonn (20\$ max)	500 \$ / famille
Plan T	Hormone de croissance	50\$ / an	-	20 % /ordonn (20\$ max)	500 \$ / famille
Plan U	VIH	50\$ / an	-	20 % /ordonn (20\$ max)	500 \$ / famille
Plan V	Foyers autorisé soins infirmiers	-	-	-	-

NOUVELLE-ÉCOSSE

Seniors	Avec SRG			30% /ordonnance	382 \$
	Sans SRG	Jusqu'à 424\$ / an		30% /ordonnance	382 \$
Min. serv. comm.	Avec aide au revenu			5 \$ /ordonnance	

Régime	Bénéficiaires	Prime	Franchise	Participation coûts	Quote-part MAX
Cancer	Revenu familial - de 15 720\$ et +	-	-	-	-
Programme Family	Familles	-	En fonction du revenu	20% /d'ordonnance	En fonction du revenu
Diabète	Diabétique	-	En fonction du revenu	20% /d'ordonnance	-
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD					
Seniors Drug Cost Assistance	65 ans et +	-	-	11\$ + frais pharmacien	-
Children-in-Care	Direction protection enfance	-	-	-	-
Family Health Benefit	1 enfant et rev. moins de 24 800\$	-	-	frais pharmacien	-
Financial Assistance	Social assist. Act	-	-	-	-
Erythropoietin	Insuffisance rénale	-	-	-	-
Diatebe Control	Diabète	-	-	Insuline : 10\$ fiole, etc.	-
High Cost Drug		-	-	Fct du rev. + frais pharmacien	-
Community Mental Health	Psychiatriques	-	-	-	-
MTS		-	-	-	-
Inst Pharmacy / Nursing Home	Foyer soins privés + Social assist	-	-	-	-
Spécifique : VIH, fibrose k., etc.		-	-	-	-
Quit smoking		-	-	-	-
Nutrition program	Enfants et femmes enceinte	-	-	-	-
TERRE-NEUVE-LABRADOR					
Senior Subsidy	SRG**	-	-	Frais prof. et surcharges (max 10%)	-
Income Support	Chômage + autres (enfants..)	-	-	-	-
Low Income Drug	Faible revenu	-	-	Fct du rev. fam. (paliers 20%-70%)	-
High Cost Drug	Fardeau financier élevé	-	-	Combinaison revenu et coût	5% à 10% du revenu
Special Needs	Fibrose kysique ou croissance	-	-	-	-
YUKON					
Pharmacare	65+	-	-	-	-
Chronic Disease		-	-	-	-
Children and Optical	Moins 19 ans et famille faible rev	-	250\$ (ind) ou 500\$ (famille)	-	-

Régime	Bénéficiaires	Prime	Franchise	Participation coûts	Quote-part MAX
TERRITOIRES DU NORD-OUEST					
Extended Health Specified Diseases	Maladie spécifique	-	-	-	-
Seniors	Métis+Autoch - 60+	-	-	-	-
Metis	Déf. très précise	-	-	-	-
Indigent	Démunis	-	-	-	-
NUNAVUT					
Extended Health	Maladie spécifique ou 65+	-	-	-	-
Indigent	SRG**	-	-	-	-

* Revenu ajusté en fonction du nombre d'enfants

** Supplément au Revenu Garanti

SOURCES ICIS 2009; Palmer D'Angelo Consulting Inc. 2002; Paris et Docteur 2006; Demers et al. 2008; Drugcoverage.ca

MISES À JOUR PAR PROVINCE (SITES GOUVERNEMENTAUX, CONSULTÉS LE 1ER DÉCEMBRE 2009) :

BC : http://www.health.gov.bc.ca/insurance/about_hi.html

AB : <http://www.health.alberta.ca/AHCIP/prescription-program.html>

ON : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/drugs_program_mn.html

QC : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml>

MB : <http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.html>

SK : <http://www.health.gov.sk.ca/prescription-drugs>

NB : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp>

NS : http://www.gov.ns.ca/health/Pharmacare/family_pharmacare/family_pharmacare.asp

IPE : <http://www.gov.pe.ca/infopei/index.php3?number=16235&lang=E>

TNL : <http://www.health.gov.nl.ca/health/nlpdp/overview.htm>

TNO : http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_care_plan/default.htm

YK : http://hss.gov.yk.ca/programs/insured_hearing/pharmacare/

Glossaire

**Couverture des médicaments onéreux
(Catastrophic Drug Coverage)**

Régime d'assurance-médicament couvrant uniquement les frais élevés de médicaments et/ou peu habituels.

**Dépenses personnelles
(Out-of-pocket expenditures)**

Dépenses payées directement par le patient pour obtenir ses médicaments.

Franchise (deductible)

La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments couverts.

Marge brute (markup)

Majoration des prix par rapport au coût de revient.

Observance (compliance)

Respect des instructions et des prescriptions du médecin.

Prime (Premium)

La prime est le montant annuel que doit payer une personne à son assureur (public ou privé) pour bénéficier d'une couverture d'assurance-médicaments.

Prix départ-usine (ex-manufacturer prices)

Prix des médicaments au sortir de l'usine (excluant les marges du grossiste, de la pharmacie et les frais d'ordonnance).

Quote-part (co-payment)

La quote-part est le pourcentage (ou la portion) du coût des médicaments qu'une personne assurée doit verser une fois la franchise payée. Autrement dit, lorsque le coût des médicaments dépasse celui de la franchise, la personne paie seulement une portion de l'excédent. C'est cette portion qu'on appelle la quote-part.

Régime public d'assurance-médicaments (Pharmicare)

Régime d'assurance-médicaments qui prévoit le paiement partiel par l'État des médicaments prescrits.

Régime public universel d'assurance-médicaments à partir du premier dollar dépensé (Pharmicare with first-dollar coverage)

Régime d'assurance-médicaments qui prévoit le paiement complet par l'État des médicaments prescrits.

Bibliographie

- Akyeampong, Ernest B. et Deborah Sussman. "Health-related insurance for the self-employed". *Perspectives on Labour and Income*. Vol. 4, no.5, mai 2003.
- Akyeampong, Ernest B. "Unionization and fringe benefits". *Perspectives on Labour and Income*. Vol.3, no.8, août 2002.
- Allan G.M., J. Lexchin et N. Wiebe. "Physician Awareness of Drug Cost: A Systematic Review". *PLoS Medicine*, 4(9), 2007: e283. Vol. 4, No.5, May 2003.
- Applied Management. *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*. March 2000.
- Association canadienne de santé publique. *Health Impacts of Social and Economic Conditions: Implications for Public Policy*. Ottawa: Association canadienne de santé publique, 1997.
- Association Canadienne du Médicament Générique. *The Real Story behind Big Pharma's R&D spending in Canada*. Montréal: ACMG, 2008.
- Association Canadienne du Médicament Générique. *The Real Story behind Big Pharma's R&D spending in Canada*. Montréal: ACMG, 2009.
- Association Canadienne du Médicament Générique. *Règle des 15 ans : Éléments pour la mise à jour de l'évaluation des impacts*. 14 janvier 2010.
- Babbage, Maria. « Charges laid in alleged generic drug resale scheme ». *Toronto Star*, 27 avril 2009.
- Bahan, David et al. *Les impacts économiques de la « règle des 15 ans » appliquée au remboursement des médicaments innovateurs au Québec*. Québec : Ministère des finances du Québec, 2005.
- Bureau de la concurrence. Étude du secteur canadien des médicaments génériques. Ottawa : Bureau de la concurrence, 2007.
- Bureau de la concurrence. *Pour une concurrence avantageuse des médicaments génériques au Canada : Préparons l'avenir*. Ottawa : Bureau de la concurrence, 2008.
- Canadian Press. « Ontario to boost dispensing fees to pharmacists ». *CTV Ottawa*. 7 juin 2010.
- Centre canadien des politiques alternatives et Coalition canadienne de la santé. *L'accès aux médicaments sur ordonnance : État de la situation*. Ottawa : CCPA, 2008.

- Coalition canadienne de la santé. *En obtenir plus à meilleur compte : Stratégie nationale sur l'assurance-médicaments*. Coalition canadienne de la santé, 2007.
- Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux. *Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2008.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
- Conseil canadien de la santé. *La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non-remplie*. Toronto : Conseil canadien de la santé. Janvier 2009a.
- Conseil canadien de la santé. *Commentaires sur La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non-remplie*. Toronto : Conseil canadien de la santé. Janvier 2009b.
- CEPMB. *Rapport du CEPMB sur les prix des médicaments non brevetés distribués sous ordonnance : Tendances des prix pratiqués au Canada et dans les pays de comparaison*. Ottawa : CEPMB, 2006.
- CEPMB. *Rapport annuel 2008*. Ottawa : CEPMB, 2009.
- CSN : *Politique du Médicament : La CSN craint une hausse des primes des régimes collectifs d'assurance*, communiqué de presse, 1er février 2007. Disponible en ligne : <http://209.171.32.100/en/releases/archive/February2007/01/c3834.html?view=print> (page consulté le 29 novembre 2009).
- Daoust-Boisvert, Amélie. « La pénurie de pharmaciens d'hôpitaux s'aggrave ». *Le Devoir*. 11 juin 2009.
- Davis, Emma. « EU court rules Swedish state monopoly on medicines is illegal ». *Finanznachrichten*, 31 mai 2005.
- Demers, Virginie et al. « Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures ». *Canadian Medical Association Journal*. 178 (4), 12 février 2008: 405–409.
- Dhalla, Irfan A., Monique A. Smith, Niteesh K. Choudry et Avram E. Denburg. « Costs and Benefits of Free Medications after Myocardial Infarction ». *Healthcare Policy*. 5(2), 2009: 68–86.
- Commonwealth Fund. *Descriptions of Health Care Systems: Denmark, France, Germany, The Netherlands, Sweden and the United Kingdom*. Commonwealth Fund, 2008.
- Dutrisac, Robert. « Consommation de médicaments : Bolduc est fier du record québécois ». *Le Devoir*, 18 avril 2009.
- EFPIA. *The Pharmaceutical Industry in Figures; 2009 Update*. Bruxelles: EFPIA, 2009.
- Evans, Rob et Sarah Boseley. « Drug firms' lobby tactics revealed ». *The Guardian*, September 28 2006.
- Evans, Robert. « Old Bones, New Data: Emmet Hall, Private Insurance and the Defeat of Pharmacare ». *Healthcare Policy*. 4 (3), 2009: 16–24.
- Ferguson, Rob. « McGuinty pushes pharmacare again ». *Toronto Star*. 19 mai 2010.
- Fiona, M. Clement et al. « Using effectiveness and cost-effectiveness to make drug coverage decisions; A comparison of Britain, Australia and Canada ». *JAMA*. 302 (13), October 7 2009: 1437–1443.
- Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ottawa: Forum national sur la santé, 1997.
- Gagnon, R. et al. *Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec : analyse de faisabilité*. Ministère de la santé et des services sociaux, mai 1995.

- Gagnon, Marc-André. *The Nature of Capital in the Knowledge-Based Economy; The Case of the Global Pharmaceutical Industry*. Thèse doctorale de science politique, Université York, 2009.
- Gagnon, Marc-André et Daphnée Poirier. « Consommation de médicaments : La légèreté outrancière du ministre Bolduc ». *Le Devoir*, 22 avril 2009.
- Gagnon, Marc-André et Joel Lexchin. “The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States.” *PLoS Medicine* 5 #1 (Janvier 2008): 1–6.
- Grootendorst, Paul. “Patents, Public-Private Partnerships or Prizes: How should we support pharmaceutical innovation?” Working Paper, September 2009. Online (Accessed December 9 2009): <http://individual.utoronto.ca/grootendorst/pdf/PharmaRDGrootendorstSept222009.pdf>
- Hanley, Gillian. « Prescription Drug Insurance and unmet needs for healthcare: A cross-sectional analysis ». *Open Medicine*. 3 (3), 2009: 178–183.
- Hébert, Paul C. « The need for an Institute of continuing health education ». *Canadian Medical Association Journal*. 178 (7), March 25, 2008: 805–806.
- Hollis, Aidan. “The Use of Secret Rebates by Provincial Drug Insurance Agencies: What impact on Patients?” *IAPR Policy Brief Series* (Working Paper). Calgary, June 2008.
- Hollis, Aidan. *Generic Drug Pricing and Procurement: A Policy for Alberta*. School of Policies Study Research Paper. University of Calgary, February 2009.
- Hollis, Aidan and Thomas Pogge. *The Health Impact Fund; Making New Medicines Accessible for All*. Incentives for Global Health, 2008.
- Howlett, Karen et Rheal Seguin. « Provinces join forces with plans to cut drug costs ». *Globe and Mail*. 6 mai 2010.
- ICA. *Perspectives de l'ICA : Régime national d'assurances-médicaments*. Ottawa : Institut Canadien des Actuaire, 2002.
- IHS Global Insight. « PMPRB Finalises Changes to Canada's Patented Drug Pricing Guidelines ». IHS Global Insight, 11 juin 2009. Disponible en ligne: <http://www.ihsglobalinsight.com/SDA/SDADEtail17014.htm> (consulté 10 décembre 2009).
- Institut canadien d'information en santé. *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2008*. Ottawa : ICIS, 2009.
- Institut canadien d'information en santé. *Health Indicators 2008*. Ottawa : ICIS, 2008.
- Invest in Canada. *Biopharmaceuticals*. Ottawa: Invest in Canada Bureau, 2009.
- Jacob, Robert. *Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Une analyse en lien avec les mandats prévus pour l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec, 2009.
- Kapur, V. et K. Basu. “Drug Coverage in Canada: Who Is at Risk?” *Health Policy*. 71(2), 2005 : 181–93.
- Karaca, Z. et S. Wiggins (dir.). *The Impacts of Breakthrough Drugs Classes on Total Health Expenditures: Empirical Evidence from the 1996–2001 Medical Expenditure Panel Survey*. Texas: A&M University, 11 novembre 2006: 1–40.
- Kennedy, Jae et Steve Morgan. “Cost-Related Prescription Nonadherence in the United States and Canada: A System-Level Comparison Using the 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries”, *Clinical Therapeutics*. Volume 31 #1. Janvier 2009.
- Lexchin, Joel. *A National Pharmacare Plan : Combining Efficiency and Equity*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2001.
- Lichtenberg, Frank. « Are the benefits of Newer Drugs Worth their Cost? ». *Health Affairs*. 20(5), septembre-octobre 2001: 241–251.

- Lillard L.A., Rogowski, J., Kington, R., "Insurance Coverage for Prescription Drugs: Effects on Use and Expenditures in the Medicare Population." *Medical Care*. 37,1999: 926–36.
- McKenzie, Kenneth. "Tax subsidies for R&D in Canadian Provinces." *Canadian Public Policy*. 31, 2005: 29–44.
- McKenzie, Kenneth. "Measuring Tax Incentives for R&D." *International Tax and Public Finance*. 15, 2008: 563–581.
- McMahon, Meghan, Steve Morgan et Craig Mitton. "The Common Drug Review: A NICE start for Canada?" *Health Policy*. 77, 2006: 339–351.
- Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation du Québec. *Stratégie biopharmaceutique québécoise; Poursuivre dans l'excellence en créant la richesse du Québec de demain*. Québec : Gouvernement du Québec, 2009.
- Ministry of Health (Colombie-Britannique). "Pharmaceutical Task Force Report Complete". Press Release, 21 mai 2008.
- Moïse, Pierre et Élisabeth Docteur. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden*. OCDE Working Paper. Paris: OCDE, 2007.
- Morgan S.G., Barer ML, Agnew JD. "Whither seniors' pharmacare: lessons from (and for) Canada". *Health Affairs*. 22 (3), 2003 : 49–59.
- Morgan, Steve, Ken Bassett et Barbara Mintzes. "Outcomes-Based Drug Coverage in British Columbia". *Health Affairs*. 23(3), mai-juin 2004.
- Morgan, Steve, Meghan McMahon, Jonathan Lahm, Dawn Mooney Colette Raymond. *The Canadian Rx Atlas* (1st edition). Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, 2005.
- Morgan, Steve et al. "Centralized Drug Review Processes in Australia, Canada, New Zealand and the United Kingdom". *Health Affairs*. 25 (2), Mars-avril 2006: 337–347.
- Morgan, Steve, Gillian Hanley, Meghan McMahon et Morris Barer. "Influencing Drug Prices through Formulary-Based Policies: Lessons from New Zealand". *Healthcare Policy*. 3 (1), 2007.
- Morgan, Steve et Colleen Cunningham. "The effect of evidence-based drug coverage policies on pharmaceutical R&D: A case study from British Columbia". *Healthcare Policy*. 3 (3), 2008.
- Morgan, Steve, Colette Raymond, Dawn Mooney et Daniel Martin. *The Canadian Rx Atlas* (2nd edition). Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, 2008.
- Morgan, Steve, Colleen Cunningham, Gillian Henley et Dawn Mooney. *The British Columbia Rx Atlas*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, 2009.
- NHS Information Centre. *Prescriptions Dispensed in the Community; Statistics for 1998 to 2008: England*. NHS Information Centre, 2009.
- Noël, André. "Des chèques-cadeaux et des voyages dans le Sud." *La Presse*, 22 février, 2003a.
- Noël, André. "Des millions en primes illégales versés aux pharmaciens." *La Presse*, 22 février, 2003b.
- OCDE. *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. Paris: OCDE, 2008.
- Palmer D'Angelo Consulting Inc. *National Pharmaceutical Cost Impact Study*. Ottawa : Palmer D'Angelo Consulting Inc., 1997.
- Palmer D'Angelo Consulting Inc. *Étude sur le coût de financement d'un régime national d'assurance médicaments pour le Canada ; Mise à jour du rapport de 1997*. Ottawa: Palmer D'Angelo Consulting Inc., 2002.
- Paris, Valérie et Élisabeth Docteur. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada*. OCDE Working Paper. Paris: OCDE, 2006.
- Pharmac. *New Zealand Pharmaceutical Schedule*. Wellington: Pharmac, December 2009.

- Politics.co.uk. « NHS Prescription charges ». *Politics.co.uk*. December 11, 2009.
- PPRI. *Sweden*. PPRI, 2007a.
- PPRI. *United Kingdom*. PPRI, 2007b.
- PPRI. *France*. PPRI, 2008.
- Presse Canadienne. « Québec promet 122,8 millions aux biopharmas ». *Le Devoir*. 9 octobre 2009.
- PriceWaterhouseCoopers. *Les entreprises de R&D; Pour une économie canadienne plus saine et plus forte*. PWC, 2005.
- Rabbani, Atonu et G. Caleb Alexander. « Cost Savings Associated with Filling a 3-Month Supply of Prescription Medicines ». *Applied Health Economics and Health Policy*. 7(4), December 2009: 255–264.
- Radwanski, Adam. « Civil servant at centre of bitter Ontario pharmacy feud set to resign ». *Globe and Mail*. 25 mai 2010.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec. *Rapport annuel de gestion 2008–2009*. Québec : RAMQ, 2009.
- Silversides, Ann. « Ontario's law curbing the cost of generic drugs spark changes ». *CMAJ*. 181 (3–4), August 4 2009a: E43-E45.
- Silversides, Ann. « Provincial experiments aim to lower public drug plan costs ». *CMAJ*. 181(5), September 1, 2009b: E80-E82.
- Simpson, Jeffrey. « Health Spending keeps rising, and it only gets worse ». *Globe and Mail*, 24 novembre 2009.
- Skinner, Brett J. et Mark Rovere. *Canada's Drug Price Paradox 2008*. Vancouver: Fraser Institute, 2008.
- Skinner, Brett J. et Mark Rovere. *Access delayed, Access denied: Waiting for new medicines in Canada; 2009 report*. Vancouver: Fraser Institute, 2009.
- Smith, D.G. « The effect of co-payments and generic substitution on the use and costs of prescription drugs », *Inquiry*, Summer 1993.
- Smythe, J.G. *Tax subsidization of Employer-Provided Health Care Insurance in Canada: Incidence Analysis*. Unpublished working paper. Department of Economics, University of Alberta, 2001.
- SNPP. *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape*. Ottawa : Santé Canada, 2006.
- Stabile, Mark. « Impacts of Private Insurance on Utilization. » Paper prepared for the IRPP conference « Toward A National Strategy on Drug Insurance, » 23 septembre, 2002.
- Statistique Canada. *Joint Canada/United States Survey of Health, 2002–03*. Juin 2004.
- Statistique Canada. *Estimations des dépenses totales au titre de la recherche et du développement dans le secteur de la santé au Canada, 1997 à 2008*. Ottawa: Ministre de l'industrie, mars 2009.
- Statistique Canada. *Dernier communiqué de l'Enquête sur la population active*. 5 février 2010.
- Tamblyn, Robyn, et al. « Adverse events associated with Prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. » *Journal of the American Medical Association*. 285 (2001): 421–429.
- Times Colonist. « Pharma initiative saved money, lives ». *Victoria Times Colonist*. 6 décembre 2009.
- Timmins, Nicholas. « The NICE way of influencing health spending: A conversation with Sir Michael Rawlins ». *Health Affairs*. 28 (5), Septembre-octobre 2009: 1360–1365.
- Therapeutics Initiative. « Prescription Drug Costs: BC versus Canada ». *Therapeutics Letter*, #72. November-December 2008.
- Topol, Eric J. « Failing the Public Health – Refocoxib, Merck and the FDA ». *New England Journal of Medicine* Vol. 351 #17: 21 octobre 2004.

- Ungar, W. J. et al. « Children in need of Pharmacare: medication funding requests at the Toronto Hospital for Sick Children ». *Canadian Journal of Public Health*. 94 (2), mars-avril 2003: 121–126.
- Wilkinson, Richard et Kate Pickett. *The Spirit Level; Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Allen Lane, 2009.
- Weeks, Carly. “Medical association takes heat for Pfizer funding”. *The Globe and Mail*. 2 décembre 2009.
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. “Costs of health care administration in the United States and Canada”. *New England Journal of Medicine*. 349 (8), 2003:768–775.

Le Canada a un système à l'américaine pour payer les médicaments, produisant des résultats à l'américaine : iniquité, gaspillage et coûts élevés. Marc-André Gagnon présente une analyse exhaustive des principaux avantages qu'un réel régime d'assurance-médicaments universel public et gratuit pourrait offrir aux Canadiens. Cependant, à ce jour, les assureurs privés, les grandes sociétés pharmaceutiques, les idéologues de droite et les gouvernements amorphes ont gardé ces solutions hors de notre portée.

Robert G. Evans, OC, Ph. D., professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique

Marc-André Gagnon nous présente, dans ce rapport brillant et convaincant, une analyse claire et incisive d'une des idées les plus importantes touchant l'organisation des systèmes de santé : l'option d'assurance-médicaments universelle. Ouvrant des perspectives audacieuses mais bien documentées, il nous permet de mieux comprendre les défis fondamentaux posés par une telle politique de remboursement des médicaments et ses impacts parfois méconnus sur notre capacité à optimiser les coûts, les pratiques et les résultats cliniques pour nos patients. Une remarquable contribution à ce débat, qui verra s'ouvrir ou se fermer dans la prochaine décennie des pistes cruciales de solutions.

Alain Vadeboncoeur, MD, Chef de l'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal

Notre façon de payer pour les médicaments sur ordonnance ne fonctionne plus. Les politiciens se cachent derrière l'excuse qu'une couverture publique universelle est trop coûteuse. L'étude de Marc-André Gagnon démontre que cette excuse est sans fondement. Nous pouvons épargner gros tout en couvrant l'ensemble de la population. L'assurance-maladie fonctionne et l'assurance-médicaments n'est pas différente.

Joel Lexchin, MD, professeur à l'École de politique et d'administration de la santé, Université York

Les auteurs et la Coalition canadienne de la santé doivent être félicités pour cette analyse de qualité qui démontre clairement qu'un régime public universel de médicaments sur ordonnance est non seulement préférable pour les Canadiens, mais coûte aussi moins cher. Le seul bémol, c'est que l'industrie pharmaceutique devra peut-être rogner un peu dans ses profits obscènes.

Marcia Angell, MD,
professeure de médecine sociale à l'Université Harvard,
ex-rédactrice en chef du New England Journal of Medicine