
Vers l'équité : la couverture des médicaments onéreux au Canada

Préparé pour le Conseil canadien
de surveillance et d'accès aux
traitements

KORT
CONSULTING

Bureau 902
55, Wellesley Street Est
Toronto (Canada) M4Y 2T6
Téléphone : 1-416-944-8611
Cellulaire : 1-416-779-8661
Courriel : rkort@sympatico.ca

Décembre 2008

Préparé par : Rodney Kort, directeur
Mark Ragan, associé de recherche

« Au Canada, nous nous berçons d'illusions en continuant d'affirmer que nous disposons d'un système universel financé par l'État, quand en réalité la couverture des médicaments varie énormément d'une région à l'autre du pays [traduction]. »

*Journal de l'Association médicale
canadienne*
14 septembre 2004

Table des matières

1. Sommaire	3
2. Introduction.....	7
3. Méthodologie	8
4. Examen à l'échelle internationale	10
___ Australie	10
___ France	11
___ Allemagne	13
___ Nouvelle-Zélande	14
___ Royaume-Uni.....	15
5. Canada	22
___ Programmes fédéraux	22
___ Alberta.....	23
___ Colombie-Britannique.....	25
___ Manitoba	26
___ Nouveau-Brunswick	27
___ Terre-Neuve-et-Labrador	28
___ Territoires du Nord-Ouest	29
___ Nouvelle-Écosse	30
___ Ontario	31
___ Île-du-Prince-Édouard	32
___ Québec	33
___ Saskatchewan.....	34
___ Yukon	35
6. Analyse documentaire	Error! Bookmark not defined.
___ Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques	38
___ Rapports d'organisations non gouvernementales et de commissions ...	39
___ Publications scientifiques	42
7. Examen de la législation pertinente.....	44
8. Modèles potentiels de couverture des médicaments onéreux.....	46
___ Modèles de programmes étrangers et nationaux	46
___ Analyse documentaire et examen du contexte canadien.....	47
___ Modèle 1 : Norme internationale en vigueur dans les pays de l'OCDE examinés	49
___ Modèle 2 : Programme de couverture des médicaments onéreux proposé dans le Rapport Kirby.....	49
___ Modèle 3 : Régime à pourcentage normalisé basé sur le revenu	50
___ Modèle 4 : Régime à échelle de contribution mobile basée sur le revenu.....	51
9. Régime de couverture des médicaments onéreux proposé pour le Canada	51
Régime à échelle de contribution mobile plafonnant à 4 p. 100 du revenu.....	52
Annexe 1 : Législation fédérale	54

1. Sommaire

Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT), une organisation nationale de défense des droits des personnes vivant avec le VIH-sida, est grandement préoccupé par les iniquités qui caractérisent actuellement l'accès aux médicaments d'ordonnance au Canada. Le CCSAT a commandé cette recherche dans le but de présenter une recommandation éclairée, fondée sur des données probantes, quant à la mise en place au Canada d'un régime de couverture des médicaments onéreux.

Définition

Un programme de couverture des médicaments onéreux est un régime public d'assurance-maladie à l'intention des personnes atteintes d'une maladie ou d'une affection chronique virtuellement mortelle qui ne disposent pas d'une assurance-maladie privée ou dont l'assurance-maladie privée ne suffit pas à couvrir le coût des médicaments d'ordonnance que requiert leur état.

Recherche

Le CCSAT appuie sa recommandation sur les recherches suivantes :

- Un examen des régimes nationaux d'assurance-médicaments en vigueur dans cinq pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), axé sur les modèles et les conditions d'admissibilité des programmes de couverture des médicaments onéreux en place dans chacun de ces pays, et sur le processus lié à l'approbation des médicaments et à leur inscription sur la liste des médicaments d'ordonnance couverts.
- Un examen des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux de couverture des médicaments onéreux, y compris des organismes et des processus liés à l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments couverts.
- Un examen des dispositions pertinentes des lois fédérales qui régissent le financement et la prestation des services de santé, en particulier la *Loi canadienne sur la santé* et la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.
- Une revue de la littérature des plus récents rapports, ouvrages scientifiques et publications portant sur la couverture des médicaments onéreux au Canada.

Critères

Les programmes de couverture des médicaments onéreux de compétence canadienne et étrangère examinés aux fins de la présente recherche ont été évalués en fonction des principes d'abordabilité, d'intégralité et d'universalité. Les résultats de cette évaluation ont été répartis en quatre catégories, soit les suivantes : Assurance-médicaments, Couverture des médicaments onéreux, Liste des médicaments couverts et Traitements anti-VIH inscrits (c'est-à-dire couverts - d'après un ensemble de référence comprenant neuf médicaments antirétroviraux).

Constatations à l'échelle internationale

Les cinq pays membres de l'OCDE (Australie, France, Allemagne, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) évalués aux fins de la présente offrent une assurance-médicaments fondée sur les principes généraux suivants :

- Un régime national d'assurance-médicaments est une composante essentielle d'un régime national d'assurance-maladie auquel ont accès tous les citoyens.
- Quatre des cinq pays offrent une couverture universelle à laquelle tous ont accès, peu importe leur revenu. Seul le programme national allemand tient compte des moyens de chacun et offre une couverture à taux variable basée sur le revenu annuel.
- Les régimes d'assurance-médicaments français et allemand combinent assurance publique et assurance privée. L'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, quant à eux, financent et administrent un régime public d'assurance-médicaments d'ordonnance auquel l'ensemble des citoyens a accès.
- La place qu'occupent les quotes-parts, les primes et les franchises au sein des régimes en place dans les cinq pays de l'OCDE évalués est minime puisque seuls des frais nominaux sont imposés aux bénéficiaires (et, dans certains cas, ces frais sont inexistantes). Les cinq pays évalués proposent des programmes pour les personnes à faible revenu ou comportant un seuil de contribution maximale destiné à réduire le plus possible le fardeau financier des consommateurs.

Constatations à l'échelle canadienne

Un examen des programmes de compétence fédérale, provinciale et territoriale a mis en lumière les iniquités suivantes en ce qui concerne la couverture des médicaments onéreux :

- Certains programmes tiennent compte des moyens financiers des utilisateurs (franchises ou autres formes de contribution fondées sur le revenu), d'autres pas.
- Certaines compétences offrent des programmes spéciaux à l'intention de groupes précis de la population dont les dépenses en médicaments sont élevées (par ex. les personnes vivant avec le VIH ou atteintes d'un cancer), d'autres pas.
- Le fardeau financier imposé aux utilisateurs varie beaucoup d'une compétence à l'autre, et même au sein de groupes de population semblables, tels que les aînés.
- L'accès aux médicaments varie considérablement d'une compétence à l'autre. Par exemple, le Darunavir, un antirétroviral utilisé dans le traitement du VIH, fait l'objet d'une approbation d'accès non restreint dans seulement trois des treize compétences évaluées. Au moment où cette recherche a été menée, en décembre 2007, les Canadiens vivant avec le VIH résidant en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon n'avaient pas accès à ce médicament.

- Le Québec ne participe ni au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) ni à la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP).

Revue de la littérature

Une analyse des publications et des ouvrages pertinents a mis en lumière différents modèles de couverture des médicaments onéreux potentiellement applicables au Canada :

- La norme internationale dans les pays de l'OCDE examinés prend la forme d'un régime d'assurance-médicaments assortie d'une contribution personnelle par ordonnance peu élevée qui comporte des dispositions spéciales pour les personnes souffrant d'une maladie ou d'une affection particulière (par ex. VIH et cancer) visant à éliminer tout déboursé pour les utilisateurs qui doivent assumer des coûts de médicaments d'ordonnance élevés.
- Le Rapport Kirby recommande la mise en place d'un programme de couverture des médicaments onéreux dont le seuil de contribution serait fixé à 3 p. 100 du revenu familial jusqu'à concurrence de 1 500 \$ annuellement.
- La Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques propose les deux modèles suivants :
 - Un régime à pourcentage normalisé fondé sur le revenu. La contribution des utilisateurs serait fixée à 5 p. 100 du revenu familial; une fois ce seuil atteint, les médicaments onéreux seraient couverts. Les familles dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ n'assumeraient aucuns frais
 - Un régime à échelle de contribution mobile fondée sur le revenu. La contribution des utilisateurs serait établie au moyen d'une échelle mobile et équivaldrait, selon le cas, à 0, 3, 6 ou 9 p. 100 du revenu familial. Les familles ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ n'auraient aucuns frais à assumer, tandis qu'une contribution maximale équivalant à 9 p. 100 du revenu s'appliquerait aux familles dont le revenu est supérieur à 90 000 \$.

Recommandation du CCSAT : Régime à échelle de contribution mobile plafonnant à 4 p. 100 du revenu

Le CCSAT recommande que le gouvernement du Canada établisse un programme de couverture des médicaments onéreux fondé sur les principes suivants

- Programme financé par l'État accessible à tous les Canadiens qui ne disposent pas d'une assurance-médicaments privée ou dont l'assurance-médicaments privée ne couvre qu'en partie les coûts des médicaments d'ordonnance que requiert leur état.

- Aucune contribution pour les familles dont le revenu annuel est inférieur au seuil de faible revenu (SFR) établi annuellement par Statistique Canada.
- Aucune personne ou aucune famille ne devrait avoir à assumer des coûts plus élevés pour la couverture des médicaments onéreux suite à la mise en œuvre de ce programme.
- Un Modèle de partage des coûts à échelle mobile où la contribution fondée sur le revenu familial débiterait à 1 p. 100 pour les familles dont le revenu annuel est inférieur au SFR et atteindrait 4 p. 100 pour les familles ayant un revenu annuel égal ou supérieur à 90 000 \$.
- Les décisions d'ajouter ou non un médicament à la liste des médicaments couverts devraient être fondées sur des données cliniques probantes et sur les meilleures pratiques cliniques, et pas seulement sur le coût ou le rapport coût efficacité.

Ce modèle, présenté en détail le 18 octobre 2008 dans le cadre de la réunion du conseil d'administration et des représentants du CCSAT, a reçu l'approbation de toutes les personnes présentes. Le seul point n'ayant pas fait l'unanimité est l'approche à adopter à l'égard des couvertures offertes par le secteur privé. Le CCSAT a donc confié à un groupe de travail le mandat d'examiner cette question de manière plus approfondie en vue de formuler des recommandations.

2. Introduction

Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) a commandé cette recherche dans le but de présenter une recommandation éclairée, fondée sur des données probantes, en ce qui concerne la mise en place d'un programme de couverture des médicaments onéreux et l'élaboration d'une liste nationale commune des médicaments couverts au Canada. Le CCSAT, qui milite activement pour un accès dans un délai convenable aux traitements anti-VIH auprès des gouvernements fédéral et provinciaux, est grandement préoccupé par les iniquités qui caractérisent actuellement l'accès aux médicaments d'ordonnance au Canada. Bien que cette situation touche particulièrement les personnes vivant avec le VIH, étant donné le coût élevé des antirétroviraux utilisés dans le traitement du VIH, elle n'est pas sans conséquence pour les personnes qui souffrent d'une maladie ou d'une affection chronique nécessitant la prise de médicaments d'ordonnance onéreux.

Les auteurs ont mené de vastes recherches afin d'établir, à la lumière des données probantes recueillies, un modèle approprié à la couverture des médicaments onéreux au Canada. Ces recherches ont porté sur:

- Un examen des régimes nationaux d'assurance-médicaments, en vigueur dans cinq pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), axé sur les modèles et les conditions d'admissibilité des programmes de couverture des médicaments onéreux en place dans chacun de ces pays, et sur le processus lié à l'approbation des médicaments et à leur inscription sur la liste des médicaments couverts.
- Un examen des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) de couverture des médicaments onéreux, y compris des organismes et des processus liés à l'inscription de médicaments sur la liste des médicaments couverts.
- Un examen des dispositions pertinentes des lois fédérales qui régissent le financement et la prestation des services de santé, en particulier la *Loi canadienne sur la santé* et la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.
- Une revue de la littérature des plus récents rapports, ouvrages scientifiques et publications portant sur les questions relatives à la mise en place d'un programme de couverture des médicaments onéreux au Canada.

Les programmes de couverture des médicaments onéreux de compétence canadienne et étrangère examinés aux fins de la présente ont été évalués en fonction des principes suivants :

- **Abordabilité**
Évaluer l'abordabilité, pour les utilisateurs des programmes de couverture des médicaments onéreux tout en déterminant si ces programmes comportaient des dispositions particulières à l'égard des familles à faible

revenu et, le cas échéant, la nature des primes, des franchises et des contributions exigées.

- **Intégralité**

Évaluer l'intégralité supposait de déterminer si les programmes de couverture des médicaments onéreux prévoyaient la prise en charge des médicaments d'ordonnance nécessaires au traitement d'un large éventail de maladies et d'affections chroniques telles que le diabète, le cancer ou d'autres infections opportunistes, mais également d'évaluer, à partir d'une série de neuf antirétroviraux, la gamme des traitements possibles – et, du même coup, la flexibilité des programmes – pour les personnes vivant avec le VIH.

- **Universalité**

Tous les résidents du pays, de la province ou du territoire concernés sont admissibles au programme de couverture des médicaments onéreux selon des modalités et des conditions uniformes qui n'occasionnent pas de fardeau financier déraisonnable pour les utilisateurs.

Le terme « couverture des médicaments onéreux » étant peu usité à l'extérieur du Canada, la définition qui suit a été établie afin d'assurer la clarté de la terminologie utilisée pour désigner ce concept dans l'ensemble des pays examinés :

« Un programme de couverture des médicaments onéreux est un régime public d'assurance-maladie à l'intention des personnes atteintes d'une maladie ou d'une affection chronique virtuellement mortelle qui ne disposent pas d'une assurance-maladie privée ou dont l'assurance-maladie privée ne suffit pas à couvrir le coût des médicaments d'ordonnance que requiert leur état. »

3. Méthodologie

L'analyse du contexte propre à chacun des régimes d'assurance-médicaments nationaux et, dans le cas du Canada, provinciaux et territoriaux évalués a nécessité d'effectuer des recherches en ligne et dans des bases de données de médicaments afin de recueillir des renseignements sur chacun des régimes offerts. Chaque fois que l'information relative à un programme de couverture des médicaments onéreux n'était pas disponible en ligne, on a communiqué avec l'organisme responsable afin de connaître les éléments clés du programme. L'information recueillie est présentée par pays, et dans le cas du Canada, par province et territoire, et répartie répartie selon les quatre catégories suivantes :

Assurance-médicaments

Plusieurs pays, provinces ou territoires offrent un régime général d'assurance-médicaments d'ordonnance qui ne comporte aucune disposition particulière quant à la couverture des médicaments onéreux. Par conséquent, cette catégorie comprend des renseignements sommaires sur le régime général d'assurance-médicaments d'ordonnance de chaque pays, province ou

territoire, mais également sur les dispositions de chacun de ces régimes en ce qui concerne la couverture des médicaments onéreux, selon la définition fournie ci-dessus.

Couverture des médicaments onéreux

Une description des programmes d'assurance-médicaments conçus pour pallier les situations où le coût des médicaments d'ordonnance représente un pourcentage important du revenu familial ou excède un seuil de revenu précis.

Liste des médicaments couverts

Un bref aperçu des organismes et des processus qui interviennent dans l'homologation des nouveaux agents pharmaceutiques et leur inscription sur les listes de médicaments nationales, provinciales ou territoriales.

Traitements anti-VIH inscrits

Une recherche dans les bases de données de médicaments de chacun des pays, provinces et territoires évalués, a été menée à partir d'un ensemble de référence comprenant neuf médicaments utilisés dans le traitement du VIH (certains simples, d'autres composés). Chaque fois que les données recherchées n'étaient pas disponibles en ligne, on a communiqué avec les responsables du programme afin de déterminer quels médicaments étaient couverts. L'utilisation d'un ensemble de référence comprenant des médicaments homologués au cours des six dernières années a permis d'évaluer l'intégralité des différents programmes de couverture des médicaments onéreux en fonction d'un même ensemble d'indicateurs. Ainsi, ni l'inhibiteur de l'intégrase ni l'antagoniste du CCR5 nouvellement approuvés n'ont été inclus dans l'ensemble de référence car la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis et certaines autres organisations d'homologation nationales (dont la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada) viennent tout juste d'approuver l'homologation conditionnelle de ces deux médicaments. Il était donc peu probable, au moment où cet examen a été mené, que ces médicaments aient déjà été ajoutés aux listes publiques de médicaments et soient accessibles aux consommateurs. Les neuf médicaments dans l'ensemble de référence sont présentés en détail (selon la classe d'antirétroviraux à laquelle ils appartiennent) dans le tableau qui suit :

Médicament¹	Classe d'antirétroviraux
1. Sulfate d'abacavir (Ziagen)	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
2. Névirapine (Viramune) 3. Efavirenz (Sustiva/Stocrin)	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

¹ Pour des raisons pratiques, les médicaments simples sont désignés par leur nom générique dans le reste du document et les médicaments composés par leur nom de marque.

4. Fosamprenavir (Telzir) 5. Darunavir (Prezista) 6. Lopinavir + Ritonavir (Kaletra)	Inhibiteur de la protéase
7. Enfuvirtide (T-20 or Fuzeon)	Inhibiteur de la fusion
8. Efavirenz + Emtricitabine + Tenofovir (Atripla)	Médicament composé : Inhibiteurs nucléotidique, nucléosidique et non nucléosidique de la transcriptase inverse
9. Emtricitabine + Tenofovir (Truvada)	Médicament composé : Inhibiteurs nucléosidique et nucléotidique de la transcriptase inverse

La revue de la littérature réalisée a nécessité des recherches dans Internet (limitées aux sites Web canadiens) et dans des sites canadiens présentant de l'information pertinente, notamment ceux de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada, de l'Association canadienne des soins de santé et de l'Association médicale canadienne. Un certain nombre d'études scientifiques portant sur des questions pertinentes et dont la publication remonte au plus à l'an 2000 ont également été examinées.

Les lois fédérales concernant le financement et la prestation des services de santé ont été consultées au moyen de la base de données législative du ministère de la Justice. Comme la présente est axée sur la couverture des médicaments onéreux et l'élaboration d'une liste nationale commune des médicaments couverts, les règlements associés à la *Loi sur les aliments et drogues* ou concernant le brevetage, l'homologation, la fixation des prix, la taxation et la distribution des médicaments contrôlés ou des narcotiques n'ont pas été consultés. Un exposé des constatations se dégageant de l'analyse de contexte, de la revue de la littérature et de l'examen des dispositions législatives pertinentes tient lieu d'introduction à la section sur les modèles de programme potentiellement applicables dans le contexte canadien.

4. Examen à l'échelle internationale

Australie

Population : 20,4 millions de personnes

Assurance-médicaments :

Le gouvernement australien finance un programme universel d'assurance-médicaments par l'intermédiaire du Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)

(Plan des prestations médicaments)². Les fonds servant à financer ce programme proviennent de l'impôt général et d'une cotisation au régime d'assurance-maladie fondée sur le revenu. Tous les Australiens assument des frais fixes de 30,70 \$ par ordonnance³.

Couverture des médicaments onéreux :

Le PBS comprend un filet de sécurité, qui limite les dépenses annuelles en médicaments à 1 059 \$ par personne et dont bénéficie l'ensemble des citoyens. Lorsque cette limite est atteinte, la contribution par ordonnance passe de 30,70 \$ à 4,90 \$. Certains groupes admissibles, tels les aînés, les anciens combattants et les familles à faible revenu, ont droit à des réductions supplémentaires qui ramènent à 275 \$ les dépenses annuelles maximales en médicaments. Passé cette limite, l'utilisateur n'assume aucuns frais à l'égard des ordonnances suivantes.⁴.

Liste des médicaments couverts :

The Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (Comité aviseur des prestations médicaments) et the Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (Service du coût des prestations médicaments) sont responsables de maintenir à jour la liste des médicaments subventionnés par le PBS, d'après les recommandations de la Drug Safety and Evaluation Branch (Secteur d'évaluation de l'innocuité des médicaments), l'organisme responsable de l'homologation des nouveaux médicaments. En 2002, la liste des médicaments subventionnés en Australie comprenait 593 substances pharmaceutiques entrant dans la composition de 1 461 formes médicamenteuses et 2 506 médicaments de marque⁵.

Traitements anti-VIH inscrits :

Par l'intermédiaire du Pharmaceutical Benefits Scheme (Plan des prestations médicaments), les personnes vivant avec le VIH ont accès à huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Actuellement, l'Atripla n'est pas subventionné, mais certaines des substances médicamenteuses qui entrent dans sa composition (Efavirenz, Emtricitabine et Tenofovir) le sont séparément.

France

Population : 63,7 millions de personnes

Assurance-médicaments :

² Pour des raisons de compréhension, tous les noms d'organismes ont été traduits même si, dans leur pays respectif, ils n'ont pas d'équivalent en français.

³ 2006-07 Australian Medicare Annual Report, Medicare Australia, 2007. Consulté à l'adresse suivante : http://www.medicareaustralia.gov.au/about/governance/reports/06-07/files/2006-07_annual_report_section04.pdf, le 2 décembre 2007.

⁴ Op.Cit.

⁵ The Pharmaceutical Benefits Scheme – Overview. Parliament of Australia Library. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.aph.gov.au/library/intguide/SP/pbs.htm>, le 19 décembre 2007.

La France paie une partie des coûts des médicaments de ses citoyens au moyen des cotisations à la sécurité sociale que paient les employeurs et les salariés et de l'impôt des salariés. Bien que pratiquement tous les citoyens bénéficient d'une assurance-médicaments dans le cadre du régime public, plus de 80 p. 100 d'entre eux souscrivent une assurance privée qui couvre la contribution exigée par le régime public⁶. Cette contribution varie en fonction de la catégorie dans laquelle entre l'affection traitée. La contribution au coût des médicaments requise dans le cas de maladies invalidantes ou de longue durée est remboursée à 100 p. 100. Les médicaments nécessaires au traitement des maladies graves sont couverts à 65 p. 100 et à 35 p. 100 dans le cas des maladies qui n'entrent dans ni l'une ni l'autre de ces catégories.

Couverture des médicaments onéreux :

Le programme Affections de Longue Durée couvre à 100 p. 100 le coût des médicaments nécessaires au traitement de 30 maladies chroniques qui requiert une surveillance étroite, des soins prolongés et des traitements coûteux. Ces affections comprennent le VIH, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies du cœur, les maladies du foie, le diabète de type 1 et de type 2, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et bien d'autres.

Liste des médicaments couverts :

La Commission de la Transparence et le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) évaluent la valeur thérapeutique des médicaments afin de déterminer s'ils doivent ou non être subventionnés par le régime national, et tiennent compte à cet égard des recommandations de l'Agence française de la sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'organisme responsable de l'homologation des nouveaux médicaments en France, et de l'Agence européenne du médicament. En France, la liste des médicaments remboursables comprend 8 200 préparations pharmaceutiques correspondant à 4 570 médicaments différents⁷.

Traitements anti-VIH inscrits :

Grâce au programme Affections de Longue Durée, les personnes vivant avec le VIH en France ont accès gratuitement à huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. L'Atripla ne figure pas sur la liste des médicaments couverts, mais certaines des substances médicamenteuses qui entrent dans sa composition (Efavirenz et Truvada) sont couvertes séparément. Le Darunavir n'est couvert que lorsqu'il est utilisé en milieu hospitalier.

⁶ The French Healthcare System, Embassy of France in the United States. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.info-france-usa.org/atoz/health.asp>, le 19 décembre 2007.

⁷ Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Allemagne

Population : 82,4 millions de personnes

Assurance-médicaments :

L'Allemagne possède un système de soins de santé complexe financé par l'intermédiaire de régimes d'assurance publics et privés qui prévoient la couverture des soins médicaux et des médicaments d'ordonnance. Le Gesetzliche Krankenkassen, un réseau formé de 315 organisations officielles à but non lucratif, collabore avec l'État dans l'administration du régime de santé national et du programme public d'assurance-médicaments.

Environ 88 p. 100 des Allemands sont inscrits à un régime d'assurance relevant du système public, alors que près de 9 p. 100 souscrivent une assurance privée. Les salariés dont le revenu annuel est inférieur ou égal à un certain seuil (46 800 € en 2005) sont tenus d'adhérer au régime d'assurance de l'État. Les gens dont le revenu brut est supérieur peuvent souscrire un régime privé⁸. Tous les assurés, peu importe que l'assurance à laquelle ils souscrivent soit publique ou privée, paient la même proportion des coûts de leurs médicaments, c'est-à-dire 10 p. 100 du coût des médicaments d'ordonnance (minimum 5 € et maximum 10 € par ordonnance)⁹.

Couverture des médicaments onéreux :

Le régime public d'assurance-maladie limite la contribution des assurés à 2 p. 100 de leur revenu brut imposé¹⁰. Toutefois, dans le cas des assurés qui doivent recevoir des traitements continus en raison d'une maladie chronique¹¹, cette contribution ne peut excéder 1. p. 100 du revenu annuel brut¹².

Liste des médicaments couverts :

En Allemagne, les organisations chargées de l'homologation des nouveaux médicaments sont le Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Devices (Institut fédéral des médicaments et appareils médicaux) et l'Agence européenne du médicament. Le ministère fédéral de la Santé est responsable d'ajouter les médicaments nouvellement homologués à la liste des médicaments remboursables, appelée « Liste Rouge ». Actuellement, 9 450

⁸ Bundesministerium für Gesundheit (Health Insurance). German Ministry of Health. Consulté à l'adresse suivante : http://www.bmg.bund.de/cIn_041/nn_604240/EN/Home/homepage__node,param=.html__nnn=true, le 19 décembre 2007.

⁹ Op. Cit.

¹⁰ Op.Cit.

¹¹ Des demandes de renseignements, visant à déterminer si le VIH figure sur la liste des maladies chroniques pour lesquelles la contribution passe de 2 p. 100 à 1 p. 100 et quels traitements anti-VIH sont couverts par le Krankenkassen parmi ceux compris dans l'ensemble de référence, ont été présentées le 21 décembre et le 20 janvier, mais sont demeurées sans réponse.

¹² Op.Cit.

préparations sont inscrites sur cette liste, mais 90 p. 100 des ordonnances concernent environ 2 300 médicaments¹³.

Traitements anti-VIH inscrits :

Les personnes vivant avec le VIH inscrites au régime d'assurance-maladie de l'État ont accès à sept des neuf traitements compris dans l'ensemble de référence. Le Darunavir et l'Atripla ne figurent pas sur la liste des médicaments couverts.

Nouvelle-Zélande

Population : 4,1 millions de personnes

Assurance-médicaments :

La Pharmaceutical Management Agency Limited (PHARMAC) (Agence de gestion des produits pharmaceutiques) gère la politique nationale de la Nouvelle-Zélande en matière de produits pharmaceutiques. Tous les citoyens bénéficient d'une couverture publique universelle financée au moyen de l'impôt sur le revenu. Les assurés paient des frais fixes de 15 \$ par ordonnance.

Couverture des médicaments onéreux :

Les personnes dont les dépenses en médicaments d'ordonnance sont considérables ont droit à une « High Use Health Card » (carte de santé pour usage élevé). Les détenteurs de cette carte bénéficient d'une réduction des frais à payer par ordonnance (3 \$ plutôt que 15 \$). Cette carte n'est pas réservée aux personnes souffrant de maladies spécifiques; tous les assurés qui achètent fréquemment des médicaments y ont droit.

Liste des médicaments couverts :

L'homologation des nouveaux médicaments en vue de leur utilisation en Nouvelle-Zélande est assurée par la New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority (Service pour la sécurité des médicaments et appareils médicaux). La PHARMAC, un organisme qui relève du ministère de la Santé, détermine s'il y a lieu d'ajouter ou non les médicaments nouvellement homologués à la liste des produits pharmaceutiques couverts (Pharmaceutical Schedule), qui comprend actuellement 2 600 médicaments d'ordonnance et produits connexes¹⁴.

Traitements anti-VIH inscrits :

La Pharmaceutical Management Agency (Agence de gestion des produits pharmaceutiques) assure aux personnes vivant avec le VIH en Nouvelle-Zélande un accès à sept des neuf traitements anti-VIH compris dans

¹³ Pharmaceuticals, Germany, World Health Organization Regional Office for Europe, consulté à l'adresse suivante : http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425_2 le 19 décembre 2007.

¹⁴ Pharmaceutical Management Agency, Pharmaceutical Schedule, Government of New Zealand. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.pharmac.govt.nz/schedule.asp>, le 19 décembre 2007.

l'ensemble de référence. Actuellement, l'Atripla et le Truvada ne sont pas couverts, mais les médicaments qui les composent (efavirenz, emtricitabine et tenofovir) le sont séparément.

Royaume-Uni

Population : 60,8 millions de personnes

Assurance-médicaments :

Le système public de soins de santé comprend une assurance-médicaments universelle financée au moyen de l'impôt. Les utilisateurs paient des frais fixes de 6,85 £ par ordonnance. Les personnes âgées de plus de 60 ans, de moins de 16 ans, ou de 16 à 18 ans qui étudient à temps plein, et les personnes admissibles à une exemption médicale en raison d'une affection chronique font exception à cette règle et n'assument aucuns frais à l'égard de leurs médicaments d'ordonnance¹⁵.

Couverture des médicaments onéreux :

Les personnes qui prennent régulièrement des médicaments peuvent se procurer des certificats prépayés pour couvrir les frais relatifs à leurs médicaments d'ordonnance. Ces certificats sont assortis d'un plafond annuel de 98,70 £¹⁶. Moyennant un certificat d'exemption valide, les utilisateurs qui souffrent d'une maladie inscrite (dont le VIH) n'assument aucuns frais à l'égard de leurs médicaments d'ordonnance.

Liste des médicaments couverts :

Selon la région, la liste nationale des services de santé subventionnés est gérée par des organisations différentes; le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Institut national de la santé et de l'excellence clinique), en Angleterre et au pays de Galles, et le Scottish Medicines Consortium (Consortium écossais des sciences de la santé), ailleurs. L'homologation des nouveaux médicaments en vue de leur utilisation au Royaume-Uni est le fruit d'une étroite collaboration entre la Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) (Agence de régulation des sciences et produits de la santé), l'Agence européenne du médicament et la Food and Drug Agency (Agence des aliments et médicaments) des États-Unis. Bien que les politiques générales en matière de produits pharmaceutiques soient élaborées à l'échelle nationale, les budgets alloués aux médicaments sont administrés par des organisations régionales appelées « Primary Care Trusts » (Sociétés de soins de base) et, la liste nationale des médicaments non subventionnés est très courte.

Traitements anti-VIH inscrits :

¹⁵ National Health Service Charges from April 1, 2007, Department of Health, Government of the United Kingdom. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/NHScots/index.htm>, le 19 décembre 2007.

¹⁶ Op.Cit.

Le National Health Service (Service national de santé) assure aux personnes vivant avec le VIH au Royaume-Uni un accès entièrement gratuit à huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Actuellement, l'Atripla n'est pas subventionné, mais les médicaments qui le composent (Efavirenz, Emtricitabine et Tenofovir) le sont séparément.

Tableau 1 : Couverture des antirétroviraux offerte dans le cadre du régime national d'assurance-médicaments

Pays	Régime d'assurance-médicaments	Couverture des médicaments onéreux	Universel ou fondé sur les moyens financiers	Franchises, frais et contributions*	Seuil de revenu	Remarques
Australie	Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS) (Plan des prestations médicaments)	Filet de sécurité du PBS	universel	30,70 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence du seuil annuel de 1 059 \$ (filet de sécurité); 4,90 \$ par ordonnance par la suite	aucun	
France	Sécurité sociale	Programme Affections de Longue Durée (ALD)	universel	Médicaments d'ordonnance gratuits si pour le traitement d'une ou plusieurs des 30 affections chroniques approuvées, dont le VIH	aucun	
Allemagne	Combinaison d'assurance-maladie publique et d'assurance-maladie privée	Gesetzliche Krankenkasse, un réseau d'organisations à but non lucratif qui travaille de concert avec l'État à l'administration du programme de santé	fondé sur les moyens	10 p. 100 du coût de l'ordonnance, minimum 5 € et maximum 10 €	s.o.	Environ 90 p. 100 des citoyens sont inscrits au système de santé public.

		national				
Nouvelle-Zélande	Pharmaceutical Management Agency of New Zealand (Pharmac) (Agence de gestion des produits pharmaceutiques)	High Use Health Card (HUHC) ou Pharmaceutical Subsidy Card (PSC) (carte de santé à usage élevé ou carte de santé subventionnée)	universel	15 \$ par ordonnance, ou 3 \$ par ordonnance pour les détenteurs d'une carte PSC ou HUHC	aucun	
Royaume-Uni	National Health Service (Service de santé national)	Subvention pour les personnes à faible revenu	universel	6,85 £ par ordonnance ou 98,70 £ pour une période prépayée de 12 mois	Aucun, mais exemptions prévues pour les personnes à faible revenu	Gratuit pour les personnes à faible revenu, les moins de 16 ans, les étudiants à temps plein de moins de 18 ans, les 60 ans et plus, et les personnes admissibles à une exemption médicale en raison d'une affection chronique, telle le VIH.

*- Les modèles de franchise et de contribution présentés dans ce tableau constituent la formule de base applicable à l'ensemble des utilisateurs. D'autres formes de contribution, plus complexes, peuvent s'appliquer lorsque des circonstances ou des besoins particuliers existent.

Tableau 1 : Antirétroviraux couverts par le régime national d'assurance-médicaments

Nom générique	Sulfate d'abacavir	Darunavir	Efavirenz	Efavirenz, Emtricitabine + Tenofovir	Emtricitabine + Tenofovir	Enfuvirtide (T-20)	Fosamprenavir	Lopinavir + Ritonavir	Nevirapine
Nom de marque	Ziagen	Prezista	Sustiva	Atripla	Truvada	Fuzeon	Telzir	Kaletra	Viramune
Australie	√	√	√	Couverts au cas par cas	√	√	√	√	√
France	√	En milieu	√	Couverts au	√	√	√	√	√

		hospitalier seulement		cas par cas					
Allemagne	√	X	√	X	√	√	√	√	√
Nouvelle- Zélande	√	?	√	Couverts au cas par cas	Couverts au cas par cas	√	X	√	√
Royaume- Uni	√	√	√	Couverts au cas par cas	√	√	√	√	√

√ - médicament couvert par le régime national

X – médicament non couvert par le régime national

? – impossible de confirmer si le médicament est couvert

Tableau 2 : Mécanismes d'homologation et d'inscription des médicaments

	Ministère/organisation responsable	Organisme responsable de l'homologation des médicaments	Autres organismes d'homologation	Organisme responsable de l'inscription des médicaments	Liste des médicaments subventionnés
Australie	Department of Health and Ageing (Département de la santé et du vieillissement)	Drug Safety and Evaluation Branch (DSEB) (Secteur d'évaluation de l'innocuité des médicaments) de la Therapeutic Goods Administration (TGA) (Administration des produits thérapeutiques)	n.d., mais les lignes directrices de la DSEB sont rejoignent celles de l'Agence européenne du médicament (EMA)	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) (Comité adviseur des prestations médicaments) et Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (PBPA) (Service du coût des prestations médicaments)	En 2002, la liste du Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) (Plan des prestations médicaments) comprenait 593 substances pharmaceutiques entrant dans la composition de 1 461 formes médicamenteuses et 2 506 médicaments de marque.
France	Ministère de la santé et de la Sécurité sociale	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)	Agence européenne du médicament (EMA)	La Commission de la Transparence et le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) évaluent la valeur thérapeutique absolue (SMR) des nouveaux médicaments et déterminent s'ils seront couverts ou non.	Une liste positive des médicaments remboursables comprend 4 500 produits (correspondant à 4 570 médicaments différents) disponibles sur le marché français.
Allemagne	Ministère fédéral de la Santé	Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical	Agence européenne du médicament	Ministère fédéral de la Santé (liste des médicaments)	Le registre de la Liste rouge comprend 9 449 préparations;

		Devices (Institut fédéral des médicaments et appareils médicaux) (dans le cas des médicaments) et le Paul Ehrlich Institute (dans le cas des produits sanguins, des sérums et des vaccins)	(EMA)	remboursables, liste positive)	90 p. 100 d'entre elles sont liées à 2 300 médicaments d'ordonnance.
Nouvelle-Zélande	Ministère de la Santé	Medsafe, New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority (Service pour la sécurité des médicaments et appareils médicaux)	s.o.	Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) ((Agence de gestion des produits pharmaceutiques)	2 600 médicaments d'ordonnance et produits connexes sont inscrits sur la Pharmaceutical Schedule et subventionnés.
Royaume-Uni	National Health Service (Service national de santé)	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) (Agence de régulation des sciences et produits de la santé)	Agence européenne du médicament (EMA) Food and Drug Agency (FDA) (Agence des aliments et médicaments)	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Institut national de la santé et de l'excellence clinique) en Angleterre et au pays de Galles, ou Scottish Medicines Consortium (SMC) (Consortium écossais des sciences de la santé)	

5. Canada

Population : 33,1 millions de personnes

Au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux financent et administrent un large éventail de programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance destinés à divers groupes de population, y compris (mais sans s'y limiter) les aînés, les prestataires de l'aide sociale, les personnes handicapées et les personnes dont les dépenses en médicaments sont considérables par rapport à leur revenu. Près des deux tiers des résidents canadiens souscrivent une assurance-médicaments privée par le biais de leur employeur ou directement auprès d'une compagnie d'assurance¹⁷.

Programmes fédéraux

Assurance-médicaments:

Le programme fédéral des Services de santé non assurés (SSNA) s'adresse aux membres des Premières nations, aux anciens combattants, aux membres des Forces canadiennes, aux membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), aux classes d'immigrants désignées et aux détenus des pénitenciers fédéraux. En 2005, le programme des SSNA a fourni une couverture à 779 943 personnes au Canada.¹⁸

Couverture des médicaments onéreux :

À l'échelle fédérale, le programme des SSNA offre aux groupes de populations qui relèvent de sa compétence une couverture des médicaments onéreux à l'égard d'un nombre limité de produits et de services aux personnes admissibles qui ne souscrivent aucune autre assurance. La couverture des médicaments onéreux varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Des renseignements sur les divers programmes de couverture des médicaments onéreux offerts dans chacune des provinces et chacun des territoires sont présentés dans les pages qui suivent. Grâce au Programme d'accès spécial (PAS), qui n'est pas en soi un programme de couverture des médicaments d'ordonnance, les médecins peuvent demander qu'un patient ait accès à un médicament qui n'est pas disponible au Canada. Ce programme n'est toutefois offert qu'aux personnes souffrant d'une maladie grave ou virtuellement mortelle, par souci de compassion et lorsque l'état de la personne requiert une intervention d'urgence et que les traitements conventionnels n'ont donné aucun résultat, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles. La couverture du coût d'un médicament varie en fonction du médicament en cause et du fabricant.

Liste des médicaments couverts :

¹⁷ Paris, V, Doctuer, E, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada: Box 2: Drug coverage in selected provinces and in the federal Non-insured Health Benefits programme", OECD Report, 2006.

¹⁸ Non-Insured Health Benefits, Benefits Information. Health Canada. Viewed at http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/nihb-ssna/benefit-prestation/index_e.html on December 19, 2007.

Le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) a été mis en place par le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) dans le but d'évaluer les données cliniques et de formuler des recommandations quant à l'inscription des nouveaux médicaments sur la liste des médicaments couverts. Le PCEM est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) participants (le Québec ne participe pas au PCEM). Le CCCEM présente ses recommandations aux organismes responsables des différents régimes publics d'assurance-médicaments en vigueur dans les provinces et les territoires. Les neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence ont tous été homologués à des fins d'utilisation au Canada par la Direction des produits thérapeutiques (DPT) de Santé Canada. Le CCCEM a recommandé que le Darunavir, le Truvada et l'Abacavir soient ajoutés aux listes FPT. L'Atripla, cependant, est encore à l'étude; le CCCEM devrait présenter une recommandation en mars 2008. Plusieurs des médicaments compris dans l'ensemble de référence étaient déjà été inscrits sur les listes provinciales et territoriales avant la mise en place du PCEM en 2003.

Le programme des SSNA subventionne les produits pharmaceutiques qui figurent sur la Liste des médicaments en fonction des recommandations du PCEM et du Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique. Des renseignements sur les divers processus qui se rattachent à la liste des médicaments couverts de chaque province et territoire sont présentés dans les pages qui suivent.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le programme des SSNA subventionne huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Actuellement, l'Enfuvirtide ne figure pas sur la Liste des médicaments.

Alberta

Population : 3,29 millions de personnes

Assurance-médicaments :

Les Albertains ont accès à des prestations pharmaceutiques par l'intermédiaire du programme d'assurance-médicaments que finance le gouvernement. Le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta confie à un sous-traitant, l'Alberta Blue Cross, le soin d'offrir trois régimes de soins médicaux supplémentaires :

- La Non-Group Coverage, une assurance individuelle qui couvre les médicaments d'ordonnance, est offerte à l'ensemble des résidents âgés de moins de 65 ans.
- La Premium-free coverage for seniors, une assurance libre de franchise, est offerte à tous les Albertains de 65 ans et plus, ainsi qu'aux personnes à leur charge.
- La Palliative Care Coverage, une assurance qui couvre les soins palliatifs, est offerte aux patients en phase terminale (diagnostic du médecin à l'appui).

Le ministère des Ressources humaines et de l'Emploi de l'Alberta confie également à l'Alberta Blue Cross le soin d'offrir des prestations de maladie, qui couvrent les médicaments d'ordonnance, aux groupes de clients suivants :

- Les Albertains qui reçoivent des prestations de soutien du revenu
- Le programme Alberta Adult Health Benefit (AAHB) (prestations de santé pour adultes de l'Alberta) pour les familles ayant un revenu restreint
- Le programme Assured Income for the Severely Handicapped (AISH) (Revenu garanti pour les personnes gravement handicapées)
- Le programme Alberta Child Health Benefit (ACHB) (Prestations pour la santé des enfants de l'Alberta) pour les enfants qui vivent dans une famille à faible revenu

Couverture des médicaments onéreux :

La Non-Group Coverage est offerte à l'ensemble des résidents albertains de moins de 65 ans. Les bénéficiaires doivent payer une prime et 30 p. 100 du coût de leurs médicaments d'ordonnance, jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance. Actuellement, une personne seule doit payer une prime trimestrielle de 61,50 \$. Les personnes ayant un revenu relativement faible, qui remplissent les conditions requises, peuvent se prévaloir d'un tarif trimestriel réduit de 43,05 \$¹⁹. Cette couverture est offerte à tous les résidents qui en font la demande, peu importe qu'ils souffrent ou non d'une affection préexistante (un délai de carence de trois mois s'applique). Le montant ne peut toutefois excéder 25 000 \$ annuellement²⁰. Les bénéficiaires peuvent cependant demander de faire l'objet d'une exception en vue de faire hausser ce plafond annuel.

Liste des médicaments couverts :

La liste des médicaments du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta inclut les produits médicamenteux couverts par les régimes de soins médicaux supplémentaires qu'offre le ministère. L'Alberta prend part au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). L'Expert Committee on Drug Evaluation and Therapeutics (ECDET) de l'Alberta (Comité d'experts sur l'évaluation des médicaments et la thérapeutique) examine les recommandations du PCEM et conseille le ministre relativement à la valeur thérapeutique et au rapport coût-efficacité des médicaments. Actuellement, la liste des médicaments couverts de l'Alberta comprend plus de 3 600 médicaments²¹.

Traitements anti-VIH inscrits :

¹⁹ Alberta Blue Cross, Non-Group Coverage: Supplementary Health Coverage Brochure, Alberta Health and Wellness, 2003. Consulté à l'adresse suivante : http://www.health.alberta.ca/ahcip/AHCIP_brochure-ABC40004.pdf.

²⁰ Ob.Cit.

²¹ Alberta Health and Wellness Drug Benefit List, Government of Alberta, 2007. Consulté à l'adresse suivante : http://www.health.alberta.ca/ahcip/ahcip_list.html, le 19 décembre 2007.

Les programmes de prestations pharmaceutiques qu'offre le gouvernement de l'Alberta sont administrés par l'Alberta Blue Cross et ne couvrent aucun des neuf traitements anti-VIH de l'ensemble de référence²². Les antirétroviraux utilisés dans le traitement du VIH sont distribués par deux cliniques, soit les Northern et Southern Alberta HIV Clinics, et ne peuvent être prescrits par les généralistes. Ces cliniques fournissent gratuitement six des neuf antirétroviraux. L'Atripla, le Darunavir et le Truvada ne sont pas offerts pour le moment (bien que les médicaments qui composent le Truvada, soit l'Efavirenz et le Tenofovir, soient couverts)²³.

Colombie-Britannique

Population : 4,11 millions de personnes

Assurance-médicaments :

Le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique (BC PharmaCare) offre différents programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance adaptés aux besoins de groupes de population spécifiques, tels que les aînés, les résidents permanents d'établissements de soins de longue durée, les prestataires de l'aide au revenu et les enfants qui remplissent les conditions requises pour recevoir une aide de l'État.

Couverture des médicaments onéreux :

Le programme Fair PharmaCare (assurance-médicaments équitable) a pour but d'offrir une couverture aux personnes qui remplissent les critères d'admissibilité et dont l'état requiert la prise de médicaments particuliers, tels que ceux utilisés dans le traitement des troubles mentaux, de la fibrose kystique, du VIH-sida ou aux fins des soins palliatifs. Le programme Fair PharmaCare tient lieu de filet de sécurité en offrant une aide fondée sur les moyens pour l'achat de médicaments d'ordonnance. La franchise à payer est également établie en fonction du revenu. Les familles dont le revenu annuel est inférieur à 15 000 \$ ne paient aucune franchise. Les familles dont le revenu annuel se situe entre 15 000\$ et 30 000 \$ paient une franchise de 2 p. 100, pour avoir 70 p. 100 du coût des médicaments couverts, jusqu'à un plafond de revenu net de 4p. 100 après quoi le régime couvre 100 p. 100 du coût des médicaments. Les mêmes conditions s'appliquent aux familles dont le revenu annuel est supérieur à 30 000 \$, à la différence que la franchise à payer dans leur cas est de 3 p. 100²⁴.

En Colombie-Britannique, les médicaments antirétroviraux sont distribués gratuitement aux personnes vivant avec le VIH admissibles, par l'intermédiaire du programme de traitement médicamenteux du BC Centre

²² Wigston, M. Communication personnelle par courriel avec l'équipe des prestations pharmaceutiques et du soutien de l'Alberta Blue Cross.

²³ Calgary Health Region. Paying for Drugs: HIV Drugs. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.calgaryhealthregion.ca/clin/sac/payingfo.htm>, le 23 mai 2008.

²⁴ Pharmacare, Ministry of Health, Government of British Columbia. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.hlthhealth.gov.bc.ca/pharme/plani/planiinfo/planiindex.html#F7>, le 19 décembre 2007.

for Excellence in HIV/AIDS. Actuellement, ce centre fournit des antirétroviraux à plus de 4 000 Britanno-Colombiens séropositifs²⁵. Le centre fonde ses pratiques de distribution d'antirétroviraux à partir des lignes directrices établies par le Therapeutic Guidelines Committee (Comité des lignes directrices en matière de traitement).

Liste des médicaments couverts :

Avant d'inscrire un médicament sur la liste des médicaments couverts, le Pharmacare Drug Benefit Committee (DBC) (Comité des prestations pharmaceutiques du régime d'assurance-médicaments) examine les rapports d'évaluation fournis par le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) et la Therapeutics Initiative de l'Université de la Colombie-Britannique. Les membres de la Therapeutics Initiative jouent un rôle consultatif auprès des responsables du régime d'assurance-médicaments en ce qui a trait aux études cliniques sur les médicaments. Ils fournissent un avis critique sur les données cliniques, mais ne formule aucune recommandation quant à l'ajout de substances médicamenteuses sur la liste des médicaments couverts.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le régime d'assurance-médicaments ne subventionne aucun des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Cependant, le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS fournit gratuitement, par l'intermédiaire de son programme de traitement médicamenteux, huit des neuf traitements anti-VIH de l'ensemble de référence. Le Darunavir n'est pas offert pour le moment.

Manitoba

Population : 1,15 million de personnes

Assurance-médicaments :

Le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba prend la forme d'un programme de prestations pharmaceutiques dont peuvent se prévaloir tous les Manitobains qui consacrent une part importante de leur revenu au paiement de leurs médicaments d'ordonnance.

Couverture des médicaments onéreux :

La couverture offerte dans le cadre du Régime d'assurance-médicaments est fondée sur le revenu familial annuel, de sorte que les coûts des médicaments d'ordonnance sont couverts à 100 p. 100 une fois que la franchise (établie en fonction du revenu) est atteinte. La franchise représente, selon le cas, de 2,56 à 5,51 p. 100 du revenu familial annuel²⁶.

²⁵ Drug Treatment Program Update, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, juin 2007, consulté à l'adresse suivante : <http://www.cfenet.ubc.ca/webuploads/files/June2007DTP.pdf>.

²⁶ Pharmacare Deductible Estimator, Manitoba Health, Government of Manitoba, 2007. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/estimator.html>, le 19 décembre 2007.

Liste des médicaments couverts :

La Liste des médicaments admissibles et interchangeables du Manitoba énumère les médicaments de qualité dont l'efficacité a été prouvée et qui ont été approuvés aux fins du programme de prestations pharmaceutiques du Régime d'assurance-médicaments. Cette liste est dressée sur l'avis du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et du Comité responsable du choix des médicaments et des normes pharmaceutiques du Manitoba, lequel s'adjoit l'expertise du ministère de la Santé du Manitoba et de consultants externes. L'approbation finale d'un médicament aux fins des prestations pharmaceutiques offertes par le Régime d'assurance-médicament est donnée par le ministère de la Santé. À l'heure actuelle, la liste des médicaments couverts par le Régime d'assurance-médicaments comprend environ 5 000 médicaments²⁷.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba subventionne cinq des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Les médicaments qui ne sont pas couverts sont le Darunavir, l'Atripla, le Truvada et l'Enfuvirtide.

Nouveau-Brunswick

Population : 729 997 personnes

Assurance-médicaments :

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) offre différents programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance adaptés aux besoins des groupes de bénéficiaires admissibles, dont les citoyens âgés (Programme A), les adultes en établissement résidentiel (Programme E), les enfants pris en charge par l'État ou ayant des besoins spéciaux (Programme G), les personnes souffrant de fibrose kystique (Programme B) et les personnes vivant avec le VIH-sida (Programme U).

Couverture des médicaments onéreux :

Les personnes vivant avec le VIH-sida qui ne remplissent pas les conditions requises pour recevoir des prestations de nature similaire d'une autre organisation peuvent s'inscrire au Programme U du Plan de médicaments sur ordonnance. Elles devront cependant, dans le cadre de ce programme, payer des frais annuels de 50 \$ et doivent assumer 20 p. 100 des coûts de leurs médicaments d'ordonnance, jusqu'à concurrence de 20 \$ par ordonnance. La contribution annuelle maximale d'une famille est fixée à 500 \$²⁸.

²⁷ Manitoba Drug Standards and Therapeutics Committee, Manitoba Health, Government of Manitoba. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/health/mdstc.html>, le 19 décembre 2007.

²⁸ Prescription Drug Program - HIV/AIDS (Plan U), Government of New Brunswick. Consulté à l'adresse suivante : <http://app.infoaa.7700.gnb.ca/gnb/Pub/EServices/ListServiceDetails.asp?ServiceID1=8937&ReportType1=All>, le 19 décembre 2007.

Liste des médicaments couverts :

Tous les médicaments susceptibles de figurer dans le Formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick à titre de médicaments couverts sont soumis à un processus d'examen normalisé et évalués par le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) ou le Comité consultatif d'experts de l'Atlantique (CCEA). Ces comités consultatifs d'experts sont formés de médecins praticiens, de pharmaciens et d'autres spécialistes de la pharmacothérapie et de l'évaluation des médicaments. Ils analysent l'information scientifique et économique relative aux nouveaux médicaments et présentent des recommandations aux responsables des différents programmes d'assurance-médicaments provinciaux quant à l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments couverts, en prenant soin de préciser les conditions et les critères de couverture.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick subventionne cinq des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Le Darunavir, l'Atripla, l'Enfuvirtide et le Truvada ne sont pas couverts, mais certains des médicaments qui les composent (Tenofovir et Emtracitabine) le sont.

Terre-Neuve-et-Labrador

Population : 505 469 personnes

Assurance-médicaments :

Le Programme des médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador offre aux résidents de la province une aide financière pour le paiement des médicaments d'ordonnance admissibles.

Le Foundation Plan couvre à 100 p. 100 le coût des médicaments d'ordonnance admissibles. Il s'adresse aux familles prestataires du soutien du revenu, aux enfants placés sous la garde de l'État et aux personnes nécessitant des soins supervisés.

Le 65 Plus Plan offre une couverture des médicaments d'ordonnance admissibles aux résidents de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de la Sécurité de la vieillesse, ainsi que le Supplément de revenu garanti (SRG). La couverture offerte n'englobe pas les honoraires du pharmacien (frais d'exécution d'ordonnance).

L'Access Plan assure aux personnes et aux familles à faible revenu un accès aux médicaments d'ordonnance admissibles. Le montant couvert est établi en fonction du revenu net et de la situation matrimoniale.

Couverture des médicaments onéreux :

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a récemment mis en place un programme appelé « Assurance Plan ». Ce programme vise à alléger le fardeau financier des personnes et des familles qui doivent consacrer une part importante de leur revenu au paiement de médicaments admissibles onéreux. Ainsi, grâce à cette couverture basée sur le revenu, la part du coût des médicaments admissibles que doivent payer les personnes et les familles ne peut excéder, selon le cas, 5 p. 100, 7,5 p. 100 ou 10 p. 100 du revenu annuel net²⁹.

Liste des médicaments couverts :

Un comité de professionnels, nommés par le ministère de la Santé et des Services communautaires en consultation avec la Newfoundland and Labrador Medical Association and the Pharmacists Association of Newfoundland and Labrador, étudient les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et de l'Atlantic Pharmacare Review Committee. Il conseille également le ministre sur les questions se rapportant au Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products Formulary (formulaire des produits médicaments interchangeables de Terre-Neuve-et-Labrador).

Traitements anti-VIH inscrits :

Le Programme des médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador subventionne six des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence, qui requièrent une autorisation spéciale. L'Atripla, l'Enfuvirtide et l'Abacavir ne figurent pas sur la liste des médicaments couverts.

Territoires du Nord-Ouest

Population : 41 464 personnes

Assurance-médicaments :

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest confie à un sous-traitant, l'Alberta Blue Cross – une compagnie d'assurance privée, le soin d'administrer ses programmes de prestations pharmaceutiques pour les aînés, de prestations de maladie pour les Métis et de prestations pharmaceutiques pour les personnes dont l'état pathologique requiert des soins spécialisés.

Couverture des médicaments onéreux :

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest offre des prestations de maladie complémentaires aux résidents non-autochtones et métis qui ne souscrivent aucun autre régime d'assurance public ou privé. Ces prestations couvrent jusqu'à 100 p. 100 des médicaments d'ordonnance admissibles qui

²⁹ The Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program – The Assurance Program, Government of Newfoundland and Labrador. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.nl.ca/health/nlpdp/newoverview.htm#assurance>, le 19 décembre 2007.

figurent sur la Liste des médicaments des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada.

Liste des médicaments couverts :

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest offre une couverture pour les médicaments inscrits sur la Liste des médicaments des SSNA. (Pour savoir de quelle manière les SSNA gèrent la liste des médicaments remboursables, se reporter au paragraphe qui porte sur le processus d'inscription des médicaments qui a cours au sein du gouvernement fédéral, à la section « Canada », aux pages précédentes.)

Traitements anti-VIH inscrits :

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest subventionne les médicaments qui figurent sur la Liste des médicaments des SSNA. Huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence figurent sur cette liste, le seul absent étant l'Enfuviritide.

Nouvelle-Écosse

Population : 937 900 personnes

Assurance-médicaments :

Par l'intermédiaire de divers programmes, la province fournit aux résidents admissibles une aide financière qui couvre une partie du coût des médicaments d'ordonnance et des fournitures médicales inscrits sur le Nova Scotia Formulary (liste des médicaments couverts de la Nouvelle-Écosse). Le Family Pharmacare Program (programme familial d'assurance-médicaments) s'adresse aux Néo-Écossais qui n'ont pas d'assurance-médicaments ou qui doivent consacrer une part importante de leur revenu au paiement de médicaments d'ordonnance onéreux non couverts par leur assurance privée. Ce programme couvre en partie le coût de certains médicaments d'ordonnance, fournitures médicales et services connexes. Quiconque détient une carte santé de la Nouvelle-Écosse peut s'inscrire au programme. Les assurés n'ont aucune prime à payer, et la contribution de 20 p. 100 ainsi que la franchise sont assorties de plafonds annuels qui varient selon le revenu familial annuel. Les familles sont libres de souscrire parallèlement une assurance privée et une assurance publique.

Couverture des médicaments onéreux :

Le régime d'assurance-médicaments offre différents programmes spéciaux de remboursement du prix des médicaments qui s'adressent respectivement aux aînés, aux prestataires de l'aide au revenu et aux personnes qui reçoivent des traitements contre la sclérose en plaques, le diabète et le cancer. Un programme distinct d'aide aux personnes vivant avec le VIH-sida financé par le gouvernement provincial, mais administré par un centre hospitalier universitaire d'Halifax, offre aux personnes vivant avec le VIH une assurance-médicaments d'ordonnance qui couvre la totalité du coût de leurs médicaments.

Liste des médicaments couverts :

Le Comité consultatif d'experts de l'Atlantique (CCEA) et le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) présentent au ministère de la Santé des recommandations au sujet de la liste des médicaments de la Nouvelle-Écosse. Ces comités sont formés de médecins spécialistes, de médecins de famille et de pharmaciens. Ils appuient leurs recommandations sur celles du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et du Processus commun d'examen des médicaments de l'Atlantique. Un médicament peut être ajouté à titre de médicaments entièrement couvert, couvert à certaines conditions ou ne pas être couvert du tout.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le programme provincial d'assurance-médicaments pour les personnes vivant avec le VIH, qui est administré par le Queen Elizabeth Hospital d'Halifax, prend en charge le coût de huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. L'Atripla n'est pas couvert pour le moment; le Truvada l'est, mais seulement à titre de thérapie de second recours ou de sauvetage³⁰.

Ontario

Population : 12,16 millions de personnes

Assurance-médicaments :

Le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) offre une assurance-médicaments aux résidents ontariens qui sont bénéficiaires du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario et appartiennent à l'un des groupes suivants : personnes de plus de 65 ans, résidents des établissements de soins de longue durée, résidents des foyers de soins spéciaux, personnes qui reçoivent des services professionnels dans le cadre du Programme de soins à domicile et prestataires de l'aide sociale.

Couverture des médicaments onéreux :

Le PMO offre un programme de couverture des médicaments onéreux, le Programme de médicaments Trillium, aux résidents de l'Ontario dont les dépenses en médicaments d'ordonnance sont élevées par rapport à leur revenu familial net. Une fois que la franchise basée sur le revenu (et payable en quatre versements trimestriels) est atteinte, ce programme prend en charge la totalité du coût des médicaments d'ordonnance qui figurent dans le Formulaire du régime de médicaments gratuits de l'Ontario. La franchise représente environ 4 p. 100 du revenu familial annuel³¹.

³⁰ Slayter, Dr. K. Communication personnelle le 4 février 2008.

³¹ A Guide to Understanding the Trillium Drug Program. Government of Ontario. Consulté le 22 janvier à l'adresse suivante :

[http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/AttachDocsPublish/014-S46850E-87~15/\\$File/trillium_bookE_.pdf](http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/AttachDocsPublish/014-S46850E-87~15/$File/trillium_bookE_.pdf)

Par l'intermédiaire du Programme de médicaments spéciaux, le ministère de la Santé et des Soins de Longue durée prend intégralement en charge le coût de certains médicaments utilisés en consultation externe pour le traitement d'affections particulières. Ce programme couvre les médicaments suivants :

- les médicaments utilisés dans le traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie
- les médicaments utilisés dans le traitement du VIH-sida (zidovudine, didanosine, delavirdine et pentamidine)
- l'erythropoïétine, pour les personnes souffrant de néphropathie au stade terminal
- la cyclosporine, pour les personnes qui ont subi une transplantation d'organe ou de moelle osseuse
- l'hormone de croissance, pour les enfants ayant des troubles de croissance
- la clozapine, pour le traitement de la schizophrénie;
- l'aglucerase, pour les personnes atteintes de la maladie de Gaucher.

Liste des médicaments couverts :

Le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques (CAMT) examine les recommandations du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) et conseille le Ministère quant à l'inscription de médicaments dans le Formulaire du régime de médicaments gratuits de l'Ontario. Actuellement, la liste des médicaments remboursables comprend plus de 3 000 médicaments d'ordonnance ayant fait l'objet d'un contrôle de la qualité, plus de 450 produits médicamenteux à usage limité et certains agents réactifs utilisés par les diabétiques et les personnes devant suivre un régime particulier³². Les bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium peuvent demander que des produits médicamenteux qui ne figurent pas sur la liste des médicaments couverts leur soient remboursés, par l'intermédiaire du Programme d'accès exceptionnel du Ministère (anciennement appelée « Individual Clinical Review »), qui étudie les demandes au cas par cas.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le Programme de médicaments Trillium subventionne huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. L'Enfuvirtide ne figure pas dans le Formulaire du régime de médicaments gratuits de l'Ontario (dont la dernière mise à jour remonte à août 2007), mais certains patients peuvent tout de même y avoir accès par l'intermédiaire du Programme d'accès exceptionnel.

Île-du-Prince-Édouard

Population : 135 851 personnes

³² Ontario Drug Benefit: Trillium Drug Program, Government of Ontario. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/drugs/trillium.html>, le 19 décembre 2007.

Assurance-médicaments :

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard offre des programmes d'assurance-médicaments aux aînés et aux familles à faible revenu.

Couverture des médicaments onéreux :

La province offre un programme de couverture des médicaments onéreux appelé « High Cost Drugs Program ». Les résidents admissibles paient une partie du coût de chaque ordonnance (cette contribution est établie en fonction du revenu de chacun), à laquelle s'ajoutent les frais d'exécution d'ordonnance, qui varient d'un médicament à l'autre. La province offre également une assurance-médicaments aux personnes vivant avec le VIH-sida. Les personnes qui ont reçu un diagnostic de VIH peuvent obtenir gratuitement les médicaments antirétroviraux et les traitements complémentaires approuvés et n'ont pas à payer les frais d'exécution d'ordonnance.

Liste des médicaments couverts :

Le Ministère des Services sociaux et des Aînés gère le Prince Edward Island Drug Programs Formulary (liste des médicaments couverts par les programmes d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard) d'après les recommandations du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) ou du Comité consultatif d'experts de l'Atlantique (CCEA). L'Île-du-Prince-Édouard prend part au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Certains produits médicamenteux utilisés dans le traitement du VIH-sida ou du diabète ne figurant pas sur la liste des médicaments couverts peuvent, dans certains cas, être remboursés à titre de médicament d'exception.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le programme d'assurance-médicaments pour les personnes vivant avec le VIH-sida subventionne sept des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Le Duranavir et l'Atripla ne sont pas couverts (mais les médicaments qui composent l'Atripla, soit l'Efavirenz et le Truvada, le sont séparément).

Québec

Population : 7,55 millions de personnes

Assurance-médicaments :

Au Québec, tous les citoyens qui ne souscrivent pas une assurance-médicaments par le biais de leur employeur ont droit à l'assurance offerte et administrée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Depuis 1997, tous les Québécois sont tenus de souscrire une assurance-

médicaments d'ordonnance. Le montant de la prime annuelle varie de 0 \$ à 570 \$ par adulte, selon le revenu familial annuel net³³.

Couverture des médicaments onéreux :

La contribution annuelle des assurés au paiement de leurs médicaments d'ordonnance ne peut excéder le maximum fixé par le gouvernement. Actuellement, le plafond annuel, qui comprend toutes les franchises et quotes-parts, est fixé à 1 496 \$, pour l'ensemble des résidents, peu importe que l'assurance à laquelle ils souscrivent soit publique ou privée³⁴.

Liste des médicaments couverts :

Le régime public couvre les médicaments d'ordonnance achetés au Québec et inscrits sur la Liste des médicaments, qui comprend plus de 5 000 médicaments. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, en consultation avec le Conseil du médicament, détermine quels médicaments inscrire sur cette liste. Contrairement aux autres provinces, le Québec ne participe pas au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM).

Traitements anti-VIH inscrits :

La Régie de l'assurance-maladie du Québec subventionne les neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence.

Saskatchewan

Population : 968 157 personnes

Assurance-médicaments :

Le Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan offre aux résidents admissibles un programme public d'assurance-médicaments qui prend en charge une partie du coût des médicaments d'ordonnance. Dans le cadre de ce régime, les familles paient une franchise semestrielle de 100 \$, après quoi chaque personne paie 35 p. 100 du coût de ses médicaments³⁵. La province offre également une couverture de soins de santé spéciale aux familles à faible revenu moyennant l'approbation du ministère des Ressources communautaires et de l'Emploi.

Couverture des médicaments onéreux :

³³ Prescription Drug Insurance - The Public Plan -The Costs, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Government of Quebec. Consulté à l'adresse suivante : http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/assurancemedicaments/regimepublic/lescouts_lapri me.shtml, le 19 décembre 2007.

³⁴ Prescription Drug Insurance - The Public Plan - The Costs – Maximum Annual Contribution, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Government of Quebec. Consulté à l'adresse suivante : http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/assurancemedicaments/regimepublic/lescouts_contr ibutionannuellemaximale.shtml, le 19 décembre 2007.

³⁵ *Drug Plan – Family Health Benefits*, Government of Saskatchewan. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.sk.ca/family-hlth-benefits>, le 19 décembre 2007.

Le Special Support Program (programme d'aide spéciale) est conçu pour aider les personnes dont les dépenses en médicaments sont élevées par rapport à leur revenu en répartissant également le coût des médicaments d'ordonnance sur une période d'un an. Si la contribution d'une famille dépasse 3,4 p. 100 de son revenu, la famille ne paie plus qu'une partie du coût de chaque ordonnance, ce qui permet de réduire sa contribution et de répartir les coûts sur toute la durée de la période de prestations (six mois). Le montant de la contribution à payer est déterminé en fonction du revenu familial.

Liste des médicaments couverts :

Le Saskatchewan Formulary, la liste des médicaments couverts par le Régime d'assurance-médicaments, comprend plus de 3 500 produits médicamenteux de qualité dont l'efficacité a été prouvée.³⁶ La Saskatchewan participe au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Le Drug Quality Assessment Committee (comité d'appréciation de la qualité des médicaments) examine les recommandations du PCEM et conseille le Saskatchewan Formulary Committee (comité de la liste des médicaments de la Saskatchewan) et le ministère de la Santé en conséquence. La liste est maintenue à jour et distribuée par la Drug Plan and Extended Benefits Branch (Direction de l'assurance-médicaments et des prestations d'assurance-maladie complémentaires) .

Traitements anti-VIH inscrits :

Le Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan subventionne huit des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Actuellement, l'Atripla n'est pas couvert. Toutefois, les médicaments qui le composent, l'Efavirenz et le Truvada, figurent sur la liste des médicaments couverts.

Yukon

Population : 30 372 personnes

Assurance-médicaments :

Le gouvernement du Yukon finance le programme Yukon Pharmacare, un régime d'assurance-médicaments pour les résidents de plus de 65 ans.

Couverture des médicaments onéreux :

Le Chronic Disease Program (programme des maladies chroniques) verse des prestations pharmaceutiques aux résidents inscrits au Régime d'assurance-maladie du Yukon qui souffrent d'une maladie chronique précise ou d'une incapacité fonctionnelle grave, tel que défini dans le *Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection*

³⁶ *Drug Plan Benefits Brochure*, Government of Saskatchewan. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=887,94,88,Documents&MediaID=622&Filename=drug-plan-benefits.pdf>.

chronique. Ce règlement vise plus de 60 maladies chroniques, dont le VIH-sida.

Les résidents qui souscrivent une assurance privée qui comprend une couverture des médicaments d'ordonnance doivent recourir à cette assurance en premier lieu. Les personnes inscrites au programme doivent payer les premiers 250 \$ de médicaments, jusqu'à concurrence de 500 \$ par famille par année, en date du 1^{er} avril de chaque année³⁷. Les résidents admissibles à des prestations au titre du Chronic Disease Program peuvent avoir droit à une réduction ou une exonération de franchise, selon leur revenu et la taille de leur famille.

Liste des médicaments couverts :

Le Yukon Drug Programs Formulary est la liste des médicaments d'ordonnance de qualité dont l'efficacité a été prouvée que couvrent les programmes d'assurance-médicaments du Yukon. Le Yukon Formulary Working Group (Groupe de travail de la liste des médicaments) examine les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) et conseille le directeur du Régime d'assurance-maladie du Yukon quant à l'inscription de nouveaux produits pharmaceutiques sur la liste des médicaments couverts.

Traitements anti-VIH inscrits :

Le Régime d'assurance-médicaments du Yukon subventionne quatre des neuf traitements anti-VIH compris dans l'ensemble de référence. Le Darunavir, l'Atripla, le Truvada, l'Enfuvirtide et l'Abacavir ne figurent pas sur la liste des médicaments couverts, dont la dernière mise à jour remonte à juillet 2007.

³⁷ *Yukon Health and Social Services: Chronic Disease Program*, Government of Yukon, 2007. Consulté à l'adresse suivante : http://www.hss.gov.yk.ca/programs/insured_hearing/chronic_disease, le 19 décembre 2007.

Nom générique	Sulfate d'abacavir	Darunavir	Efavirenz	Efavirenz Emtricitabine + Tenofovir	Emtricitabine + Tenofovir	Enfuvir-tide (T-20)	Fosamprenavir	Lopinavir + Ritonavir	Nevirapine
Nom de marque	Ziagen	Prezista	Sustiva	Atripla	Truvada	Fuzeon	Telzir	Kaletra	Viramune
Approbation du PCEM	s.o.	√*	s.o.	à l'étude	√*	s.o.	√	s.o.	s.o.
SSNA	√	√*	√	√*	√*	X	√	√	√
Alberta	√	X	√	X	X	√	√	√	√
C.-B.	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Manitoba	√	X	√	X	X	X	√	√	√
N.B.	√	X	√	X	X	X	√	√	√
T.-N.-L.	√*	√*	√*	X	√*	X	X	√*	√*
T.N.-O.	√	√*	√	√*	√*	X	√	√	√
N.-É.	√	√	√	X	√*	√	√	√	√
Ontario	√	√	√	√	√	X	√	√	√
Î.-P.-É.	√	X	√	X	√*	√*	√	√	√
Québec	√	√*	√	√	√	√*	√	√	√
Saskatchewan	√*	√*	√*	√	√*	√*	√*	√*	√*
Yukon	√	X	√	X	X	X	X	√	√

√ - figure sur la liste des médicaments couverts, ne requiert pas d'autorisation spéciale

√* - figure sur la liste des médicaments couverts, mais requiert une autorisation spéciale

X – ne figure pas sur la liste des médicaments couverts

s.o. – Le PCEM n'existait pas lorsque ce médicament a été ajouté à la liste

6. État de la question

Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

En 2003, les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à « faire en sorte que tous ceux qui ont besoin de médicaments très onéreux puissent y avoir accès, peu importe où ils vivent ou leur capacité de payer »³⁸. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exception du Québec) ont convenu de collaborer à la mise en œuvre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP), laquelle prévoit diverses mesures en ce qui concerne la couverture des médicaments onéreux et l'élaboration d'une liste nationale commune des médicaments couverts. Le Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la SNPP a rendu public, en juin 2006, un rapport d'étape sur les progrès réalisés dans le domaine à ce jour, qui présentait différentes options quant à la couverture des médicaments onéreux, ainsi que les prochaines étapes à entreprendre en vue de la création, par les provinces et territoires participants, de la liste nationale commune des médicaments remboursables. Les principes suivants ont été formulés et approuvés à titre de guide pour l'élaboration et l'évaluation des différentes options de couverture des médicaments onéreux³⁹ :

1. Universalité : tous les Canadiennes et Canadiens sont admissibles;
2. Équité : une couverture comparable partout au pays;
3. Transparence : des niveaux de couverture faciles d'accès et faciles à comprendre;
4. Niveau de preuve : la sélection des médicaments admissibles est fondée sur des données probantes;
5. Intégration : la couverture pour les médicaments onéreux est intégrée aux programmes d'assurance médicaments publics et privés; et
6. Viabilité : la couverture est abordable, viable et équilibrée par rapport aux autres priorités en matière de santé.

Après examen des données probantes et des différentes possibilités en ce qui concerne la couverture des médicaments onéreux au Canada, les auteurs recommandent que deux options, qui intègrent en partie le privé, soient envisagées sérieusement et que les politiques, les modèles et les coûts qu'impliquent chacune d'elles fassent l'objet d'une analyse plus poussée. Ces options sont les suivantes :

Option 1 – Pourcentage variable

³⁸ 2003 First Ministers Health Accord. Pharmaceuticals Management and Catastrophic Drug Coverage. Fact Sheet. Consulté à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/pharma_e.html, le 20 décembre 2007.

³⁹ National Pharmaceuticals Strategy Progress Report. Federal/Provincial/Territorial Task Force. Health Canada: 2006.

Un programme assorti d'une contribution maximale variable fondée sur le revenu équivalant selon le cas à 0, 3, 6 ou 9 p. 100 du revenu familial. Une fois ce seuil atteint, tous les médicaments d'ordonnance seraient couverts à 100 p. 100. Les familles ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ n'auraient aucuns frais à assumer à l'égard de leurs médicaments d'ordonnance. Le seuil maximal de 9 p. 100 s'appliquerait aux familles dont le revenu annuel est égal ou supérieur à 90 000 \$.

Option 2 – Pourcentage fixe

Un programme assorti d'une contribution maximale fixe équivalant à 5 p. 100 du revenu (la contribution moyenne exigée par les programmes d'assurance-médicaments basés sur les revenus actuellement en place dans les provinces et les territoires est de 4,3 p. 100 du revenu familial; cette contribution serait arrondie à 5 p. 100 du revenu).

En ce qui concerne la création d'une liste nationale commune des médicaments couverts, les auteurs du rapport recommandent ce qui suit :

- Poursuivre l'expansion progressive du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et des processus d'examen commun en vue d'accroître le caractère commun des listes de médicaments des régimes publics d'assurance médicaments
- Poursuivre les travaux déjà amorcés en vue de l'élaboration d'une liste nationale commune des médicaments

Les auteurs mentionnent également la nécessité pour les intervenants de tenir d'autres consultations sur certains aspects de la SNPP, au fur et à mesure que seront entreprises les prochaines étapes de sa mise en œuvre.

Rapports d'organisations non gouvernementales et de commissions

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) recommande qu'une couverture minimale normalisée soit mise en place dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments pancanadien afin de réduire les disparités entre les provinces et les territoires. Selon la déclaration de principes de l'ACS, ce régime serait administré par l'ensemble des provinces et des territoires⁴⁰.

Les recommandations de l'ACS rejoignent celles présentées, en 2005, par le Conseil canadien de la santé (CCS), qui soutient que, bien que les dépenses en matière de médicaments d'ordonnance représentent les deuxièmes plus importantes dépenses publiques en santé après les hôpitaux, la part de budget que le Canada consacre à la couverture des médicaments d'ordonnance est considérablement inférieure à celle d'autres pays industrialisés. Au Canada, la contribution de l'État au paiement des médicaments d'ordonnance est de 38 p. 100, comparativement à 54 p. 100

⁴⁰Catastrophic Pharmaceutical Coverage. The Canadian Healthcare Association. February 2006. Consulté à l'adresse suivante : http://www.cha.ca/documents/CHAPharmPolicy_CatastrophicDrugs.pdf, le 22 décembre 2007.

en Australie, 67 p. 100 en France et 75 p. 100 en Autriche. Aux États-Unis, la part de l'État est d'environ 19,5 p. 100⁴¹.

Le CCS recommande également que la contribution annuelle maximale des Canadiens au paiement de leurs médicaments d'ordonnance soit fixée à 5 000 \$, seuil à partir duquel le gouvernement prendrait en charge le coût des médicaments onéreux. Le CCS est d'avis que des mesures devraient être prises afin de s'assurer qu'en matière d'assurance-médicaments, une norme minimale soit appliquée dans l'ensemble du pays. Une étude réalisée en 2000 a révélé qu'environ 10 p. 100 des Canadiens (trois millions de personnes) étaient considérés comme non assurés à l'égard des dépenses relatives aux médicaments courants, soit parce qu'ils ne souscrivaient aucune assurance, soit parce qu'il leur fallait avoir payé au moins 1 000 \$ de médicaments au cours de l'année avant que la couverture que leur offrait leur assureur ne prenne effet⁴². Selon un rapport du CCS publié en 2002, 9 p. 100 de la population souscrivait une assurance-médicaments ne comportant pas de contribution maximale. Autrement dit, la contribution de ces personnes au paiement de leurs médicaments augmentait proportionnellement au coût de ces derniers et, en fin de compte, elles se retrouvaient pour la plupart à assumer 20 p. 100 des coûts totaux de leurs médicaments d'ordonnance, même lorsque ces coûts étaient très élevés⁴³.

Dans un rapport publié en 2007, la Coalition canadienne de la santé recommande la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments pour l'ensemble des Canadiens qui couvrirait la *totalité* du coût des médicaments d'ordonnance (inscrits sur une liste nationale des médicaments). Ce régime comporterait une phase de mise en œuvre graduelle pendant laquelle des mécanismes de réduction des coûts viendraient progressivement remplacer la contribution des consommateurs⁴⁴. Dans ce rapport, la Coalition canadienne de la santé propose de remplacer les régimes d'assurance privés ou offerts par les employeurs par un système à payeur unique financé par les cotisations des employeurs. Dans le cadre d'un tel système, la plupart des régimes privés d'assurance-médicaments d'ordonnance seraient remplacés par le régime public à payeur unique. Les auteurs du rapport font également valoir que la hausse des coûts du régime d'assurance-médicaments qu'entraînerait l'inscription des personnes qui actuellement ne sont pas assurées ou souscrivent une assurance insuffisante (et l'élimination des mécanismes de partage des coûts, tels que les primes et les franchises) serait compensée grâce à divers mécanismes de contrôle des

⁴¹ Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change. Health Council of Canada Annual Report 2005. Consulté à l'adresse suivante : http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=32, le 21 décembre 2007.

⁴² Canadians' Access to Insurance or Prescription Medicines. Applied Management in Association with Fraser Group/Tristat Resources. March 2000.

⁴³ Drug Expense Coverage in the Canadian Population. Applied Management in Association with Fraser Group/Tristat Resources. August 2002.

⁴⁴ Canadian Health Coalition. More for Less: Pharmacare – A National Drug Plan. September 2007

prix, un système d'ordonnance amélioré, des contraintes supplémentaires en matière de publicité, des restrictions sur les brevets et la cotisation des employeurs.

On trouve de plus en plus de publications et de rapports sur les iniquités considérables qui caractérisent la couverture des médicaments au Canada. L'un d'eux, un éditorial du Journal de l'Association médicale canadienne, contenait le passage suivant : « Au Canada, nous nous berçons d'illusions en continuant d'affirmer que nous disposons d'un système universel financé par l'État, quand en réalité la couverture des médicaments varie énormément d'une région à l'autre du pays »⁴⁵. Dans l'éditorial d'un numéro récent du Journal de l'Association médicale canadienne, on présentait une étude sur l'incidence des contributions, des franchises et autres mécanismes de partage des coûts sur l'utilisation générale du régime d'assurance-maladie, et faisait à cet égard l'observation suivante :

« À l'heure actuelle, les régimes d'assurance provinciaux appliquent un mode de fonctionnement de type « deux poids, deux mesures » - ils exigent une participation aux frais des médicaments d'ordonnance, afin de contrôler l'utilisation abusive, mais n'imposent aucuns frais modérateurs à l'égard des services médicaux ou hospitaliers, car la *Loi canadienne sur la santé* l'interdit. Le maintien de ce système à deux poids, deux mesures est difficilement justifiable. D'une part, parce que l'angioplastie n'est pas plus importante ou digne d'une couverture au premier dollar qu'un traitement par bêtabloquants, qui aurait pu prévenir la nécessité d'une telle intervention chirurgicale. D'autre part, parce que des décennies de recherche ont démontré que l'imposition de frais modérateurs n'avait pas l'effet escompté. Lorsqu'on leur demande de payer une partie du coût de leurs médicaments, les gens réduisent leur consommation de médicaments, que ceux-ci leur soient essentiels ou non, ou cherchent à recevoir gratuitement un traitement médicamenteux en se faisant admettre à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, comme l'ont observé Anis et ses collègues, et d'autres [traduction]^{46 47}. »

Une étude de l'Institute of Health Economics sur l'incidence des mesures de limitation des coûts instaurées par le gouvernement de l'Alberta à l'égard du programme d'assurance-médicaments d'ordonnance destiné aux aînés a révélé que les aînés avaient assumé des dépenses en médicaments

⁴⁵ Anis, AH. National pharmacare: a dog's tale. *Canadian Medical Association Journal*. September 14, 2004; 171 (6).

⁴⁶ Anis, AH, Guh DP, Lacaille D, et al. When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling prescriptions. *Canadian Medical Association Journal* 2005; 173(11): 1335-9.

⁴⁷ Grootendorst P. Beneficiary cost-sharing under Canadian provincial prescription drug benefit programs: history and assessment. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 2002; 9: 79-99.

considérablement plus élevées, totalisant 10,2 millions de dollars en 1999 seulement, des suites de l'augmentation du « taux de participation aux coûts » applicable aux aînés⁴⁸.

Les rapports Kirby et Romanov, qui ont été rédigés au terme d'examens approfondis du système de santé canadien, de vastes consultations avec les intervenants du secteur de la santé et de comparaisons avec d'autres pays de l'OCDE, recommandent tous deux qu'un niveau minimal d'assurance-médicaments soit offert à l'ensemble des Canadiens et que des mesures soient prises afin de s'assurer que les Canadiens aient tous accès aux mêmes médicaments d'ordonnance. Bien que les recommandations présentées dans ces rapports diffèrent quant à la façon de répartir les coûts d'un tel régime entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires participants, elles se rejoignent en ce qui concerne la contribution annuelle maximale, qui, affirme-t-on, devrait être fixée à 1 500 \$ et constitué le seuil à partir duquel le coût des médicaments serait pris en charge. Le Rapport Kirby précise que cette contribution ne devrait pas dépasser 3 p. 100 du revenu familial (jusqu'à concurrence de 1 500 \$ annuellement) dans le cadre d'un programme pancanadien de couverture des médicaments onéreux⁴⁹ ⁵⁰. En ce qui concerne la comparaison du Canada avec d'autres pays de l'OCDE, le Rapport Kirby est formel, l'approche du Canada en matière de médicaments d'ordonnance « contraste fortement avec les politiques en vigueur dans de nombreux pays de l'OCDE, où les médicaments d'ordonnance sont couverts par un régime public au même titre que les services fournis par les médecins et les hôpitaux [traduction] »⁵¹.

Publications scientifiques

L'étude dont il est question ci-dessous visait à déterminer l'incidence du partage des coûts des médicaments sur l'utilisation du système de soins de santé par des patients âgés souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Il est ressorti de cette étude que la mise en œuvre de politiques de limitation des coûts, telles que le partage du coût des médicaments d'ordonnance, pouvait avoir pour effet d'accroître l'utilisation du système de soins de santé en raison d'une hospitalisation accrue attribuable à la sous-utilisation des médicaments d'ordonnance⁵². L'accumulation des données probantes au sujet de l'incidence potentielle des contributions et autres frais modérateurs sur l'utilisation (croissante) du système de soins de santé n'est pas mentionnée dans le rapport d'étape de la SNPP.

⁴⁸ Abstract. Institute for Health Economics. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.ihe.ca/documents/ihe/publications/papers/2000-12summary.htm>, le 30 janvier 2008.

⁴⁹ Romanow, Roy. Commission on the Future of Health Care in Canada: Final Report. November 2002. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>, le 18 décembre 2007.

⁵⁰ Kirby, Michael. The Health of Canadians: The Federal Role. Final Report. October 2002. Consulté à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/kirby_e.html, le 18 décembre 2007.

⁵¹ Op. Cit.

⁵² Anis, AH, Guh DP, Lacaille D, et al. Op. Cit.

D'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur les dépenses en médicaments d'ordonnances, 10 p. 100 des Canadiens consacrent plus de 2 p. 100 de leur revenu brut au paiement de leurs médicaments d'ordonnance. Le rapport signale également que le déboursé réel des Canadiens est supérieur au maximum prévu dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments provinciaux, principalement pour les raisons suivantes :

- Il arrive que les personnes qui changent de compagnie d'assurance ne demandent pas la documentation requise à leur ancien assureur, de sorte qu'elles n'ont aucun moyen de vérifier si elles déboursent plus que le maximum prévu.
- Les dépenses en médicaments d'ordonnance engagées à l'extérieur de la province peuvent ne pas être couvertes par le régime d'assurance-médicaments provincial.
- Certaines dépenses peuvent concerner des médicaments qui ne figurent pas sur la liste provinciale des médicaments couverts⁵³.

Dans le cadre d'une autre étude récente, des chercheurs ont comparé trois pays d'Europe (la France, l'Angleterre et l'Allemagne) et ont constaté que, bien que chacun de ces pays se soit doté d'une assurance-médicaments complète et universelle, les dépenses en médicaments de la France étaient considérablement plus élevées. À cet égard, les chercheurs ont noté ceci : « la variation des dépenses en médicaments d'un pays à l'autre ne s'explique pas par le nombre de médicaments disponibles, mais par les différences qui caractérisent l'approche des médecins en matière de prescription de médicaments [traduction] »⁵⁴. Dans certaines régions du monde, comme en Colombie-Britannique, d'autres mesures de limitation des coûts ont été adoptées, par exemple le recours à des appels d'offres et l'établissement du coût en fonction du produit de référence.

Une récente étude publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne avait pour objectif de comparer les régimes provinciaux d'assurance-médicaments d'ordonnance et d'évaluer l'incidence de ces régimes sur les dépenses annuelles des patients en médicaments. Les auteurs de cette étude se sont concentrés sur trois catégories de patients (les aînés, les personnes à faible revenu n'étant pas des aînés et les prestataires de l'aide sociale) et ont eu recours à divers scénarios cliniques. Ils ont constaté que le fardeau financier des patients variait énormément d'une catégorie à l'autre; les aînés payant au moins 35 p. 100, et dans certains cas jusqu'à 100 p. 100, du coût de leurs médicaments d'ordonnance, selon leur province de résidence. Le fardeau financier personnel des patients, toutes catégories confondues, varie également de façon marquée d'une

⁵³ Prescription drug spending as a percentage of income. Canadian Institute for Health Information. 2004. Consulté à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/tables/pdf/dt003_en.pdf, le 20 décembre 2007.

⁵⁴ Nguyen-Kim, L Or, Z, Paris, V et al. The politics of drug reimbursement in England, France and Germany. *Issues in Health Economics*. No. 99. October 2005.

province à l'autre. Les auteurs concluent par l'observation suivante : « Notre étude montre bien les disparités entre les différents régimes publics d'assurance-médicaments en vigueur au pays »⁵⁵.

7. Examen de la législation pertinente

Selon la *Loi constitutionnelle de 1867*, les parlements fédéral et provinciaux ne disposent pas d'un pouvoir législatif exclusif à l'égard des soins de santé, lorsque ceux-ci sont prodigués à l'extérieur des hôpitaux. Cependant, comme « toute question de nature locale ou privée » relève généralement de la compétence des provinces, les soins de santé ont été interprétés, aux fins de l'application de la *Loi*, comme un secteur de compétence provinciale (ou territoriale). Toutefois, avec l'établissement au titre de la *Loi canadienne sur la santé* du Régime d'assurance-maladie, le gouvernement fédéral a commencé, par le truchement de son pouvoir d'application des fonds, à jouer un rôle de plus en plus affirmé dans ce secteur.

Les trois lois suivantes sont pertinentes du point de vue de la mise en œuvre d'un programme commun de couverture des médicaments onéreux et de la création d'une liste nationale des médicaments couverts au Canada :

- La *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* cible de manière explicite l'accélération de la réforme des soins de santé à plusieurs égards, notamment la couverture des médicaments onéreux, et comporte des dispositions qui prévoient des transferts de fonds supplémentaires en vue de soutenir l'exécution, par les gouvernements provinciaux et territoriaux, de programmes d'assurance.
- La *Loi canadienne sur les droits de la personne* et le *Règlement sur l'application de la Loi canadienne sur les droits de la personne aux régimes de prestations* régissent les questions relatives à l'admissibilité aux prestations médicaments.
- La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale en vertu de laquelle sont institués les régimes publics d'assurance-maladie en vigueur au pays. Cette *Loi* définit le premier objectif de la Politique canadienne en matière de soins de santé, qui est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ».

La *Loi canadienne sur la santé* énonce les critères et les conditions auxquels doivent satisfaire les provinces et les territoires en matière de services de santé assurés pour avoir droit à la pleine contribution fédérale prévue aux fins de la prestation des services de santé sous le régime du Transfert canadien en matière de santé (TCS) (anciennement le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux). Au Canada, les médicaments

⁵⁵ Demers, V et al. Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. *CMAJ* February 12, 2008 178(4).

d'ordonnance (utilisés à l'extérieur des hôpitaux) ne comptent pas parmi les services de santé assurés au titre de la *Loi canadienne sur la santé*, qui spécifie à l'égard de quels services le gouvernement fédéral peut transférer des fonds aux gouvernements provinciaux et territoriaux.

Conséquemment, au fil du temps, les provinces et les territoires ont mis en place divers programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance fondés sur des critères d'admissibilité, des listes de médicaments et des mécanismes de limitation des coûts (tels que des franchises et des quotes-parts) différents. Les provinces et territoires ont adopté de nouvelles lois ou apporté des modifications aux lois et règlements existants aux fins du financement et de la gestion de ces programmes, mais aucune mesure incitative (tel l'incitatif financier que procure la *Loi canadienne sur la santé*) n'a été prévue afin d'assurer l'uniformité et la transférabilité des programmes d'une province et d'un territoire à l'autre.

Les dispositions pertinentes de chacune des lois susmentionnées sont présentées à l'Annexe 1 : Législation fédérale relative à la couverture des médicaments onéreux.

8. Modèles potentiels de couverture des médicaments onéreux

Modèles de programmes étrangers et nationaux

Plusieurs modèles de couverture des médicaments onéreux ont été élaborés pour le Canada à la suite d'un examen des politiques de santé en vigueur dans d'autres pays ayant un profil économique similaire (dont quatre des neuf pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques utilisés à des fins de comparaison dans le cadre du Rapport Romanov). Comme il n'y a actuellement aucun régime national d'assurance-médicaments d'ordonnance en vigueur au Canada, l'examen a porté, à des fins de comparaison, sur les modèles en place en Australie, en France, au Royaume-Uni, en Allemagne et en Nouvelle-Zélande, de même que sur les programmes de couverture des médicaments onéreux offerts dans les provinces et les territoires du Canada. Cet examen s'est articulé autour des principes d'intégralité, d'abordabilité et d'universalité énoncés au début de cette recherche. Des entretiens avec des fonctionnaires fédéraux et provinciaux travaillant à différents aspects de la SNPP ont également été réalisés.

Les cinq régimes nationaux d'assurances-médicaments d'ordonnance examinés sont tous universels et la plupart comportent des modalités visant à réduire ou à rendre nulle la contribution au paiement des médicaments d'ordonnance pour les personnes atteintes de maladies ou d'affections spécifiques (telles que les 41 affections figurant sur la liste du programme français des Affections de longue durée). Cette situation peut donner lieu à des iniquités entre les différentes catégories de malades, même si en règle générale, les affections donnant droit à une couverture bonifiée sont celles qui entraînent des dépenses élevées en médicaments d'ordonnance. Le VIH figure sur toutes les listes des régimes examinés. Ces listes comprennent également (mais sans s'y limiter) un certain nombre d'autres maladies telles que le cancer, le diabète de type 1 et 2, la sclérose en plaques et la fibrose kystique. Les régimes nationaux examinés sont comparables (et dans certains cas supérieurs) à ceux offerts par les provinces et les territoires canadiens sur le plan de l'intégralité et, en général, considérablement plus abordables pour les consommateurs.

Les régimes d'assurance-médicaments en place dans les provinces et les territoires diffèrent – parfois de manière considérable – sur les plans de l'intégralité, de l'abordabilité et de l'universalité, et dans la plupart des cas, le fardeau financier imposé au consommateur sous forme de quotes-parts, de primes et de franchises, est plus élevé que dans les pays examinés. Dans certaines provinces, notamment en Colombie-Britannique, en Alberta et au Nouveau-Brunswick, les régimes publics d'assurance-médicaments, soit ont été conçus pour les personnes souffrant de maladies ou d'affections spécifiques (par exemple, les programmes, désignés au moyen d'une lettre, qui s'adressent aux personnes souffrant d'affections spécifiques au Nouveau-Brunswick), soit sont financés par la province, mais administrés par des organisations totalement indépendantes (telles que la BC Cancer Agency et le

BC Centre for Excellence in HIV/AIDS). Le Québec offre un régime complet et universel à l'ensemble de ses résidents, dont la franchise est la moins élevée de tous les régimes publics provinciaux et territoriaux.

Revue de la littérature et examen du contexte canadien

Bon nombre des études, des éditoriaux et des rapports recensés dans le cadre de la revue de la littérature font état d'iniquités considérables entre les provinces et les territoires en matière d'assurance-médicaments d'ordonnance. En outre, certaines données semblent indiquer que les mécanismes de limitation des coûts, tels que les franchises et les quotes-parts, peuvent avoir pour effet de limiter l'accès aux médicaments d'ordonnance essentiels et, dans certaines circonstances, d'accroître les dépenses globales en santé. La revue de la littérature suggère, par ailleurs, que d'autres mesures de limitation des coûts (telles que l'évaluation des pratiques des médecins en matière de prescription de médicaments et l'élaboration de stratégies de communication ciblées visant à réduire la prescription excessive de médicaments) pourraient permettre de réaliser des économies considérables sans pour autant accroître le fardeau financier des consommateurs. Les stratégies mises en œuvre par les gouvernements afin de freiner la hausse croissante des coûts des régimes d'assurance-médicaments d'ordonnance semblent toutefois faire peu de cas de telles possibilités.

Le fait de modifier la *Loi canadienne sur la santé* afin que les médicaments d'ordonnance fassent partie des services de santé assurés procurerait une solution législative simple aux écarts observés en matière d'assurance-médicaments. Or, il est clair que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont peu disposés à remanier cette loi, sans doute parce qu'à l'origine, son adoption avait suscité la controverse du fait que la *Loi* recourait au pouvoir fédéral d'application des fonds pour définir les critères et conditions de financement dans un secteur de compétence provinciale. En plus des défis politiques que susciterait le remaniement de la *Loi canadienne sur la santé*, une telle démarche donnerait fort probablement lieu à un nombre important de demandes visant à l'ajout d'autres services de santé à la liste des services assurés, ce qui aurait inévitablement pour résultat d'accroître de manière exponentielle la pression exercée sur les coffres de l'État. Outre, l'accroissement potentiel du fardeau financier du gouvernement fédéral, le remaniement de la *Loi canadienne sur la santé* pourrait également compromettre la mesure dans laquelle les gouvernements fédéral et provinciaux sont disposés à être liés par le régime, de même que le déploiement de ce dernier dans les régions de compétence provinciale et territoriale.

Des fonds supplémentaires pourraient néanmoins être transférés aux gouvernements provinciaux et territoriaux en vertu des dispositions actuelles de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. En effet, il est clairement indiqué dans cette *Loi* que la couverture des médicaments onéreux constitue l'un des secteurs de la réforme des soins

de santé à l'égard duquel le gouvernement fédéral pourrait transférer des fonds supplémentaires aux provinces afin de veiller à ce qu'aucun Canadien n'ait à assumer « un fardeau financier excessif » en raison du coût élevé des médicaments d'ordonnance. La solution serait d'obtenir un consensus sur le modèle qui conviendra le mieux au financement et l'exécution d'un programme de couverture des médicaments onéreux dans les provinces et territoires participants.

Il est surprenant que le Rapport d'étape de la SNPP ne fasse aucune allusion aux rapports Romanow et Kirby, qui proposent des modèles très similaires, fondés sur des recherches approfondies et de vastes consultations auprès des Canadiens, en ce qui concerne le financement et la mise en œuvre d'un programme de couverture des médicaments onéreux au Canada. Bien que les décideurs de tous les échelons du gouvernement reconnaissent que les médicaments d'ordonnance jouent un rôle tout aussi fondamental dans la préservation de la santé et le prolongement de la vie des Canadiens que les services de santé assurés au titre de la *Loi canadienne sur la santé*, il subsiste en ce domaine un décalage marqué entre les pratiques du gouvernement et son discours.

Les modèles présentés à la section suivante ont été élaborés en fonction des résultats de l'analyse de contexte et de la revue de la littérature, et tiennent compte du cadre légal FPT actuellement en place. Chacun de ces modèles vise à réduire les iniquités qui caractérisent actuellement l'assurance-médicaments d'ordonnance au Canada. Les postulats suivants s'appliquent à l'ensemble des modèles proposés.

- Tous feraient une place à l'assurance privée, à titre de couverture individuelle ou offerte par l'employeur.
- Tous permettraient de s'assurer qu'aucun Canadien n'ait à assumer une hausse de coûts sous forme de franchise ou de quote-part (par ex. les résidents de la Colombie-Britannique qui ont accès gratuitement à des traitements contre le cancer par l'intermédiaire de la BC Cancer Agency ou à des antirétroviraux par le biais du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS n'aurait pas à payer de franchise pour avoir accès aux médicaments inscrits sur la liste nationale des médicaments couverts).
- Tous permettraient de s'assurer que les Canadiens aient accès aux mêmes médicaments d'ordonnance, soit ceux actuellement disponibles dans le cadre du régime provincial ou territorial le plus complet, puisque toutes les listes de médicaments provinciales et territoriales seraient intégrées de manière à ne plus former qu'une seule et même liste nationale commune des médicaments couverts.

Le maintien des droits acquis des personnes bénéficiant d'une assurance-médicaments intégrale dans le cadre de programmes existants entraînera inévitablement certaines iniquités au pays. En réduisant le déboursé global des Canadiens, l'approche préconisée permettra néanmoins de minimiser les iniquités qui caractérisent actuellement l'assurance-médicaments au Canada.

Modèle 1 : Norme internationale en vigueur dans les pays de l'OCDE examinés

Il s'agit d'un programme de couverture des médicaments onéreux assorti d'une contribution personnelle par ordonnance peu élevée. Dans le cadre de ce programme, les personnes souffrant d'affections chroniques (tels le VIH et le cancer) n'auraient aucuns frais à assumer à l'égard de leurs médicaments d'ordonnance et le déboursé des utilisateurs fréquents plafonnerait à 500 \$ annuellement.

Avantages

- Cette option est la plus abordable pour les consommateurs, car c'est celle qui implique le déboursé le plus bas pour le consommateur.
- Cette option reconnaît que le traitement de certaines maladies ou affections particulières implique des coûts élevés sur le plan des soins de santé (ce qui comprend les médicaments d'ordonnance), et prévoit des allocations à cet égard.
- Cette option est celle qui s'apparente le plus à l'assurance-médicaments d'ordonnance offerte dans les pays de l'OCDE examinés et qui rejoint le plus les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* en matière de services assurés.

Inconvénients

- Cette option serait la plus coûteuse pour le gouvernement fédéral et les provinces et territoires participants, et, pour cette raison, risque fort d'être boudée par les décideurs.
- Le coût plus élevé de cette option pourrait entraîner un resserrement des critères en ce qui concerne l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments couverts⁵⁶.
- Cette option constituerait un défi de taille sur le plan de la viabilité à long terme, étant donné que les médicaments d'ordonnance arrivent au second rang des dépenses publiques les plus élevées en santé et que la part de budget qui leur est allouée ne cesse de croître.

Modèle 2 : Programme de couverture des médicaments onéreux proposé dans le Rapport Kirby

Dans le cadre de ce programme de couverture des médicaments onéreux, la contribution maximale des utilisateurs au paiement de leurs médicaments d'ordonnance serait fixée à 3 p. 100 du revenu familial, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ annuellement.

⁵⁶ Observation faite par un représentant provincial lors d'un entretien avec ce dernier.

Avantages

- Conforme aux recommandations des rapports Kirby et Romanow en ce qui concerne le seuil à partir duquel un mécanisme de couverture des médicaments onéreux s'enclencherait.
- Réduirait le fardeau financier de la plupart des consommateurs puisque le seuil proposé serait inférieur à celui de la majorité des régimes actuels d'assurance-médicaments d'ordonnance provinciaux.

Inconvénients

- Cette option serait moins équitable, car elle exigerait de l'ensemble des familles qu'elles contribuent au paiement de leurs médicaments d'ordonnance dans une proportion identique, peu importe leur revenu.
- Un tel programme serait plus dispendieux pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux car les coûts liés à sa mise en œuvre et à son maintien à long terme seraient plus élevés que ceux de la plupart des régimes actuels.

Modèle 3 : Régime à pourcentage normalisé basé sur le revenu

Dans le cadre de ce régime, la contribution des utilisateurs serait fixée à 5 p. 100 du revenu familial; une fois ce seuil atteint, les médicaments onéreux seraient couverts. Les familles dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ ne paieraient aucune franchise.

Avantages

- Offre une approche uniforme et équitable similaire (quoique légèrement plus dispendieuse pour le consommateur), sur le plan de l'abordabilité, aux régimes d'assurance-médicaments basés sur le revenu actuellement en place dans certaines provinces et certains territoires.
- Comporte des dispositions visant à réduire le plus possible le déboursé des familles à faible revenu, conformément à ce que prévoient les régimes d'assurance-médicaments existants.

Inconvénients

- Une plus grande proportion des coûts des médicaments onéreux serait réfilée aux Canadiens, par rapport aux options 1 et 2.
- Cette option ne concorde pas avec la façon dont les autres services de santé médicalement nécessaires sont couverts au Canada (par ex. les honoraires des médecins, les séjours en établissement hospitalier, etc.).

Modèle 4 : Régime à échelle de contribution mobile basée sur le revenu

Dans le cadre de ce régime, la contribution des utilisateurs serait établie au moyen d'une échelle mobile et équivaldrait, selon le cas, à 0, 3, 6 ou 9 p. 100 du revenu familial. Les familles ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ n'auraient aucuns frais à assumer, tandis qu'une contribution maximale équivalant à 9 p. 100 du revenu s'appliquerait aux familles dont le revenu est supérieur à 90 000 \$.

Avantages

- Ce régime serait équitable puisqu'à l'instar du système d'imposition, il exigerait des utilisateurs une contribution proportionnelle à leur revenu (les utilisateurs à revenu élevé payant davantage que les utilisateurs à faible revenu)
- Ce régime est celui dont la mise en œuvre et le maintien à long terme seraient les moins coûteux pour le gouvernement.

Inconvénients

- Le recours à une échelle mobile suppose un fardeau financier considérable pour les Canadiens dont les dépenses en médicaments sont élevées.
- Cette option est celle qui concorde le moins avec le mode de financement et d'exécution des régimes d'assurance-médicaments en place dans les pays de l'OCDE examinés et le mode de financement et de prestation de la plupart des services de santé (couverts au titre de la Loi canadienne sur la santé) au Canada.
- Le fardeau financier considérable que ce régime imposerait au consommateur pourrait entraver l'accès aux médicaments d'ordonnance ou entraîner un recours excessif aux autres services de santé.

9. Régime de couverture des médicaments onéreux proposé pour le Canada

Le CCSAT a examiné les avantages et les inconvénients de divers modèles qui seraient réalisables dans le contexte canadien et permettraient de rendre plus équitable la couverture des médicaments onéreux au pays. Un modèle de régime a été présenté au conseil d'administration et aux représentants du CCSAT. Ce modèle a été examiné de manière approfondie lors de consultations qui ont eu lieu dans la région de Toronto à l'occasion de l'assemblée générale annuelle et de la réunion de renforcement des capacités du CCSAT. Le modèle présenté dans les paragraphes qui suivent a reçu

l'approbation consensuelle des personnes présentes lors de ces consultations. Les principes à la base de ce modèle sont également exposés.

Régime à échelle de contribution mobile plafonnant à 4 p. 100 du revenu

Le modèle proposé prendrait la forme d'un programme de couverture à échelle de contribution mobile fondée sur le revenu. Les familles ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu (SFR) fixé par Statistique Canada n'assureraient aucuns frais à l'égard de leurs médicaments d'ordonnance. Le SFR désigne le seuil à partir duquel une famille commence à consacrer une part démesurée de son revenu pour satisfaire des besoins fondamentaux, tels que le logement et l'alimentation, par rapport à la famille canadienne moyenne, et il tient compte également du nombre de personnes à la charge de la famille (ainsi, le SFR établi pour un couple est supérieur au SFR établi pour une famille de quatre). La contribution basée sur le revenu débiterait à 1 p. 100 pour les familles dont le revenu annuel est supérieur au SFR et atteindrait 4 p. 100 dans le cas des familles ayant un revenu annuel égal ou supérieur à 90 000 \$. Il y aurait donc quatre catégories de contribution et la franchise serait payable en quatre versements trimestriels, ce qui permettrait d'alléger le fardeau financier des utilisateurs. Il resterait cependant à déterminer à partir de quel seuil de revenu, la contribution des utilisateurs passerait à 2 p. 100, puis à 3 p. 100. Une question qui pourrait être abordée lors des négociations FPT préalables à la conclusion d'un accord sur la mise en œuvre du modèle.

Bien qu'il soit légèrement inférieur à la contribution moyenne de 4,3 p. 100 exigée par les régimes d'assurance-médicaments basés sur le revenu actuellement en place dans les provinces, le plafond équivalant à 4 p. 100 du revenu dont serait assorti le régime proposé exigerait des consommateurs une contribution considérablement plus élevée que dans les pays de l'OCDE examinés. Par contre, il réduirait de manière considérable le fardeau financier des Canadiens qui recourent actuellement à un programme de couverture des médicaments onéreux. Le principe du partage des coûts étant déjà bien établi et accepté dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, il serait peu probable que les décideurs optent pour l'un des modèles en place dans les pays de l'OCDE, car tous, indistinctement, entraîneraient une hausse substantielle des coûts du programme publique d'assurance-médicaments et parce que les deux options envisagées par le groupe de travail FPT vont dans la direction opposée, c'est-à-dire celle de refiler aux consommateurs une part encore plus importante du fardeau financier que représentent les médicaments d'ordonnance.

Le modèle proposé est progressiste et réalisable, mais surtout rendrait beaucoup plus équitable la couverture des médicaments onéreux au Canada, sans imposer de fardeau financier excessif aux consommateurs. Le régime n'aurait pas d'incidence sur les couvertures offertes par des assureurs privés et s'insérerait facilement dans le cadre législatif actuel. L'inscription de médicaments à la liste des médicaments couverts par ce régime serait

fondée sur les données cliniques les plus probantes, plutôt qu'uniquement sur les coûts ou le rapport coût-efficacité.

Les principes à la base du modèle proposé ont été établis par voie de consensus lors des consultations du CCSAT à Toronto. Ces principes sont les suivants :

- Les familles à revenu moyen et à revenu élevé ne devraient assumer qu'une part modeste du fardeau du coût des médicaments, par des franchises progressives basées sur le revenu qui défraieraient une partie des coûts du régime.
- La mise en œuvre de ce modèle devrait pouvoir s'effectuer au moyen des mécanismes de politique FPT déjà en place, sans qu'il soit nécessaire de revoir la *Loi canadienne sur la santé* ou d'autres lois habilitantes.

Bien qu'on ait abondamment discuté de la place qu'occuperaient les programmes d'assurance-médicaments privés lors des consultations du CCSAT, aucun consensus n'a été trouvé quant à la manière d'intégrer ces derniers au modèle proposé, du point de vue de la réglementation et des mécanismes de politique déjà en place. Le CCSAT a donc confié à un groupe de travail la tâche d'étudier les options possibles en ce qui concerne l'intégration des programmes d'assurance privés au régime public et de présenter des recommandations au conseil d'administration et aux représentants du CCSAT.

Annexe 1 : Législation fédérale

Loi sur les arrangements fiscaux entre le fédéral et les provinces.

L.R.C., 1985, c. F-8, s. 1; 1995, c. 17, s. 45. Partie V.1, Transfert canadien en matière de santé, Transfert canadien en matière de programmes sociaux, Transfert visant la réforme des soins de santé, Transfert visant la réduction des temps d'attente et Transfert pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants.

24.6 – Transfert visant la réforme des soins de santé

[24.6](#)(1) Afin de donner effet à l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et d'accélérer la réforme des soins de santé dans les secteurs prioritaires — soins de santé primaires, soins à domicile et couverture des médicaments onéreux – le ministre peut faire des paiements directs aux provinces pour :

- (a) faire en sorte qu'un plus grand nombre de résidents d'une province reçoivent couramment les soins de santé primaires nécessaires par l'entremise d'organismes ou d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires;
- (b) assurer la couverture, à partir du premier dollar, d'un ensemble de services à domicile et dans la collectivité pour les soins actifs de courte durée à domicile, y compris des soins actifs de santé mentale dans la communauté et des soins palliatifs;
- (c) assurer la couverture des médicaments onéreux, afin qu'aucun résident d'une province aux termes du droit provincial applicable n'ait à assumer un fardeau financier excessif lorsqu'il doit recourir à la pharmacothérapie.

Loi canadienne sur les droits de la personne, Règlement sur l'application de la Loi canadienne sur les droits de la personne aux régimes de prestations, Traitement des pensions et des assurances dans la Loi canadienne sur les droits de la personne et son règlement

2(1) Dans le présent règlement,

« Loi » désigne la *Loi canadienne sur les droits de la personne*;

« prestation », dans le cadre d'un régime de prestations, comprend

- a) un montant forfaitaire ou un montant versé annuellement, mensuellement ou à un autre intervalle, ou toute partie accumulée d'un tel

montant, auquel un employé, son bénéficiaire, son survivant, son conjoint, son enfant ou une personne à sa charge a ou peut avoir droit en vertu du régime à compter du début de la retraite de l'employé, lors de la cessation de son emploi ou de son décès, ou en cas d'invalidité, d'accident ou de maladie,

b) un montant auquel l'une des personnes visées à l'alinéa a) a ou peut avoir droit en vertu du régime pour payer des frais médicaux ou dentaires, des frais d'hospitalisation, de soins infirmiers, de médicaments ou autres de nature semblable

Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, c. C-6)

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la Loi constitutionnelle de 1867 et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

L'article (7) porte sur les conditions auxquelles doivent satisfaire les provinces et les territoires pour être admissible à un remboursement intégral au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Gestion publique

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

- a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;
- b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;
- c) l'autorité publique soit assujétié à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

- a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;
- b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si

la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime

d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Ébauche