



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society

**ACCÈS AUX MÉDICAMENTS
CONTRE LE CANCER POUR LES
CANADIENS**

SEPTEMBRE 2009

Résumé

Tous les Canadiens s'attendent à pouvoir jouir, dans le cadre du système de soins de santé sur lequel nous comptons pour des interventions potentiellement vitales, de l'accès aux médicaments anticancéreux — qui se traduit par la capacité d'obtenir les traitements médicamenteux recommandés, en temps opportun et sans encourir de difficultés financières.

Tandis que le système de soins de santé financé par le gouvernement fournit sans frais les médicaments anticancéreux administrés aux patients dans les hôpitaux et les cliniques, la moitié des nouveaux médicaments se prennent à la maison et, par conséquent, leur coût incombe au patient. L'accès aux médicaments anticancéreux relève maintenant, dans une vaste mesure, des régimes d'assurance publics et privés, en raison de leur coût prohibitif pour tous, sauf les Canadiens les mieux nantis. Ce système de couverture est devenu le « protecteur » qui permet aux patients atteints d'un cancer d'obtenir bon nombre des traitements nécessaires.

L'absence d'une protection adéquate implique un coût énorme pour les patients et leur famille. Avec un prix s'élevant à 65 000 \$, le coût moyen d'un traitement basé sur les nouveaux médicaments anticancéreux s'approche du revenu annuel moyen des ménages canadiens. Les trois-quarts des nouveaux médicaments anticancéreux qui se prennent à la maison coûtent plus de 20 000 \$ par an. L'arrivée, au cours des dernières années, de ces médicaments anticancéreux onéreux a révélé des écarts et des disparités dans le tissu bigarré de notre système de couverture.

Les Canadiens ne sont pas tous assurés pour ces dépenses. Certains ne possèdent aucune couverture et ne sont possiblement pas en mesure de se procurer une police individuelle. Les Canadiens qui n'ont pas d'assurance sont habituellement appelés à verser un paiement complémentaire pouvant atteindre des dizaines de milliers de dollars. Dans certains cas, les patients se voient refusés les médicaments prescrits par leur oncologue, parce qu'ils ne figurent pas sur le formulaire ou la liste de médicaments couverts de leur régime d'assurance médicaments.

Certains régimes d'assurance médicaments publics et privés ont réagi positivement à ces nouveaux défis. Plusieurs gouvernements provinciaux ont adopté des programmes de médicaments onéreux afin de garantir une certaine protection à leurs résidents. Seules deux provinces ne possèdent toujours pas de programme universel qui compense pour une partie de ces coûts. Les assureurs privés ont augmenté les indemnités maximales afin de refléter le coût réel des nouveaux médicaments, et de nombreux régimes fixent un maximum aux déboursés directs par les bénéficiaires.

Il reste toutefois de nombreux défis à relever. Une famille canadienne sur douze doit toujours assumer les frais des médicaments onéreux (décrits comme supérieurs à 3 % du revenu net du ménage), et ce, même dans les provinces dotées d'une couverture universelle. De nombreux Canadiens, notamment les travailleurs saisonniers, les

travailleurs autonomes et les travailleurs à faible revenu, n'ont pas accès à une assurance abordable. Les travailleurs qui perdent leur emploi sont vulnérables, car presque toutes les assurances privées sont commanditées par l'employeur.

Il n'existe aucune norme reconnue s'appliquant au fardeau financier imposé aux familles canadiennes pour les médicaments sur ordonnance. Les régimes privés d'assurance médicaments exigent généralement une quote-part de 20 % pour les ordonnances – équivalant à 13 000 \$ dans le cas d'un traitement moyen à l'aide d'un nouveau médicament anticancéreux, ou à 17 % d'un revenu familial moyen. Plus d'un régime privé sur six possède un maximum annuel ou global, dont bon nombre sont en-dessous du coût des nouveaux médicaments anticancéreux. Alors que les régimes publics et privés tentent de restreindre leurs dépenses, les coûts sont sans cesse transférés aux patients. Le fait que de nombreux patients (notamment ceux qui sont à faible revenu) abandonnent leur traitement médicamenteux à cause de la hausse des coûts met leur santé à risque.

Il n'existe pas non plus de normes convenues au chapitre du choix des médicaments à couvrir. Comme les décisions relèvent de chacun des 19 régimes publics du Canada et des innombrables régimes privés, il existe des écarts importants d'une province à l'autre et entre les assureurs publics et privés au chapitre du choix des médicaments à couvrir. Bien que le Processus conjoint d'évaluation des médicaments oncologiques provisoire ait permis de réduire considérablement les écarts interprovinciaux au cours des deux dernières années, nous ne savons toujours pas s'il deviendra un groupe permanent. En outre, il arrive que des provinces publient les lignes directrices cliniques recommandant certains traitements médicamenteux, sans qu'ils ne soient financés par leur programme de médicaments.

Le manque de transparence dans certaines provinces, incluant l'absence de publication de formulaires et le refus de fournir des renseignements concernant les réclamations individuelles retardent les patients dans leur capacité à obtenir de l'information factuelle sur la manière dont le système dessert le public.

La confiance des Canadiens à l'égard de leur système d'accès s'est éteinte - une enquête récente a révélé que près de la moitié des répondants croyaient, advenant un diagnostic de cancer aujourd'hui, qu'ils n'auraient pas accès à tous les médicaments nécessaires à leurs traitements. Les écarts et disparités de notre système actuel se caractérisent par leur complexité et leurs multiples ramifications. Il est donc nécessaire d'adopter un programme d'action concerté qui amènera tous les secteurs à se centrer sur ces graves problèmes, au profit de l'ensemble des Canadiens.

La Société canadienne du cancer a mandaté Turner & Associates pour ce rapport.



www.turnerassociates.ca

Table des matières

Résumé	i
Introduction	2
Quels sont les Canadiens qui jouissent d'une couverture des médicaments anticancéreux?	9
Fardeau financier des médicaments anticancéreux imposé aux Canadiens	16
Couverture des médicaments onéreux	29
Disparités au chapitre de la couverture de certains médicaments anticancéreux	36
Conclusions	46

1. Introduction

L'accès aux médicaments anticancéreux est devenu un problème crucial pour les Canadiens. L'avènement d'une nouvelle génération de médicaments jumelé à l'escalade en flèche des coûts a exercé une pression sur les systèmes de soins de santé, révélant des lacunes dans les structures publiques et privées dont dépendent la vie et la santé des patients atteints d'un cancer et leur famille.

Importance du problème

Avoir accès aux médicaments anticancéreux signifie que tous les Canadiens devraient pouvoir obtenir les médicaments recommandés par leur oncologue, selon des preuves cliniques, en temps opportun et sans encourir des difficultés financières. Les structures qui le permettent comprennent le système de soins aux cancéreux, les régimes d'assurance médicaments financés par le gouvernement et les assurances privées.

Le système actuel comporte de nombreux écarts qu'il nous faut reconnaître et combler. Comme la moitié de l'ensemble des nouveaux médicaments anticancéreux se prennent à la maison, ils ne sont pas couverts par le système de soins de santé public, et les patients ont besoin d'une couverture fournie par des régimes d'assurance médicaments publics ou privés. Or, les Canadiens ne possèdent pas tous une assurance.

Tandis que les progrès récents dans les traitements médicamenteux contre le cancer ont eu une incidence positive indiscutable sur les résultats cliniques, leur prix dépasse considérablement ce que nous avons vu à ce jour. Ce facteur, conjugué à l'augmentation importante du recours aux médicaments comme mode de traitement, a imposé aux assureurs une gestion plus rigoureuse des médicaments anticancéreux. Par conséquent, les coûts ont été transférés des régimes d'assurance médicaments vers les patients, et l'accès à certains médicaments anticancéreux s'est resserré.

L'accès aux médicaments anticancéreux revêt une importance non seulement pour les patients, mais pour tous les Canadiens. Nous serons presque tous touchés par le cancer à un moment ou à un autre, soit directement ou par un proche. La plupart des patients atteints d'un cancer reçoivent des traitements médicamenteux et, pourtant, la majorité des Canadiens ne savent pas s'ils auront accès aux médicaments dont ils auront besoin. La plupart ignorent tout naturellement si leur assurance couvrira les médicaments nécessaires, avant d'en avoir besoin. La confiance à l'égard du système de couverture est faible, sans doute en raison de la vaste publicité accordée à cette question durant les dernières années. Près de la moitié des Canadiens (43 %) croient,

advenant un diagnostic de cancer aujourd'hui, qu'ils n'auraient pas accès à l'ensemble des médicaments nécessaires à leurs traitements¹.

Ampleur du problème

De nombreux Canadiens à risque

Selon les statistiques canadiennes sur le cancer, 171 000 Canadiens ont développé un cancer en 2008². Une vaste majorité des personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer ont reçu une forme de traitements médicamenteux, outre la chirurgie et la radiothérapie. On prévoit que 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens développeront un cancer au cours de leur vie.

Près de 700 000 Canadiens – plus d'un sur cinquante – sont touchés par un cancer dont le diagnostic remonte jusqu'à dix ans. La hausse de l'incidence du cancer (s'expliquant essentiellement par le vieillissement de la population) et le fait que les patients atteints d'un cancer survivent plus longtemps feront grimper ces statistiques.

Point de vue financier

Combien les Canadiens dépensent-ils en médicaments anticancéreux?

Selon l'IMS Health Incorporated³, les Canadiens ont dépensé 1,1 milliard de dollars en médicaments anticancéreux en 2008, représentant 5,4 % des achats de produits pharmaceutiques au Canada.

La moitié des médicaments anticancéreux ne sont pas couverts par le système de soins de santé financé par le gouvernement

À peine plus de la moitié de l'ensemble des coûts des médicaments anticancéreux sont acquittés par les hôpitaux et les cliniques. Selon la *Loi canadienne sur la santé*, le système de soins de santé public doit couvrir les médicaments administrés dans un établissement. Onze des 21 médicaments anticancéreux lancés sur le marché depuis 2000 (y compris cinq des dix médicaments oncologiques les plus vendus) sont administrés à la maison et sont donc assumés par le patient.

Hausse rapide du coût des médicaments anticancéreux

Durant les cinq dernières années, le coût des médicaments anticancéreux a connu une hausse spectaculaire. Les achats de ces médicaments se sont accrus plus de deux fois plus rapidement (16,5 % par an) que l'ensemble du marché pharmaceutique (7 % par an), et plus de cinq fois plus rapidement que l'incidence du cancer (3 %).

Durant les deux dernières décennies, certaines régions administratives ont triplé la part de leur budget de la lutte contre le cancer consacrée aux médicaments⁴. Cette

¹ Communiqué de presse de Myélome Canada. *La population canadienne manque de confiance à l'égard de l'accès aux médicaments contre le cancer*, le 25 février 2009.

² *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*.

³ IMS Health Incorporated. *Achats des hôpitaux et des pharmacies du Canada*.

⁴ Dr Fields, Tony. Alberta Cancer Board. Exposé présenté à l'ACOM, Toronto, le 30 avril 2009.

situation est attribuable à la hausse de la demande et aux prix accrus. Par exemple, dans le cas du cancer du côlon, le coût d'un schéma de traitement médicamenteux est passé de 300 \$ dans les années 1980 à 10 000 \$, dans les années 1990, et à un montant se situant entre 20 000 \$ et 30 000 \$ au cours de la présente décennie.

Les médicaments qui se prennent à la maison présentent un tableau similaire. Les trois quarts des douze médicaments anticancéreux homologués par Santé Canada depuis 2000 qui sont administrés hors du milieu hospitalier ou d'une clinique coûtent 20 000 \$ ou plus par an.

Tableau 1 Coût des médicaments anticancéreux pris à la maison (année d'homologation : 2000-2009)

Médicament	Siège du cancer	Coût annuel des médicaments
Aromasin	Sein	1825 \$ ⁵
Eligard	Prostate	3800 \$ ⁶
Faslodex	Sein	1825 \$ ⁷
Gleevec	Leucémie et estomac	de 37 350 \$ ⁸ à 74 490 \$ ⁹
Nexavar	Rein et foie	63 875 \$ ¹⁰
Revlimid	Myélome	131 765 \$ ¹¹
Sprycel	Leucémie	de 50 000 \$ à 55 000 \$ ¹²
Sutent	Rein et estomac	60 200 \$ ¹³
Tarceva	Poumon	19 465 \$ ¹⁴
Tasigna	Leucémie	66 600 \$ ¹⁵
Tykerb	Sein	35 000 \$ ¹⁶
Velcade	Myélome	de 30 000 \$ à 57 000 \$ ¹⁷

⁵ RAMQ. Liste de médicaments, juin 2009.

⁶ ESI Canada. *Nouvelles-éclair sur la santé*, vol. 6, no 1, 2004.

⁷ ESI Canada. *Nouvelles-éclair sur la santé*, vol. 6, no 4, 2004.

⁸ Programme de médicaments de l'Ontario. Recommandation du comité d'évaluation des médicaments, juillet 2007.

⁹ Programme de médicaments de l'Ontario. Liste de médicaments, janvier 2006.

¹⁰ Programme de médicaments de l'Ontario. Recommandation du comité d'évaluation des médicaments, janvier 2009.

¹¹ Programme de médicaments de l'Ontario. Recommandation du comité d'évaluation des médicaments, avril 2009.

¹² Programme de médicaments de l'Ontario. Recommandation du comité d'évaluation des médicaments, novembre 2008.

¹³ PPS, janvier 2007, et Programme de médicaments de l'Ontario. Recommandation du comité d'évaluation des médicaments, mai 2008.

¹⁴ RAMQ. Liste de médicaments, juin 2009.

¹⁵ ESI Canada. *Nouvelles-éclair sur la santé*, vol. 11, no 1, 2009.

¹⁶ Dr Brandes, Lorne. *The hope, the hype, the hard reality of cancer drug development*, CTV News, le 9 juin 2009.

Ce coût peut s'avérer désastreux pour les patients qui ne possèdent pas une protection d'assurance adéquate.

Quelles sont les mesures à prendre?

Depuis plusieurs années, on demande d'inclure les produits pharmaceutiques dans le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. À l'origine, les fondateurs du régime d'assurance maladie envisageaient la prise en charge graduelle des médicaments et des soins dentaires par le système de soins de santé public, mais cette intention est demeurée sans suite.

Ce sont les médias qui ont sensibilisé le public à la question de l'accès aux médicaments anticancéreux en 2005, année où Lisa Priest, une journaliste du *Globe and Mail*, a remporté le Prix Michener de journalisme d'intérêt public pour sa couverture de l'accès à l'Herceptin. Sa série d'articles sur l'accès aux médicaments anticancéreux a été publiée à la fin de 2007 et, depuis, plusieurs autres journaux ont couvert le problème de façon régulière.

Durant la même période, la Cancer Advocacy Coalition of Canada a publié dans chacun de ses bulletins annuels des articles critiquant le système. Depuis 2004, la coalition a mis l'accent sur un aspect des iniquités attribuables à l'accès aux médicaments anticancéreux dans chacun de ses numéros, qui ont reçu une vaste couverture médiatique.

Au cours des dernières années, deux enjeux majeurs ont pris la vedette : la couverture des médicaments onéreux et les iniquités interprovinciales. Par ailleurs, la question de la couverture par les assurances commence maintenant à prendre de l'ampleur.

Couverture des médicaments onéreux

Au cours des trois dernières années, le public s'est intéressé plus particulièrement à la couverture des médicaments onéreux. Il s'agit de l'iniquité la plus visible et potentiellement remédiable.

En 2002, les commissions Romanow et Kirby ont recommandé la couverture des frais des médicaments onéreux pour les Canadiens^{17,19}. Toutefois, la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques annoncée en 2004 afin de résoudre le problème de l'accès aux médicaments et la pérennité du système a battu de l'aile.

¹⁷ Cancer Advocacy Coalition of Canada. *Annual Report Card 2005*, et la Presse canadienne. *Ontario myeloma patients want their drug funded*, le 24 juillet 2005.

¹⁸ Romanow, R. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, novembre 2002.

¹⁹ Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens - le rôle du gouvernement fédéral*, octobre 2002.

Plusieurs organismes ont présenté des exposés de position réclamant la couverture des médicaments onéreux pour tous les Canadiens. L'Association médicale canadienne, l'Association des pharmaciens du Canada et d'autres organisations professionnelles ont affiché des exposés de position sur leur site Web, à l'instar de nombreux groupes de patients.

En 2007 et 2008, Terre-Neuve et le Labrador ainsi que la Nouvelle-Écosse ont mis en œuvre des programmes élargis d'assurance médicaments, lesquels fournissent une certaine couverture à leurs résidents, même si ceux-ci ne répondent plus à la fourniture de couverture pour les médicaments onéreux définie dans ce rapport. Cela fait du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard les seules provinces sans système de protection universel. Lors de leur assemblée annuelle tenue en septembre 2008, les ministres de la Santé se sont engagés, sous la pression des groupes de patients, à régler le problème au cours de l'année à venir. En 2009, la nouvelle ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick a annoncé qu'elle entendait soumettre une proposition à ses collègues avant la fin de l'année²⁰. En 2009, l'Île-du-Prince-Édouard a ajouté de nombreux médicaments anticancéreux à son programme de couverture des médicaments onéreux, mais cette mesure est loin de correspondre à un programme universel de couverture des médicaments onéreux pour l'ensemble des familles de la province.

Le public continue de s'intéresser à cette question. Plus récemment, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes a publié un exposé de principe réclamant une approche coopérative à la solution de plusieurs problèmes, dont la couverture des médicaments onéreux²¹.

Iniquités interprovinciales

Un événement d'une importance considérable touchant l'accès aux médicaments anticancéreux s'est produit en coulisse, alors que la question de la couverture des médicaments onéreux s'amplifiait auprès du public. Les iniquités interprovinciales ont toujours compté parmi les aspects les plus embarrassants de l'accès des Canadiens. Par exemple, pourquoi un patient de la Colombie-Britannique reçoit-il un médicament dans le cadre du système de soins de santé public, tandis qu'un résident d'une autre province n'y a pas droit?

En 2006, dans un effort visant à résoudre ces iniquités et à accroître l'efficacité de la démarche, les premiers ministres de la Saskatchewan et du Manitoba ont entamé un Processus conjoint d'évaluation des médicaments oncologiques, qui s'est rapidement élargi à toutes les provinces (sauf le Québec). À ce jour, le processus provisoire semble avoir influé considérablement sur l'alignement des décisions de financement des médicaments anticancéreux d'un bout à l'autre du pays, et une proposition a été soumise aux gouvernements afin d'en faire un groupe permanent.

²⁰ Times & Transcript (Nouveau-Brunswick). *Drug plan is non-negotiable*, le 2 juillet 2009.

²¹ Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, *CLHIA Report on Health Care Policy: Towards a Sustainable, Accessible, Quality Public Health Care System*, le 3 juin 2009.

Assurance des médicaments sur ordonnance

L'absence d'une couverture universelle pour les Canadiens du coût des médicaments sur ordonnance qui se prennent à la maison revêt sans cesse plus d'importance. La Cancer Advocacy Coalition of Canada a abordé cette question dans son bulletin de 2008, publié en février 2009, qui a fait l'objet d'une vaste couverture médiatique.

Malgré l'existence de systèmes d'assurance publics et privés, les Canadiens ne sont pas tous assurés et les assurances ne sont pas toutes adéquates. (En 1997, le Québec a rendu obligatoire l'assurance des médicaments sur ordonnance et a légiféré sur des normes minimales de couverture; mais il est le seul à l'avoir fait.) Les régimes d'assurance n'ont pas été conçus pour couvrir des coûts de médicaments aussi élevés. Par conséquent, on note actuellement des lacunes qui imposent aux patients un fardeau financier, en raison du faible nombre de médicaments couverts, des retards ou de l'obligation de remplir des formulaires fastidieux, alors que le système d'assurance se voit aux prises avec des exigences liées au contrôle des coûts des régimes sans sacrifier la qualité.

Le présent rapport

Le présent rapport traite plus à fond de chacun des enjeux décrits ci-dessus. Le document est conçu pour fournir les faits à la base des problèmes et cerner les écarts et les disparités.

Les renseignements qui ont servi à la production de ce rapport ont été obtenus à la fois de documents publiés ou qui nous ont été fournis à titre exclusif. À cause du manque de transparence dans certaines provinces, tous les renseignements ne sont pas disponibles pour la population. La Saskatchewan, par exemple, ne publie aucun formulaire pas plus qu'elle ne fournit aux patients l'information sur les médicaments couverts ou non. D'autres provinces - notamment le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve et le Labrador - ne publient pas de liste des médicaments anticancéreux administrés dans les hôpitaux et les cliniques oncologiques. Des gestionnaires de l'assurance médicaments ont été consultés pour le présent rapport; toutefois les patients ne possèdent aucun moyen de surveiller la situation dans ces provinces.

Il se concentre principalement sur la couverture des médicaments anticancéreux et adopte le point de vue du patient. L'accès aux médicaments anticancéreux est un vaste sujet comprenant des aspects qui sont hors du champ du présent document, comme :

- la décision des fabricants de lancer un nouveau médicament anticancéreux au Canada;
- le processus d'homologation de Santé Canada : la pertinence des homologations et leurs limites;

- le programme d'accès spécial de Santé Canada visant à dégager les médicaments non homologués pour certains patients;
- l'incidence des politiques du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés sur le contrôle des prix des médicaments anticancéreux et les restrictions aux pratiques des fabricants en matière de médicaments à des fins humanitaires ;
- la pertinence des décisions de financement prises par les payeurs;
- la viabilité du système;
- la comparaison du Canada aux autres pays industrialisés.

On espère que le fait de se concentrer sur un ensemble restreint de problèmes permettra de proposer une orientation plus claire aux organismes désireux d'améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments anticancéreux.

2. Quels sont les Canadiens qui jouissent d'une couverture des médicaments anticancéreux?

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les médicaments anticancéreux administrés dans les hôpitaux et les cliniques où l'on soigne le cancer sont payés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, la moitié des nouveaux médicaments anticancéreux se prennent à la maison et sont assumés par le patient.

Heureusement, la plupart des Canadiens jouissent d'un certain type de couverture pour ces coûts. Un pourcentage élevé des résidents de deux provinces (l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick) qui n'ont pas de couverture font exception. Les Canadiens qui vivent à l'est de la frontière de la Saskatchewan - où la couverture systématique des médicaments anticancéreux par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer n'est pas offerte à l'ensemble des résidents - sont aux prises avec divers problèmes financiers liés à leur couverture, même s'ils ont une assurance.

L'étendue des assurances varie aussi considérablement en ce qui a trait aux médicaments couverts. Seuls les médicaments figurant sur le formulaire des régimes, ou la liste des médicaments couverts, sont payés. L'exhaustivité des listes des régimes d'assurance médicaments varie en fonction du secteur (public ou privé), des régimes provinciaux et territoriaux, en ce qui a trait au nombre de médicaments couverts, de la pertinence des décisions de financement et de la complexité des étapes administratives lorsqu'une demande d'accès à des médicaments d'usage restreint est faite.

Quel type de couverture d'assurance les Canadiens ont-ils?

Les statistiques provenant de la firme Applied Management Consultants Ltd. révèlent que 43 % des Canadiens sont couverts pour les médicaments d'ordonnance essentiellement par un régime public d'assurance médicaments et 56 %, essentiellement par une assurance privée²². L'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes rapporte que 65 % des Canadiens détiennent une couverture d'assurance privée²³. (Cette donnée est relativement plus élevée parce que certaines

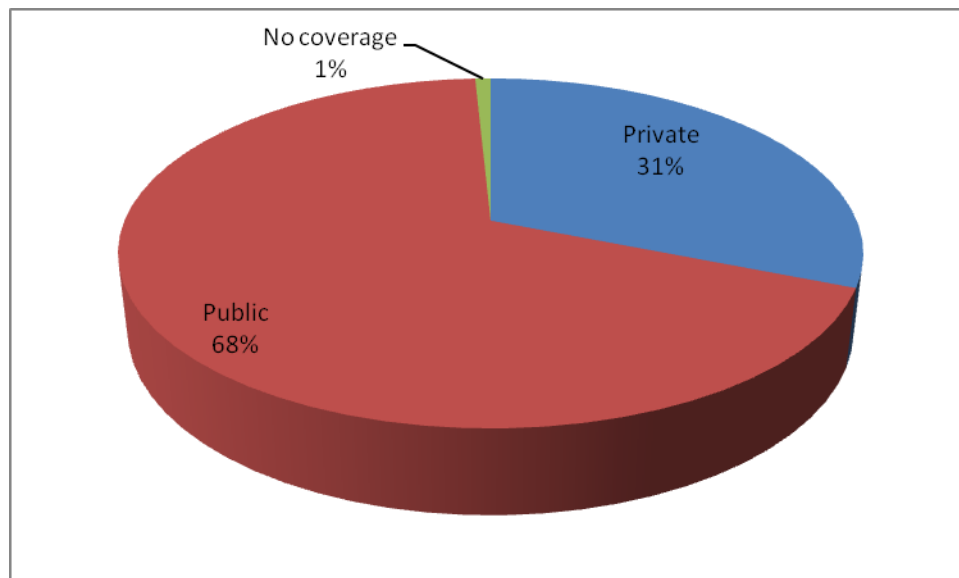
²² Applied Management Consultants Ltd. *Population Prescription Drug Insurance Status Model (PRxISM)*, couverture des Canadiens âgés de 15 ans et plus.

²³ Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes. *Faits 2008*.

personnes, comme les retraités, ont à la fois accès à des assurances publiques et privées.)

La proportion des Canadiens qui sont spécifiquement couverts par un régime public pour le coût des médicaments anticancéreux est beaucoup plus élevée - 68 % —, car les provinces de l'Ouest (la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique) payent les traitements anticancéreux de l'ensemble de leurs résidents. (Il est à noter, toutefois, que tous les régimes d'assurance médicaments ne couvrent que les médicaments inscrits sur leurs formulaires. Le Tableau 9 de ce rapport permet de comparer les couvertures provinciales des régimes d'assurance médicaments desquelles de nombreux médicaments anticancéreux sont exclus.) Moins d'un pour cent (0,8 %) des Canadiens ne possède aucune couverture pour ces médicaments, dont tous vivent au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Schéma 1 Couverture des médicaments anticancéreux au Canada (personnes de 15 ans et plus)



Source : Applied Management Consultants Ltd., 2009

Aucune couverture : 1 % Assurance publique : 68 % Assurance privée : 31 %

Les assureurs privés jouent un rôle important, même dans les provinces dotées d'une couverture publique universelle, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 2 Rôle des payeurs publics et privés dans la couverture des médicaments anticancéreux

Provinces	Payeur public	Payeur privé
C.-B., Alb. et Sask.	Couverture de tous les résidents	Couverture des membres pour les médicaments anticancéreux non homologués à des fins de financement public
Man.	Couverture de tous les résidents une fois que les dépenses familiales consacrées aux ordonnances excèdent la franchise fondée sur le revenu	Couverture des membres jusqu'à ce que les dépenses familiales consacrées aux ordonnances excèdent la franchise fondée sur le revenu et des médicaments anticancéreux non homologués à des fins de financement public
Ont.	Couverture des résidents admissibles aux régimes publics d'assurance médicaments	Couverture des membres
Qc	Couverture de tous les résidents qui n'ont pas une couverture privée	Couverture des membres
Atlantiques	Couverture des résidents admissibles au régime public d'assurance médicaments	Couverture des membres
Territoires	Couverture de tous les résidents	Couverture des membres

Source : Applied Management Consultants Ltd.

Les Canadiens qui ont une assurance privée jouissent de certains avantages comparativement à ceux qui ne sont couverts que par un régime public. Comme il en sera question plus loin, dans le cas des personnes qui détiennent une assurance privée, le fardeau financier peut s'avérer moindre, le nombre de médicaments couverts, généralement supérieur, et les décisions de financement, habituellement plus rapides.

Qui est admissible à la couverture?

Au Canada, presque toutes les couvertures d'assurance privée sont fournies par les employeurs ou les syndicats aux employés et, dans certains cas, aux retraités. Les particuliers ne souscrivent à une assurance privée que dans une proportion de 2,4 %²⁴.

²⁴ Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes. *Faits 2008*.

Les autres Canadiens sont admissibles à une couverture des médicaments anticancéreux en vertu d'un régime d'assurance médicaments provincial, territorial ou fédéral. Le tableau 3 montre les groupes de Canadiens qui sont admissibles à une couverture publique, en vertu d'un régime d'assurance médicaments gouvernemental ou d'un programme conçu expressément pour protéger les résidents contre le coût élevé des médicaments en fonction du revenu familial.

À cause de ces écarts au chapitre de la couverture, le coût des médicaments touche certains Canadiens. Les travailleurs qui ne participent pas à un régime d'assurance collective avec leurs employeurs ne sont pas admissibles à l'assurance publique au Nouveau Brunswick et à l'Île du Prince Édouard. En Ontario, ces personnes ne sont admissibles qu'à la couverture du coût des médicaments onéreux. Les travailleurs qui ont un revenu élevé et qui n'ont pas d'assurance privée n'ont pas droit à cette couverture, ou doivent alors payer des franchises dont le coût est prohibitif, dans le cas du régime public, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve et au Labrador.

Les personnes touchées par le cancer vivant au Nouveau Brunswick ou à l'Île du Prince Édouard et qui sont couverts par une assurance avec leur employeur peuvent être incapable de prendre un congé de leur emploi car si elles ont un revenu moyen ou élevé elles ne seront pas couvertes par le régime public d'assurance médicament.

Tableau 3 Admissibilité à la couverture publique des médicaments anticancéreux qui se prennent à la maison

	Admissibilité au régime public d'assurance médicaments	Programmes spécifiques aux médicaments onéreux	Écarts liés à l'admissibilité
C.-B.	Tous	S. O.	
Alb.	Tous	S. O.	
Sask.	Tous	S. O.	
Man.	Tous	S. O.	
Ont.	Personnes âgées et bénéficiaires de l'aide sociale	Tous les autres	
Qc	Tous	S. O.	
N.-B.	Personnes âgées à faible revenu et bénéficiaires de l'aide sociale	Restreint*	Familles ayant un revenu de travail sans couverture privée et personnes âgées à revenu moyen ou élevé**
Î.-P.-É.	Les personnes âgées, les familles à faible revenu avec enfants et les assistés sociaux	Certains médicaments anticancéreux***	Familles ayant un revenu de travail sans couverture privée et familles à revenu élevé

N.-É.	Personnes âgées, bénéficiaires de l'aide sociale et familles à faible revenu	Médicaments anticancéreux pour les résidents à faible revenu	Familles ayant un revenu moyen ou élevé sans assurance privée
T.-N.-L.	Personnes âgées, bénéficiaires de l'aide sociale et familles à faible revenu	Tous les autres	
Yn	Tous	S. O.	
T.N.-O.	Tous	S. O.	
Nt	Tous	S. O.	
Fédéral	Membres inscrits des Premières nations et Inuits, militaires, GRC, détenus et réfugiés	S. O.	

* Les Néo-Brunswickois peuvent s'adresser au ministère du Développement social pour obtenir les avantages de la « carte d'assistance médicale » qui couvrent la totalité des médicaments figurant sur la liste du régime public. L'admissibilité aux avantages ne s'applique que dans les cas où les frais médicaux sont élevés en fonction du revenu et qu'après épuisement des biens personnels.

** Au Nouveau-Brunswick, les personnes âgées qui ne sont pas admissibles au régime public d'assurance médicaments peuvent se procurer une assurance médicaments dans le cadre du Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie.

*** Tous les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard dont le revenu annuel du ménage est inférieur à 150 000 \$ sont admissibles à une forme d'aide pour le paiement des médicaments anticancéreux oraux inscrits sur une liste.

Quels sont les Canadiens qui n'ont pas de couverture?

À l'heure actuelle, l'absence totale de couverture d'assurance ne touche que deux provinces, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard.

Depuis 2007, Terre-Neuve et le Labrador ainsi que la Nouvelle-Écosse ont instauré des programmes qui couvrent tous les résidents pour une partie du coût des médicaments onéreux. En raison de l'adoption de ces programmes, les familles avec un revenu élevé continuent de faire face à un fardeau financier important. Toutefois, 25 % de la population de l'Île-du-Prince-Édouard²⁵ et 29 % des Néo-Brunswickois âgés de 15 ans et plus - plus de 200 000 personnes au total - ne jouissent d'aucune sorte de couverture et doivent acquitter eux-mêmes le coût des médicaments sur ordonnance. Au Nouveau-Brunswick, une personne âgée sur cinq n'a pas de couverture, comme c'est le cas de trois adultes d'âge actif sur dix des deux provinces²⁶.

²⁵ Le programme de médicaments onéreux de l'Î.-P.-É. couvre le coût de certains médicaments anticancéreux des familles dont le revenu annuel net du ménage est inférieur à 150 000 \$.

²⁶ Applied Management Consultants Ltd. *Population Prescription Drug Insurance Status Model (PRxISM)*, couverture des Canadiens âgés de 15 ans et plus.

Tableau 4 Absence de couverture à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, par cohorte d'âge

Cohorte d'âge	Île-du-Prince-Édouard		Nouveau-Brunswick	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
15-29	8 600	29	41 900	29
30-64	20 800	31	119 600	31
65 et plus			24 300	21
Tous les groupes d'âge	29 400	25	185 800	29

Source : Applied Management Consultants Ltd.

Comme le signale l'édition 2009 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*²⁷, le cancer est une maladie qui touche tous les groupes d'âge, y compris les adolescents et les jeunes adultes, dont le fardeau des années perdues à cause de la maladie est plus lourd. Bon nombre des médicaments utilisés pour le traitement des types de cancer les plus prévalents chez les jeunes (y compris la leucémie, les lymphomes et le cancer du cerveau) figurent sur la liste des médicaments onéreux déjà mentionnés dans l'introduction. Tous les groupes d'âge sont par conséquent vulnérables.

Continuité et souplesse des assurances

Les Canadiens dont la situation change s'exposent à un risque, en raison de l'interruption possible de leur statut d'assuré ou parce qu'ils ne peuvent pas, pendant un certain temps, assumer les exigences financières de leur régime d'assurance.

Les travailleurs qui ont une assurance privée peuvent perdre un emploi qui leur donnait droit à des prestations de maladie. Au cours des dernières années, les assureurs ont amélioré les offres afin de prolonger la couverture dans les cas de préretraite ou de perte d'emploi. L'avantage de ces régimes « emporte-moi » est qu'ils proposent des tarifs de groupe inférieurs et ne comportent pas de limites liées à l'état de santé, à condition que l'employé souscrive au régime au moment de quitter son emploi. Toutefois, bon nombre d'employés ignorent ces options et les dépenses écrasantes qu'ils encourent en l'absence de couverture. Même dans le cas de travailleurs informés, la baisse de revenu à la suite d'une mise à pied peut les décourager de tenter de prolonger leur assurance.

Les personnes qui n'ont pas accès à un régime commandité par l'employeur constateront peut-être que le coût d'une assurance individuelle est prohibitif. En outre, l'état de santé antérieur (comme les antécédents de cancer) peut rendre un

²⁷ *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*, offertes sur le site www.cancer.ca

candidat inadmissible à une couverture en vertu d'un régime individuel, contrairement aux régimes collectifs qui fournissent une couverture sans limites.

Les Canadiens qui changent d'assureur s'exposent à des disparités pouvant occasionner des lacunes dans leur couverture. Par exemple, une personne qui déménage de la Colombie-Britannique au Manitoba constatera peut-être qu'un médicament couvert en vertu de son ancien régime ne figure pas sur la liste de la nouvelle province. Un travailleur ontarien à la retraite devra possiblement payer un médicament anticancéreux qui était couvert par le régime de santé de son ancien employeur, mais que le régime provincial ne couvre pas.

3. Fardeau financier des médicaments anticancéreux imposé aux Canadiens

Malgré ce que la plupart des Canadiens croient normalement, avoir une couverture pour les médicaments anticancéreux ne nous met pas à l'abri des problèmes financiers. Les exigences en matière de partage des frais varient énormément entre les régimes publics et privés d'assurance médicaments et peuvent occasionner aux familles des difficultés imprévues.

Quels coûts les Canadiens assurés acquittent-ils?

Le coût des médicaments anticancéreux diffère considérablement d'un bout à l'autre du pays et s'il s'agit d'un régime privé ou public.

Les régimes publics de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et du gouvernement fédéral couvrent la totalité des dépenses consacrées aux médicaments anticancéreux (à condition qu'ils figurent sur leur liste). En outre, 19 % des régimes privés d'assurance médicaments n'exigent aucun paiement de la part des titulaires²⁸.

Les autres Canadiens doivent assumer directement le coût des médicaments anticancéreux.

Dans le cas des Canadiens qui détiennent une assurance privée, ce coût comprend les paiements complémentaires et les primes. Les trois quarts des régimes exigent des paiements complémentaires de la part des bénéficiaires (équivalant d'ordinaire à un pourcentage du coût de l'ordonnance), outre les 18 % qui requièrent une quote-part fixe²⁹.

Les régimes publics provinciaux d'assurance médicaments exigent généralement un paiement complémentaire pour les médicaments sur ordonnance. Terre-Neuve et le Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Québec, le Manitoba et le Programme de médicaments Trillium de l'Ontario (couvrant le coût des médicaments onéreux en fonction du revenu) facturent une prime ou une franchise fondée sur le revenu (ou parfois les deux). Le Yukon réclame une prime forfaitaire, sans paiement complémentaire. L'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et le Programme de médicaments de l'Ontario exigent un faible paiement complémentaire pour chaque ordonnance.

²⁸ Applied Management Consultants Ltd. Juin 2009.

²⁹ Applied Management Consultants Ltd. Juin 2009.

Combien les Canadiens assurés paient-ils?

Le Canada est au deuxième rang seulement, après les États-Unis, parmi les pays industrialisés en ce qui a trait aux déboursés directs liés au coût des médicaments sur ordonnance. Six pour cent des Canadiens consacrent plus de 1000 \$ par an au coût des médicaments³⁰, et une famille canadienne sur douze dépense plus de 3 % du revenu net du ménage pour des médicaments sur ordonnance³¹.

Assurances privées

Un particulier qui souscrit lui-même à une assurance maladie complémentaire devra verser une prime annuelle pouvant aller de 1500 \$ à 3000 \$, outre un paiement complémentaire pouvant représenter de 20 % à 30 % du coût de l'ordonnance.

Les polices collectives sont beaucoup plus répandues, représentant 98 % de toutes les personnes couvertes par des régimes privés d'assurance maladie au Canada. En tant que commanditaire, l'employeur doit se charger d'établir le partage des coûts et l'étendue du régime. La compagnie d'assurance fournit un régime qui satisfait aux exigences du commanditaire.

La plupart des employeurs qui commanditent un régime partagent le coût des primes avec les employés au moyen de retenues à la source. Les trois quarts des régimes privés exigent un paiement complémentaire, qui équivaut en général à 20 % du coût total de l'ordonnance. Dans le cas des régimes à paiement complémentaire fixe, la somme varie généralement entre 5 \$ et 25 \$³². Certains régimes fixent un déboursé direct maximum payable par le bénéficiaire.

Le fait qu'une importante minorité de régimes d'assurance fixent un maximum annuel ou global aux réclamations intéressera particulièrement les patients atteints d'un cancer. Les bénéficiaires de ces régimes doivent acquitter la part du coût des médicaments qui excède cette limite. Près de 18 % des bénéficiaires sont couverts par des régimes dotés d'un maximum annuel ou global. Cette proportion s'est accrue de 20 % au cours des trois dernières années. Les personnes retraitées sont particulièrement sujettes aux maximums globaux³³.

³⁰ Morgan, S. et al. *Toward High-Performing "Pharmacare" Systems: A Review of Experiences in Seven Countries*, document de travail présenté à la conférence annuelle 2008 de l'Association canadienne pour la Recherche sur les Services et les Politiques de la Santé, Gatineau (Qc), mai 2008.

³¹ Statistique Canada. *Tableau 109-5012 - Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt, Canada et provinces, annuel*, CANSIM (base de données),

http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm (consulté le 29 juin 2009).

³² Applied Management Consultants Ltd. Juin 2009.

³³ Applied Management Consultants Ltd. Juin 2009.

Au cours des dernières années, le montant maximum annuel que doivent verser les bénéficiaires s'est généralement accru, reflétant la hausse des prix des médicaments sur ordonnance. Toutefois, dans la plupart des cas, cette limite demeure inférieure au prix de la plupart des nouveaux médicaments anticancéreux. En 2008, le maximum annuel (pour toutes les réclamations en vertu d'une assurance maladie complémentaire) n'était que de 10 000 \$ pour environ 70 % des bénéficiaires de ce type de régimes.

Les maximums globaux des régimes ont également augmenté durant les dernières années, mais de nombreux bénéficiaires demeurent vulnérables au coût élevé des médicaments anticancéreux. En 2008, la couverture en vertu d'un régime doté d'une limite globale de près d'un bénéficiaire sur trois était inférieure à 50 000 \$³⁴.

Assurances publiques

Le montant que les Canadiens couverts en vertu d'un régime provincial ou territorial doivent acquitter varie selon la région administrative et les caractéristiques démographiques individuelles.

De façon générale, les régimes publics ne fixent pas de limites maximales à la couverture, sauf le régime Non-Group Benefits du Manitoba dont le maximum annuel est de 25 000 \$ (bien qu'il soit parfois possible d'y déroger). Au Québec, la loi fixe le maximum des déboursés directs des particuliers couverts en vertu d'un régime public ou privé.

Afin d'illustrer les écarts entre les types d'assurance et les régions administratives, le tableau suivant donne le montant que les résidents membres de groupes démographiques ordinaires seraient appelés à déboursier pour le coût moyen d'un médicament anticancéreux de 2000 \$ par an. (Cela correspond, par exemple, au coût du type d'hormonothérapie habituellement utilisé dans les cas de cancer du sein et de la prostate.)

Le montant est exprimé en pourcentage du revenu net du ménage³⁵ de trois groupes :

- un couple de personnes âgées ayant un revenu moyen (revenu net de 54 200 \$);
- une famille plus jeune ayant un revenu moyen³⁶ (revenu net de 75 000 \$);
- une famille formée de personnes âgées à faible revenu (revenu net de 30 000 \$) qui n'est pas bénéficiaire de l'aide sociale.

Les exemples de régimes d'assurance privés ne comprennent que le paiement complémentaire habituel de 20 %. Ils ne comprennent pas les primes, les franchises et les autres paiements complémentaires.

³⁴ Applied Management Consultants Ltd. *Trends and Issues in Plan Design, Insights*, printemps 2009.

³⁵ Statistique Canada. *Revenu moyen après impôt selon le type de famille économique*, 2007.

³⁶ À des fins de calcul, la « famille » se définit comme deux adultes avec deux enfants (c.-à-d. trois personnes à charge).

Tableau 5 Dépenses en déboursés directs de 2000 \$ liées aux médicaments anticancéreux

Type d'assurance	Type de famille	Admissibilité au régime public	Déboursés directs	Pourcentage du revenu familial net
Assurance privée :				
	Plus jeune rev. moyen	S. O.	400 \$ et plus	0,5 %
	Plus jeune faible rev.	S. O.	400 \$ et plus	1,7 %
Assurance publique :				
C.-B.	Pers. âgées	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	0 \$	0 %
Alb.	Pers. âgées	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeunes rev. moyen	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	0 \$	0 %
Sask.	Pers. âgées	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	0 \$	0 %
Man.	Pers. âgées	Oui	2000 \$	3,7 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	2000 \$	2,7 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	802 \$	2,7 %
Ont.	Pers. âgées	Oui	124 \$	0,2 %
	Plus jeune rev. moyen	Non	2000 \$	2,7 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	739 \$	2,5 %*
Qc	Pers. âgées	Oui	954 \$	1,8 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	954 \$	1,8 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	954 \$ ou moins**	3,2 % ou moins
N.-B.	Pers. âgées	Non	2000 \$	3,7 %
	Pers. âgées couvertes par MCB	Oui***	1260 \$	2,3 %
	Pers. âgées rev. moyen	Non	2000 \$	2,7 %
	Plus jeune faible rev.	Non	2000 \$	6,7 %
Î.-P.-É.	Pers. âgées	Oui	84 \$	0 %
	Plus jeune rev. moyen	Non	2000 \$	2,7 %
	Plus jeune faible rev.	Non	2000 \$	6,7 %
N.-É.	Pers. âgées	Oui	806 \$	1,5 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	2000 \$	2,7 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	1481 \$	4,9 %
T.-N.-L.	Pers. âgées	Oui	2000 \$	3,7 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	2000 \$	2,7 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	1400 \$ ou moins**	4,7 % ou moins
Yn	Pers. âgées	Oui	500 \$	0,9 %

	Plus jeune rev. moyen	Oui	500 \$	0,7 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	500 \$	1,7 %
T.N.-O.	Pers. âgées	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	0 \$	0 %
Nu	Pers. âgées	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune rev. moyen	Oui	0 \$	0 %
	Plus jeune faible rev.	Oui	0 \$	0 %
Fédéral	Membres inscrits des Premières nations et Inuits, militaires, GRC, détenus et réfugiés	Oui	0 \$	0 %

* Le Programme de médicaments Trillium de l'Ontario couvre les résidents dont le coût des médicaments excède un certain pourcentage du revenu net du ménage. La franchise est fixée selon une échelle de pourcentage fondée sur le revenu.

** Le montant à payer peut s'avérer moindre d'après ce faible revenu. Toutefois, il n'est pas possible de calculer le montant à partir de l'information fournie. Au Québec, la prime couvre le coût de tous les médicaments pour le patient.

*** Au Nouveau-Brunswick, les personnes âgées qui ne sont pas admissibles au régime public d'assurance médicaments peuvent se procurer une assurance médicaments dans le cadre du programme de médicaments sur ordonnance du Programme de soins de santé pour les aînés de Croix Bleue Medavie, moyennant une prime mensuelle de 105 \$.

Le tableau illustre les disparités financières auxquelles les patients canadiens atteints d'un cancer font face selon ce qui suit : la nature publique ou privée de leur assurance, les divers régimes publics, l'âge, le revenu et le lieu de résidence.

Dans l'ensemble, les Canadiens qui possèdent une assurance privée déboursent moins pour les médicaments courants que ceux qui comptent sur le régime public (à l'exception des régions administratives qui couvrent tous les coûts des médicaments anticancéreux figurant sur leur liste.) Toutefois, ce calcul ne comprend pas les primes, les franchises ou les autres paiements complémentaires exigés par divers régimes. Comme on peut s'y attendre, le fardeau financier le plus lourd repose sur les résidents à faible revenu du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, qui ne sont admissibles à aucun type de régime d'assurance médicaments public.

Parmi les groupes couverts en vertu de régimes publics, certains n'assument aucun déboursé direct lié aux médicaments anticancéreux, tandis que d'autres y consacrent plus de 4 % de leur revenu net familial. Des provinces, comme l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard, exigent des paiements minimes de la part des personnes âgées nanties, tout en n'offrant aucune couverture aux familles qui travaillent à faible revenu. Les personnes âgées du Manitoba et les résidents à faible revenu de Terre-Neuve et du Labrador paient un pourcentage supérieur de leur revenu.

Incidence des déboursés directs croissants

Au fil des ans, les assureurs ont de plus en plus transféré les dépenses vers les bénéficiaires³⁷. Cette pratique a permis à certains groupes de Canadiens de continuer à jouir d'une couverture qui, autrement, aurait été trop coûteuse pour le promoteur du régime. Dans certains cas, on a pu réaliser des économies grâce à la suspension de traitements inutiles.

Cependant, certains groupes vulnérables ont été exposés à un risque accru en raison de la hausse des dépenses directes. Plusieurs études canadiennes ont montré que les patients ont tendance à réduire leur recours aux médicaments nécessaires en réaction à la hausse de ces dépenses.

Lorsque le gouvernement du Québec a imposé des frais d'utilisation, des chercheurs de l'Université McGill ont observé une baisse du recours aux médicaments de 9,1 % chez les personnes âgées et de 14,4 % chez les bénéficiaires d'aide sociale³⁸. Des études plus récentes menées auprès de patients atteints d'arthrite rhumatoïde en Colombie-Britannique^{39,40} et de personnes atteintes d'asthme en Ontario⁴¹ ont noté des résultats similaires. Les rapports provenant des États-Unis^{42,43} font état de résultats comparables.

Certains groupes socio-économiques sont davantage touchés par ces coûts. Une étude récente a révélé que, dans l'ensemble, 8 % des Canadiens n'ont pas fait remplir leur ordonnance à cause de préoccupations liées au coût⁴⁴. Lors d'un sondage mené auprès de 13 587 Canadiens, 9 % des répondants ont déclaré qu'ils ne prenaient pas leurs médicaments conformément à l'ordonnance en raison des frais. Ces personnes étaient plus susceptibles d'avoir de faibles revenus, d'être dans un état de santé plus précaire, d'éprouver une douleur débilante et de visiter plus souvent un médecin⁴⁵. Une étude menée récemment à Terre-Neuve a montré que les patients atteints d'un

³⁷ Applied Management Consultants Ltd. 2009.

³⁸ Tamblyn, R. et al. *Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons*. JAMA, vol. 285, no 4, p. 421, 2001.

³⁹ Liac, X. et al. *The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: Own- and cross-price elasticities*, Health Policy, vol. 82, no 3, pp. 340-347, 2007.

⁴⁰ Anis, AH. et al. *When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions*, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 173 no 11, p. 1335, novembre 2005.

⁴¹ Ungar, WJ. et al. *Effect of Cost-Sharing on Use of Asthma Medication in Children*, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, vol. 162, no 2, p. 104, 2008.

⁴² Doshi, JA. *Impact of a Prescription Copayment Increase on Lipid-Lowering Medication Adherence in Veterans*, Circulation, vol. 119, no 3, p. 390, 2009.

⁴³ Goldman, DP. et al. *Prescription Drug Cost Sharing: Associations With Medication and Medical Utilization and Spending and Health*, JAMA, vol. 298, p. 61, 2007.

⁴⁴ Schoen C. et al. *Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries*, Health Affairs, vol. 26, no 6, p. w717, 2007.

⁴⁵ Kennedy et Morgan. *A Cross-National Study of Prescription Non-Adherence Due to Cost: Data from the Joint Canada-United States Survey of Health*, Clinical Therapeutics, vol. 28, no 8, p. 1217, août 2006.

cancer dans les régions rurales étaient plus enclins à prendre des décisions liées aux traitements fondées sur le coût que ceux vivant en régions urbaines. On a pensé que cela était fort probablement attribuable au fait que les patients des régions rurales étaient des travailleurs autonomes ou saisonniers, qui n'avaient donc pas accès à une assurance gérée par un employeur⁴⁶.

Les patients qui n'ont pas les moyens de prendre les médicaments prescrits recourent à diverses stratégies d'adaptation. Un sondage mené par la Veterans Administration des États-Unis auprès de 4055 adultes qui prenaient des médicaments sur ordonnance contre des maladies chroniques a conclu ce qui suit :

« Dans l'ensemble, 31 % des répondants ont déclaré avoir appliqué au moins une des stratégies au cours des 12 mois précédents. Vingt-deux pour cent avaient restreints leurs dépenses consacrées à des nécessités, 16 % avaient augmenté le fardeau de leur dette et 18 % avaient réduit la dose prescrite. Parmi ces derniers, 67 % avaient également restreint les dépenses consacrées à des nécessités et accru leur dette... [Le] recours à l'ensemble de ces stratégies étaient particulièrement répandu chez les patients qui étaient à faible revenu, avaient une santé précaire et prenaient plusieurs médicaments. »⁴⁷

Les patients atteints d'un cancer qui subissent une baisse temporaire ou permanente de leur revenu par suite d'une maladie peuvent être particulièrement à risque. Une étude menée depuis peu à l'Université Laval a révélé que les patientes atteintes de cancer du sein subissaient, en moyenne, une baisse de revenu de 27 % pendant leurs traitements⁴⁸. Cette situation a des répercussions sur les patients qui doivent assumer la totalité ou une partie du coût de leurs traitements médicamenteux.

L'avenir

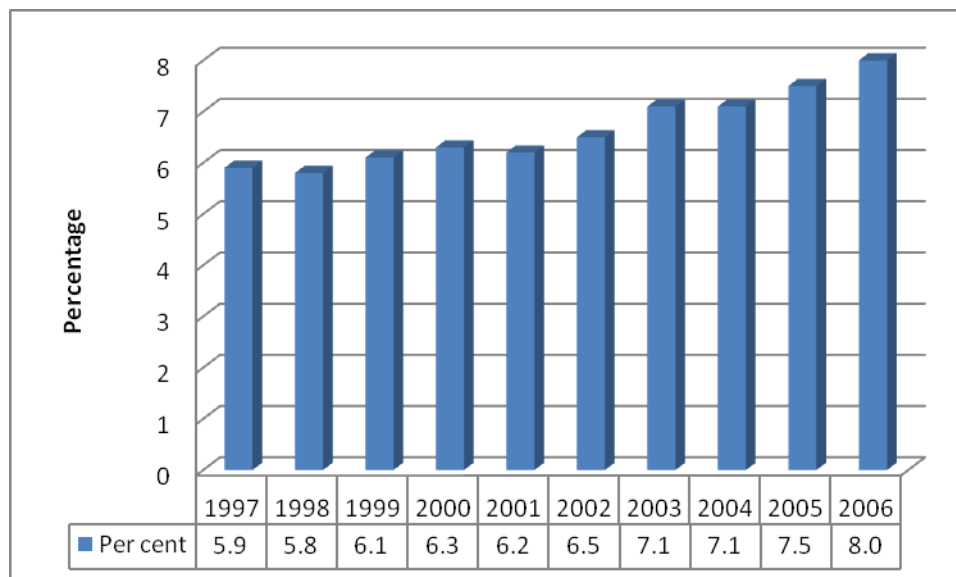
Les Canadiens peuvent s'attendre à continuer à consacrer une part croissante de leur revenu aux dépenses imputables aux médicaments. On relève une tendance constante dans le schéma suivant qui indique la proportion des ménages qui consacrent plus de 3 % de leur revenu net aux médicaments sur ordonnance. (3 % est le critère généralement convenu qui permet d'établir le caractère onéreux des médicaments - dont il sera question à la section suivante.)

⁴⁶ Mathews, M. et al. *How important are out-of-pocket costs to rural patients' cancer care decisions?* *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 14, no 2 p. 54, 2009.

⁴⁷ Heisler, M. et al. *Patient strategies to cope with high prescription medication costs: who is cutting back on necessities, increasing debt, or underusing medications?* *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 28, no 1, p. 43, février 2005.

⁴⁸ Lauzier, S. et al. *Wage Losses in the Year After Breast Cancer: Extent and Determinants Among Canadian Women*, *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 100, p. 321, 2008.

Schéma 2 Pourcentage des ménages canadiens qui consacrent plus de 3 % de leur revenu net aux médicaments sur ordonnance⁴⁹



On prévoit que cette tendance se maintiendra pour diverses raisons.

Transfert accru vers les bénéficiaires

Les données sur les régimes privés d'assurance indiquent qu'une part croissante de bénéficiaires sont aux prises avec les conséquences des paiements complémentaires et de la baisse générale des maximums, alors que les commanditaires tentent de juguler la hausse vertigineuse des dépenses consacrées aux médicaments⁵⁰. Parmi les autres facteurs, on compte le fait que les régimes à cotisations déterminées (dont les caisses d'épargne santé) exercent, à l'instar des régimes de retraite, un attrait grandissant auprès des personnes qui recherchent une assurance maladie complémentaire. Ce type de régime est conçu afin de garantir aux promoteurs une stabilité financière considérablement accrue en transférant vers le bénéficiaire le risque lié au choix de la couverture nécessaire. On peut s'attendre à voir une hausse à court terme des déboursés directs, également attribuable à la perte de la couverture par suite de la mise au chômage d'un plus grand nombre de travailleurs dans le cadre de la présente récession⁵¹.

⁴⁹ Statistique Canada. *Tableau 109-5012 - Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt, Canada et provinces, annuel*, CANSIM (base de données), http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm (consulté le 29 juin 2009).

⁵⁰ Applied Management Consultants Ltd. Juin 2009.

⁵¹ Cooper, Doug. *The Impact of the Recession on Group Insurance & Drug Benefits, Insights*, vol. 4, no 4, p. 22, 2009.

Aux États-Unis, on note des tendances similaires⁵². Hésitant à réduire l'étendue de la couverture, les employeurs ont transféré les dépenses vers les employés. De 2004 à 2007⁵³, les déboursés directs ont augmenté du tiers et la part d'Américains non assurés s'est accrue des deux tiers⁵⁴.

Assurances privées des médicaments onéreux

Les Canadiens mieux nantis observent des écarts au chapitre de la couverture de leur assurance et souscrivent à des régimes séparés afin de couvrir les maladies graves. À la fin de 2007, près de 775 700 Canadiens possédaient assurance individuelle ou collective contre les maladies graves, représentant une hausse de 10 % par rapport à l'année précédente⁵⁵. Toutefois, un nombre croissant de travailleurs à faible revenu n'ont pas les moyens de se procurer ce type d'assurance.

Tendance vers les régimes publics d'assurance médicaments fondés sur le revenu

Dans le secteur public, les régimes d'assurance médicaments provinciaux tendent à délaisser les systèmes fondés sur les droits acquis (qui couvrent systématiquement les groupes comme les personnes âgées) au profit des régimes fondés sur le revenu. À l'exception de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, les provinces sont maintenant dotées de critères d'admissibilité ou d'échelles de paiements complémentaires fondés sur le revenu. Par ailleurs, des provinces comme l'Alberta réduisent les subventions destinées à leur régime universel d'assurance médicaments et optent pour des primes fondées sur la valeur du marché.

Régimes d'assurance médicaments personnalisés

Cet aspect propre à six régimes d'assurance médicaments sur sept en vigueur aux États-Unis pourrait être un signe avant-coureur des régimes d'assurance médicaments au Canada. Il s'agit de régimes qui offrent aux membres une fourchette de primes selon le type de médicaments couverts. Certaines compagnies d'assurance maladie ont commencé à facturer aux patients atteints de maladies graves ou chroniques, comme le cancer ou l'arthrite rhumatoïde, des montants considérablement plus élevés pour des médicaments spécialisés - pouvant atteindre 33 % du coût de l'ordonnance, comparativement aux 20 % habituels⁵⁶. On estime que ce type de

⁵² Gryta, Thomas. *Drug Costs Lead To Tight Reimbursement, Pressure On Patients*, Dow Jones Newswires, le 21 août 2008.

⁵³ Gabel, JR. et al. *Trends In Underinsurance And The Affordability Of Employer Coverage, 2004-2007*. *Health Affairs*, vol. 28, no 4 (2009), w595-w606.

⁵⁴ Schoen, C. et al. *How Many Are Underinsured? Trends among U.S. Adults, 2003 and 2007*, *Health Affairs*, vol. 27, no 4 (2008), w298-w309

⁵⁵ Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes. *Faits 2008*.

⁵⁶ *The Register-Guard*. *The sick support the well. Tier 4 drug pricing punishes seriously ill patients*, Oregon, le 21 avril 2008.

régime s'applique à près d'un Canadien sur cinq qui ont une assurance privée, et cette tendance va en augmentant⁵⁷.

Étendue de la couverture

La plupart des Canadiens s'étonnent que le fait de posséder une assurance ne garantisse pas la couverture des médicaments recommandés par leur oncologue. Il existe une différence marquée dans l'étendue des couvertures, comme le montre le nombre de nouveaux médicaments inscrits sur la liste, les délais des décisions de financement et la souplesse de l'assureur dans la gestion des situations cliniques inhabituelles.

Retards

Les autorisations spéciales sont une pratique fort répandue qui mine sérieusement l'étendue des couvertures dans le cas des patients atteints d'un cancer. Un régime public ou privé d'assurance médicaments doté d'une liste gérée implique la satisfaction de critères donnés avant l'autorisation du paiement de certains médicaments. Il peut s'agir d'un très long processus. Par exemple, en 2005, 20 % des évaluations du Programme de médicaments de l'Ontario ont nécessité plus de trois semaines⁵⁸. Or les patients atteints d'un cancer ne peuvent pas attendre aussi longtemps.

Le fait que, en général, les assureurs allouent aux traitements des délais de trois mois à la fois, nécessitant plusieurs répétitions des démarches au cours de l'année, alourdit le processus. Les oncologues doivent consacrer beaucoup de temps à remplir des formulaires fastidieux pour leurs patients, gaspillant ainsi des ressources limitées. On a assisté à une multiplication des fournisseurs de services, comme les intervenants pivots et les entreprises spécialisées dans l'accès aux patients, à la suite de ces systèmes sans cesse plus complexes.

L'incompétence de l'arbitre ou du proposant peut aussi retarder inutilement le processus. De façon anecdotique, des oncologues et des spécialistes en accès aux patients à qui on a refusé une demande rapportent qu'ils soumettent alors systématiquement la même information et qu'ils obtiennent habituellement une réponse positive la seconde fois. Les arbitres se plaignent que les formulaires ne sont pas bien remplis, ce qui les amène à refuser les demandes. Cet état de fait oblige non seulement le patient à se soumettre à un processus coûteux en temps, mais ajoute au stress de la situation.

Un rapport soumis récemment par plusieurs éminents spécialistes médicaux canadiens a conclu que :

⁵⁷ Applied Management Consultants Ltd. *Trends and Issues in Plan Design, Insights*, printemps 2009.

⁵⁸ Programme de médicaments de l'Ontario. Bulletin 2005-2006.

« ...l'avènement des autorisations spéciales est coûteux et entraîne des iniquités dans l'accès, la sous-utilisation des traitements et des retards dans le traitement de cas urgents, le tout pouvant avoir une incidence négative sur la santé. »⁵⁹

Exclusion des listes

Le nombre de médicaments qui figurent sur les listes ainsi que les délais dans les prises de décisions de financement représentent un autre aspect de l'étendue de la protection. La question du nombre de médicaments figurant sur les listes publiques fera l'objet du chapitre 4. Il est ici question des délais et de la souplesse des régimes.

Médicaments en cours d'évaluation

Le processus de prise de décisions sur les médicaments devant figurer sur les listes des régimes publics d'assurance médicaments prend généralement plusieurs mois et beaucoup moins de temps dans le cas des assureurs privés. Durant la période d'évaluation, le médicament n'est habituellement pas couvert, sans égard aux besoins du patient. Les patients qui reçoivent déjà le médicament, dans le cadre d'un essai clinique ou du Programme d'accès spécial de Santé Canada, pourraient voir leur traitement interrompu, à moins qu'ils le paient eux-mêmes. Le fabricant peut parfois offrir de l'aide, mais au cours des deux dernières années, les aspects économiques dissuasifs inhérents au Système canadien de réglementation ont restreint le recours à cette pratique.

Certaines provinces ont adopté des politiques afin de pouvoir, dans des cas particuliers, fournir aux patients les médicaments à l'étude. Par exemple, l'Ontario a récemment émis une *Compassionate Review Policy*, qui accélère l'accès aux patients atteints de maladies pouvant mettre la vie en danger. La Colombie-Britannique s'est dotée d'une politique similaire. En Alberta, le programme « Directors Privileges » permet une certaine latitude dans la prescription au moyen d'un processus d'examen par les pairs. Dans le cas des régions administratives de moindre envergure où les oncologues et les gestionnaires de régimes d'assurance médicaments travaillent près les uns des autres, il est généralement possible de prendre des décisions de façon informelle, pour certains patients. Toutefois, la plupart des provinces se montrent inflexibles à cet égard.

La Colombie-Britannique et l'Ontario acceptent également d'évaluer les médicaments hautement prioritaires avant leur homologation par Santé Canada, afin de pouvoir statuer sur leur financement immédiatement après leur mise en marché.

⁵⁹ LeLorier, J. et al. *Drug Reimbursement Policies in Canada—Need for Improved Access to Critical Therapies*, *Ann Pharmacother* 2008, 42:869-73.

Usage non conforme

Les oncologues prescrivent souvent des médicaments anticancéreux vendus sur le marché à des fins qui ne figurent pas sur la proposition originale soumise à Santé Canada. Il peut s'agir d'une situation clinique (dont le type de cancer ou les conditions médicales concomitantes du patient) si rare, que le fabricant a décidé de ne pas l'indiquer dans sa proposition. Il se peut aussi que l'on ait prouvé l'efficacité du médicament, mais que le processus de réglementation soit inachevé.

Presque tous les régimes privés d'assurance médicaments déclarent qu'ils ne couvriront pas les médicaments à des fins non homologuées ou expérimentales. Contrairement à bon nombre, certains assureurs couvrent le coût des médicaments non homologués lorsqu'ils ont été autorisés pour un patient particulier dans le cadre du Programme d'accès spécial de Santé Canada.

En général, les listes de médicaments publiques précisent qu'elles ne couvrent pas les usages non homologués, mais il est parfois possible d'en obtenir la couverture par le truchement de l'un des processus officiels ou non officiels ci-dessus.

Limites à l'admissibilité

Comme il en a déjà été question, les patients qui ont des antécédents médicaux ne sont pas admissibles à une couverture d'assurance privée, à moins qu'il s'agisse d'un régime collectif. La liste de ces antécédents est longue et comprend les diagnostics de cancer prononcés dans les 10 dernières années. Cela touche tous les Canadiens et surtout les personnes âgées.

Tendances futures

Alors que la tendance au transfert des coûts vers les bénéficiaires est claire, il est difficile de prévoir les modifications que la couverture d'assurance subira. Les employeurs hésitent à sacrifier l'étendue de la couverture, car cela influe sur la productivité et touche surtout les personnes les plus vulnérables.

On exhorte les régimes d'assurance médicaments à gérer les coûts croissants des médicaments à l'aide des leviers suivants⁶⁰ :

- l'autorisation des substitutions génériques;
- l'augmentation du partage des coûts (paiement complémentaire);
- l'application de maximums (globaux ou annuels);
- les listes gérées (c.-à-d. les autorisations spéciales);
- la gestion proactive des maladies chroniques.

⁶⁰ Rapport de ESI Canada sur les tendances en matière de médicaments en 2008.

Les régimes publics d'assurance médicaments sont déjà enclins à être moins exhaustifs et plus lourds que les régimes privés et ne semblent pas subir les mêmes pressions quant à l'étendue de la couverture. Alors que les employeurs établissent un lien direct entre la santé des employés et la productivité, le gouvernement considère la santé et le rendement économique comme des dossiers séparés. Sans pression concertée de la part des électeurs, on assistera probablement à un approfondissement des disparités entre l'étendue des régimes privés et publics d'assurance médicaments.

L'usage non conforme représente un aspect particulier de l'étendue des régimes d'assurance médicaments qui est susceptible de changer dans un proche avenir, sous l'effet de la situation qui prévaut actuellement aux États-Unis. En novembre 2008, la critique de l'absence de financement dans les cas d'usage non conforme des médicaments anticancéreux par le système d'assurance maladie des États-Unis a donné lieu à des critères de couverture plus larges. À l'heure actuelle, lorsque l'usage non homologué d'un médicament contre le cancer est inclus dans un seul des quatre répertoires pharmaceutiques consultés par l'assurance maladie, il se trouve systématiquement couvert. Au cours de la même période, la Food and Drug Administration (FDA) a précisé les lignes directrices selon lesquelles les fabricants de médicaments peuvent informer les médecins des usages non homologués. On prévoit que le Canada aura à l'œil les répercussions de l'expérience américaine.

3. Couverture des médicaments onéreux

Définition de l'enjeu

Bien que l'on n'ait mené aucune étude scientifique afin de préciser les difficultés financières, l'ampleur des dépenses définies comme onéreuses dans les documents et les exposés de principe gouvernementaux représente entre trois et cinq pour cent du revenu net d'un ménage.

Durant les trois dernières années, le public s'est de plus en plus intéressé à la couverture des médicaments onéreux. L'instauration d'un système national de couverture des médicaments onéreux compte parmi les points saillants de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques lancée en 2004. Frustrées par l'inaction, les provinces ont depuis réagi en instaurant des programmes séparés. À l'heure actuelle, il ne reste que deux provinces qui n'offrent pas ce type de couverture - le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard. Cependant, le fardeau financier imposé aux patients eu égard à la couverture diffère amplement d'un bout à l'autre du pays.

Comme le montre un schéma précédent, une famille canadienne sur douze a consacré plus de 3 % du revenu net du ménage aux médicaments sur ordonnance en 2006. Certains modèles provinciaux sont dignes de mention. Au Québec, malgré le contrôle gouvernemental des paramètres de l'assurance, une famille sur neuf a versé un montant supérieur au seuil des dépenses onéreuses (la même proportion que celle du Nouveau-Brunswick). Au Manitoba, où le gouvernement fournit une couverture universelle, le taux était d'une famille sur huit et à l'Île-du-Prince-Édouard, d'une famille sur sept⁶¹. Il ne fait aucun doute, nos modèles de couverture actuels ne sont pas parfaits.

Dans quelle mesure les régimes d'assurance couvrent-ils les coûts catastrophiques?

Les régimes à la fois publics et privés d'assurance médicaments varient au regard des déboursés directs maximums assumés par les bénéficiaires pour les médicaments onéreux.

⁶¹ Statistique Canada. *Tableau 109-5012 - Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt, Canada et provinces, annuel*, CANSIM (base de données), http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm

Couverture par les régimes publics du coût des médicaments onéreux

Les provinces et les territoires assument le coût des médicaments onéreux au moyen de régimes universels ou, dans certains cas (en l'absence de ce type de régime), par des programmes séparés d'assurance des médicaments onéreux. (Les régimes publics d'assurance médicaments utilisent la notion de coût élevé des médicaments fondé sur le revenu au lieu du terme « onéreux ». Le tableau suivant indique les régimes publics qui couvrent le coût élevé des médicaments anticancéreux (pour les médicaments inscrits sur leurs listes).

Tableau 6 Couverture publique du coût élevé des médicaments anticancéreux

Région	Type de régime	Clauses
C.-B.	Organisme lutte cancer	Couverture totale
Alb.	Organisme lutte cancer	Couverture totale
Sask.	Organisme lutte cancer	Couverture totale
Man.	Programme d'assurance médicaments du Man.	Couverture totale après la franchise allant de 2,7 % à 6,1 % du revenu familial net
Ont.	Programme de médicaments Trillium	Couverture totale après la franchise fondée sur le revenu
	Programme de médicaments de l'Ontario	Couverture totale des personnes âgées (moyennant un faible paiement complémentaire) et des bénéficiaires de l'aide sociale
Qc	Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Prime et paiement complémentaire (débourré direct maximum fondé sur le revenu)
N.-B.	Ministère du Développement social	Les résidents peuvent être admissibles aux avantages de « carte d'assistance médicale » après épuisement des biens personnels
	Plan de médicaments sur ordonnance du N.-B.	Couverture totale (moyennant faible paiement complémentaire) des personnes âgées à faible revenu et des bénéficiaires de l'aide sociale
Î.-P.-É.	Programme de médicaments onéreux	Couverture partielle de 7 médicaments anticancéreux spécifiques applicable aux revenus de moins de 150 000 \$
	Aide aux personnes âgées pour	Couverture pour les personnes âgées,

	le coût des médicaments Programme de prestations de soins de santé pour la famille Programme d'aide sociale	les familles à faible revenu avec enfants et les bénéficiaires d'aide sociale (co-paiement requis)
N.-É.	Programme d'assurance médicaments pour les patients atteints d'un cancer	Revenu familial brut inférieur à 15 720 \$
	Régime familial d'assurance médicaments	Franchise selon le revenu et faible paiement complémentaire
	Programme d'assurance médicaments pour les personnes âgées	Prime et paiement complémentaire
T.-N.-L.	Régime d'assurance	Plafond allant de 5 % à 10 % du revenu net du ménage pour les famille avec un revenu entre 39 999 \$ et 149 999 \$
	Régime Accès	Familles à faible revenu (moyennant une franchise basée sur le revenu)
	Régime 65Plus	Personnes âgées recevant le SRG et la SV (frais d'ordonnance à la charge du bénéficiaire)
	Régime Fondation	Couverture à 100 % pour les bénéficiaires de l'aide sociale
Yn	Programme pour maladies chroniques	Couverture totale de la portion excédant la franchise
T.N.-O	Certaines maladies (dont le cancer)	Couverture totale
Nt	Prestations complémentaires	Couverture totale
Fédéral	Santé Canada, Anciens combattants, GRC, Services correctionnels, Défense nationale et Citoyenneté et Immigration	Couverture totale

Combien les Canadiens paient-ils en vertu des régimes publics?

Afin de comprendre combien devraient déboursier les Canadiens qui comptent sur le système public de couverture des médicaments onéreux, nous avons choisi deux types de familles, par exemple :

- une famille plus jeune (d'âge actif) ayant un revenu famille net moyen (75 000 \$) et trois personnes à charge,
- un couple de personnes âgées ayant un revenu net moyen (54 200 \$)⁶².

⁶² Statistique Canada. *Revenu moyen total selon le type de famille économique, 2007.*

Les exemples reposent sur le coût annuel moyen par patient des médicaments oncologiques lancés sur le marché depuis 2006, qui est de 65 000 \$⁶³. Le tableau suivant indique le montant des déboursés directs devant être assumé par un patient dans chaque région administrative (en supposant que le médicament figure sur la liste publique).

Tableau 7 Dépenses en déboursés directs d'une famille moyenne qui ne possède pas d'assurance pour les nouveaux médicaments anticancéreux

P/T	Type de famille	Dépenses en déboursés directs	Pourcentage du revenu
C.-B.	Les deux	0 \$	0 %
Alb.	Les deux	0 \$	0 %
Sask.	Les deux	0 \$	0 %
Man.	Pers. âgées	2655 \$	4,9 %
	Plus jeune	3207 \$	4,3 %
Ont.	Pers. âgées	124 \$	0,2 %
	Plus jeune	2764 \$	3,7 %
Qc	Pers. âgées	1908 \$	3,5 %
	Plus jeune	1908 \$	1,3 %
N.-B.	Les deux	65 000 \$	de 87 % à 120 %
	Avantages de « carte d'assistance médicale »	0 \$	0 %
Î.-P.-É.	Pers. âgées	84 \$	0,2 %
	Plus jeune	jusqu'à 65 000 \$*	Jusqu'à 87 %
N.-É.	Pers. âgées	806 \$	1,5 %
	Plus jeune	24 536 \$	32,7 %
T.-N.-L.	Pers. âgées	4065 \$	7,5 %
	Plus jeune	7500 \$	10 %
Yn	Les deux	500 \$	0,9 %
T.N.-O.	Les deux	0 \$	0 %
Nt	Les deux	0 \$	0 %
Fédéral	Les deux	0 \$	0 %

* Le Programme de médicaments onéreux offre de l'aide lorsque le médicament figure sur une liste particulière.

⁶³ Exposé de Bob Kamino, Brogan Inc, présenté au Comité sur les régimes d'assurance collectifs et les produits pharmaceutiques, le 8 avril 2009.

La comparaison révèle une variation considérable entre les régimes. Malgré les améliorations apportées au cours des dernières années, les habitants du Canada atlantique demeurent vulnérables au coût élevé des médicaments anticancéreux.

En outre, les patients atteints d'un cancer qui ont besoin de médicaments non inscrits sur la liste publique (par suite d'un refus, de décisions de financement qui tardent ou d'un usage non homologué) doivent assumer la totalité du coût des médicaments.

Couverture des régimes privés des médicaments anticancéreux onéreux

À l'origine, les régimes ont été conçus pour couvrir le coût prévisible des médicaments, équivalant à quelques dollars par jour. L'avènement des traitements onéreux qui se prennent à la maison a fait ressortir des écarts au chapitre de la couverture que l'on n'avait pas précédemment reconnus. Les commanditaires des régimes ont d'abord géré ces situations comme des exceptions, mais maintenant que le recours aux médicaments spécialisés s'est amplement répandu, on réévalue les paramètres de couverture.

Comme il en a été question à la section précédente, les régimes privés fixent parfois un déboursé direct maximum, au-delà duquel le régime assume la totalité du coût des médicaments sur ordonnance. Toutefois, un régime sur cinq fixe un maximum au-dessus duquel le bénéficiaire assume la totalité du coût.

On a assisté à l'émergence de nouveaux produits d'assurance qui visent à répondre à ces nouveaux besoins. Certaines compagnies proposent maintenant une couverture séparée des dépenses imputables aux médicaments sur ordonnance onéreux. Par exemple, la Manuvie offre un régime de couverture accrue qui couvre les dépenses annuelles imputables aux services de santé et aux médicaments de plus de 4500 \$. Les assurances pour les maladies et les accidents graves, qui versent un montant forfaitaire aux patients ayant reçu un diagnostic de l'une des maladies graves inscrites sur une liste préétablie (dont le cancer), peuvent servir à acquitter le coût des médicaments anticancéreux.

Combien les Canadiens qui ont une assurance privée assument-ils?

Les coûts des médicaments onéreux assumés par le patient diffèrent, tout comme les clauses financières extrêmement variables des régimes d'assurance privés. L'examen des moyennes permet de comprendre le fardeau financier.

D'après les données déjà citées, le coût moyen annuel des nouveaux médicaments oncologiques par patient est de 65 000 \$ et le paiement complémentaire moyen, de 20 %, équivalant à un déboursé direct annuel de 13 000 \$ par patient. (Ce scénario suppose que le régime n'a pas fixé de maximum aux déboursés directs ni de couverture maximum à l'intérieur de cette limite.) Le tableau suivant montre le

pourcentage du revenu net⁶⁴ devant être assumé par trois types de familles ayant un revenu de travail afin de couvrir ce montant en vertu d'un régime privé.

Tableau 8 Pourcentage du revenu net requis pour un paiement complémentaire de 13 000 \$

Type de famille	Revenu net du ménage	Pourcentage du revenu consacré au paiement complémentaire
Plus jeune	75 000 \$	17 %
Monoparentale – homme	52 100 \$	25 %
Monoparentale – femme	39 500 \$	33 %

Ces chiffres diffèrent ostensiblement de ceux des régimes publics et du taux généralement reconnu de trois ou cinq pour cent du revenu net d'un ménage qui détermine le caractère onéreux d'un médicament. Les régimes publics d'assurance médicaments de l'ensemble des provinces, sauf le Nouveau-Brunswick, acquittent une partie de ce coût en vertu de leur programme de médicaments onéreux. Le programme «High Cost drug» de l'Île du Prince Édouard couvre une partie du coût de sept médicaments oraux contre le cancer en tant que payeur de premier recours pour les personnes qui sont admissibles à certains critères cliniques et financiers.

L'avenir

L'industrie des assurances est sensibilisée à la nouvelle tendance liée aux médicaments spécialisés onéreux et aux pressions de la part des employeurs visant à maintenir une couverture raisonnable pour leurs employés.

La solution reposera en partie sur les changements progressifs apportés à la conception des régimes, au moyen des leviers déjà cités. L'industrie est également à l'affût d'approche impliquant la participation des divers intéressés afin de répondre aux besoins inhérents à une couverture viable des médicaments onéreux. En juin 2009, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes a formulé sa position dans un exposé de principe :

« Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent faire en sorte qu'aucun Canadien n'encoure de difficultés financières excessives attribuables au coût des médicaments sur ordonnance. Notre industrie recommande en outre

⁶⁴ Statistique Canada. *Revenu moyen total selon le type de famille économique, 2007.*

l'établissement d'une couverture des médicaments onéreux pour tous les Canadiens, la fixation équitable des prix des médicaments dans le cadre de l'ensemble des programmes privés et publics et la création d'un programme vigoureux de médicaments génériques ouvert à la concurrence. L'accès uniforme aux médicaments les plus rentables et la création d'une liste minimale sont essentiels afin de réaliser des rentrées fiscales et d'améliorer les répercussions sur la santé des individus, quel que soit l'endroit où ils vivent. »⁶⁵

⁶⁵ Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes. *CLHIA Report on Health Care Policy: Towards a Sustainable, Accessible, Quality Public Health Care System*, le 3 juin 2009.

4. Disparités au chapitre de la couverture de certains médicaments anticancéreux

Il n'existe aucun critère pancanadien de couverture des médicaments anticancéreux. On note des disparités entre les régimes publics et privés et parmi les 19 régimes publics au chapitre du choix des médicaments à couvrir et des conditions afférentes.

Quelle est l'origine des disparités?

Les disparités dans la couverture des régimes d'assurance de certains médicaments sont attribuables aux deux critères suivants : la décision du régime d'inclure (ou d'exclure) un nouveau médicament sur la liste ou le formulaire de médicaments couverts et les conditions de remboursement du médicament.

L'inscription d'un nouveau médicament sur la liste et l'homologation des usages reposent sur la démonstration évidente des avantages cliniques et économiques. Les régimes d'assurance médicaments se distinguent, à la fois, par leurs méthodes et leurs normes d'évaluation. On note des différences dans la façon d'évaluer la qualité des preuves, les lignes directrices ou critères cliniques utilisés, les paramètres économiques compris dans l'analyse et la disponibilité des budgets en fonction des priorités en matière de concurrence.

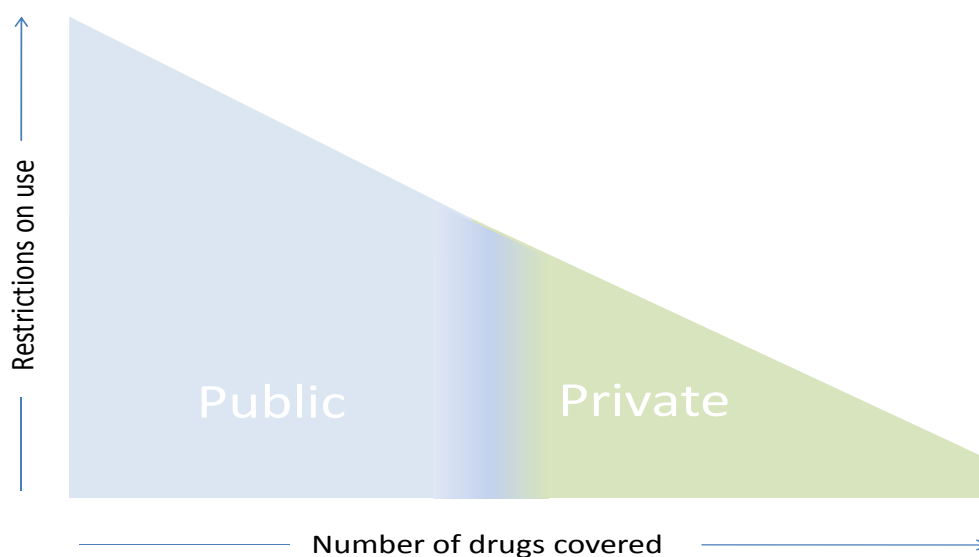
Même une fois que Santé Canada a déjà établi les avantages cliniques positifs d'un nouveau médicament au moyen de son processus d'homologation, le régime d'assurance médicaments peut adopter un point de vue quelque peu différent en fonction de ses propres réalités. L'homologation réglementaire dépend habituellement des résultats des essais cliniques, qui comparent le nouveau médicament au meilleur traitement offert. Or, ce dernier peut différer de ceux utilisés dans certaines régions. En outre, dans le cas des essais cliniques, on sélectionne les patients en fonction de l'absence de tout autre antécédent médical pouvant porter à confusion, ce qui ne reflète pas nécessairement le groupe de patients couvert par le régime d'assurance médicaments. Par conséquent, les analyses à la fois cliniques et économiques sont fondées sur des données qui se distinguent jusqu'à un certain point des exigences idéales du régime.

Le fait que l'analyse économique ne tienne pas nécessairement compte des facteurs importants uniques au cancer constitue un autre aspect du processus d'évaluation. Par exemple, comme le cancer est souvent une maladie aiguë pouvant mettre la vie en danger, l'horizon temporel servant à calculer les prestations devrait dépasser la période souvent brève consacrée aux traitements et au rétablissement. Pareillement, l'analyse économique devrait permettre d'englober la productivité accrue des patients atteints d'un cancer qui retournent au travail à la suite de traitements fructueux.

Disparités entre les assurances publiques et privées

De façon générale, les régimes privés proposent une couverture plus exhaustive que les régimes publics, à la fois, en ce qui a trait au nombre de médicaments et des limites à leur usage. Le schéma suivant illustre de façon très large les différences entre la couverture des médicaments anticancéreux des régimes d'assurance médicaments publics et privés.

Schéma 3 Disparités dans les couvertures privée et publique des médicaments anticancéreux



Public Privé
Limites à l'usage
Nombre de médicaments couverts

Le nombre de médicaments couverts est déterminé par la liste. À l'heure actuelle, l'ensemble des régimes publics d'assurance médicaments - mais seulement un régime privé sur six - sont dotés d'une liste gérée activement⁶⁶. La plupart des régimes privés acceptent tous les nouveaux agents anticancéreux, une fois qu'ils sont homologués par Santé Canada à la suite d'une demande du fabricant.

⁶⁶ Rapport de ESI Canada sur les tendances en matière de médicaments en 2008.

Disparités entre les régimes publics

Bien que la mise en œuvre du Groupe de témoins sur le processus d'examen des médicaments oncologiques ait permis d'améliorer la situation au cours des deux dernières années, les régimes publics d'assurance médicaments se caractérisent toujours par d'importantes disparités au chapitre des médicaments homologués, des délais d'homologation et des limites à l'usage.

Le tableau de la page suivante montre l'état actuel d'homologation des nouveaux médicaments anticancéreux par province et territoire et en vertu du plus important régime fédéral d'assurance médicaments, les Services de santé non assurés (SSNA) qui couvrent les membres inscrits des Premières nations et les Inuits. La couverture se définit grosso modo comme la disponibilité pour au moins certains patients, puisque certaines provinces acceptent de payer les médicaments qui ne figurent pas sur leur liste grâce à un mécanisme d'accès exceptionnel.

Raisons à l'origine des disparités

L'examen du tableau révèle divers types de disparités.

Certains médicaments, comme l'Abraxane, l'Alimta (contre le mésothéliome), l'Avastin et le MabCampath sont financés dans certaines provinces, tout en ayant été refusés ailleurs. Bien que les régimes d'assurance médicaments aient évalué les mêmes données cliniques et économiques, ils en sont venus à des conclusions différentes fondées sur leur interprétation des avantages cliniques et de la capacité de payer en fonction d'autres options.

D'autres médicaments, comme le Bexxar et le Zevalin, ne sont pas disponibles dans toutes les provinces parce qu'il s'agit de produits radiopharmaceutiques et qu'ils s'administrent dans des établissements spécialisés.

Les écarts dans les délais d'évaluation expliquent de nombreuses disparités. Plus de deux ans après leur homologation par Santé Canada, plusieurs médicaments n'ont toujours pas fait l'objet d'une évaluation par certaines provinces.

La politique du régime d'assurance médicaments en matière de médicaments non homologués clot la liste des raisons à l'origine des disparités interprovinciales. Par exemple, la Colombie-Britannique a déjà évalué et rejeté l'Avastin pour le traitement du cancer du cerveau, même si le Canada n'en a pas encore autorisé la commercialisation. L'Ontario possède également une politique similaire qui l'autorise à évaluer des médicaments susceptibles de répondre à des besoins urgents, avant leur homologation par Santé Canada.

Rôle du Processus conjoint d'évaluation des médicaments oncologiques

Le Processus conjoint d'évaluation des médicaments oncologiques provisoire (PCEM) a été mis en œuvre en 2006 par deux premiers ministres de l'Ouest qui entendaient faire disparaître les disparités interprovinciales au chapitre de la couverture des médicaments anticancéreux. Durant ses deux années de fonctionnement, le PCEM a réussi à s'approcher de cet objectif en amenant toutes les provinces (sauf le Québec) à prendre part à un exercice unique d'évaluation des médicaments, dont les recommandations portent sur l'approbation du financement.

L'Ontario a adopté son système d'évaluation comme point de départ du processus au début de 2007 et, depuis, elle a apporté des changements destinés à consolider les évaluations cliniques et pharmacoéconomiques. Par ailleurs, l'ajout au site Web du Programme de médicaments de l'Ontario d'une liste de médicaments évalués a quelque peu accru la transparence du processus. Toutefois, le site ne fait pas état des recommandations. Le suivi sur une certaine période des mesures liées aux listes provinciales individuelles fait ressortir l'incidence des évaluations du PCEM. En effet, chaque année, plusieurs provinces prennent, en quelques mois, des décisions similaires.

Tableau 9 État du financement de certains nouveaux médicaments anticancéreux (août 2009)

Légende : • Couverture au moins pour certains patients × Inscription sur la liste refusée R Sous évaluation AC Avis de conformité

Marque nominative	Nom générique	Type de cancer	Liste	AC	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	PE	NS	NL	YT	SSNA
Abraxane	alb. paclitaxel	Sein	IV	06/06	•	•	•	R	•	•	•	R	R	R		
Alimta	pemetrexed	Mesothéliome	IV	07/04	•	•	•	•	×	•	•	×	×	•		
Alimta	pemetrexed	Poumon	IV	01/07	•	•	R	R	•	×	R	R	•	R		
Arimidex	anastrozole	Sein	oral	08/96	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Aromasin	exemestane	Sein	oral	08/00	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Avastin	bevacizumab	Colorectal	IV	11/05	•	•	•	×	•	•	×	×	•	•		
Avastin	bevacizumab	Sein	IV	02/09	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R		
Avastin	bevacizumab	Poumon	IV	04/09	R	R	R	R		R	R	R	R	R		
Avastin	bevacizumab	Cerveau	IV	À suivre	×		×	R								
Bexxar	tositumomab	Lymphome	IV	04/06	•	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
Erbix	cetuximab	Colorectal	IV	09/05	•	×	×	•	×	×	×	×	×	×		
Erbix	cetuximab	Tête et cou	IV	09/08	•	R	R	R	•	•	R	R	R	R		
Femara	letrozole	Sein	oral	09/97	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Gleevec	imatinib	LAL et TSGI*	oral	10/01	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Herceptin	trastuzumab	Sein	IV	08/99	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
MabCampath	alemtuzumab	LLC	IV	11/05	•	×	×	•	×	×	×	×	•	×		
Nexavar	sorafenib	Rein	oral	08/06	•	•	•	•	•	×	•	•	•	•	R	R
Nexavar	sorafenib	Foie	oral	01/08	•	•	•	•	•	R	•	•	•	•	R	R
Revlimid	lenalidomide	5q-MDS	oral	01/08	•	R	R	R	•	R	•	R	R	R	R	R
Revlimid	lenalidomide	Myélome	oral	10/08	•	R	R	R	•	•	R	R	×	R	R	R
Rituxan	rituximab	Lymphome	IV	04/00	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
Sprycel	dasatinib	CML et LAL	oral	03/07	•	R	•	•	•	•	•	•	•	•	R	R
Sutent	sunitinib	Rein	oral	06/06	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	R	×
Sutent	sunitinib	Gastrointest.	oral	05/06	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	R	•
Tarceva	erlotinib	Poumon	oral	07/05	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	R	•
Tasigna	nilotinib	LMC	oral	11/08	•	R	R	R		R	R	R	R	R	R	R
Temodal	temozolomide	Cerveau	oral/IV	10/99	•	•	•	•	•	•	•	•	×	•	•	•
Torisel	temsirolimus	Rein	IV	12/07	R	R	R	R	×	×	R	R	•	R		
Tykerb	lapatinib	Sein	oral	05/09	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Vectibix	panitumumab	Colorectal	IV	04/08	•	R	R	•	•	×	R	R	R	R		
Velcade	bortezomib	Myélome	IV	02/05	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
Xeloda	capecitabine	CRC et sein	oral	10/98	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Zevalin	ibrutinomab	Lymphome	IV	06/06	•	×	×	•	×	•	R	×	×	•		

*Tumeur stromale gastro-intestinale

Commentaires : Les T.N-O. et le Nunavut utilisent la liste des SSNA. Les territoires utilisent les listes provinciales pour les médicaments administrés dans les hôpitaux (YT, BC, NT et AB).

Sources : Gestionnaires des régimes d'assurance médicaments provinciaux et territoriaux, à l'exception de BC, AB, QC et NE, pour lesquels nous avons consulté les listes des organismes de lutte contre le cancer et des régimes d'assurance médicaments affichées sur le site Web. (la Saskatchewan ne publie pas de formulaire des médicaments anticancéreux. Le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi que Terre-Neuve et le Labrador ne publient pas de formulaires des médicaments administrés dans les hôpitaux.)

Selon une évaluation indépendante menée par le PCEM en 2008, on aurait, au début de 2009, soumis aux gouvernements provinciaux commanditaires une recommandation visant à faire du processus une structure permanente. Le statut et les détails de cette proposition n'ont toutefois pas été transmis. Dans le cas d'une approbation, on ne connaît toujours pas le rôle que joueraient les représentants des patients au sein de cette structure permanente. Dans une proposition présentée en avril 2009 aux Canadian Oncology Societies, le Dr Tony Fields, président du comité consultatif du PCEM, a déclaré que les représentants des patients avaient contribué de façon inestimable et qu'à l'avenir il n'entreprendrait aucun projet majeur sans que les patients ne soient consultés et représentés⁶⁷.

Disparités au sein des provinces

On note des disparités dans l'accès aux médicaments anticancéreux même au sein des provinces, dont les deux principales sont :

- l'absence de conformité entre les lignes directrices cliniques tracées par les oncologues et les décisions de financement prises par les régimes publics d'assurance médicaments;
- l'absence de politique sur l'administration dans les hôpitaux publics des médicaments anticancéreux payés à titre privé.

Lignes directrices cliniques et financement

Il n'existe aucune norme pancanadienne en matière de traitement des divers types de cancer. Alors que de nombreux organismes voués à la lutte contre le cancer ont développé leurs propres lignes directrices, les sites Web de plusieurs organismes provinciaux de lutte contre le cancer se réfèrent aux lignes directrices en matière de chimiothérapie de la BC Cancer Agency et au programme de soins fondés sur les données probantes d'Action Cancer Ontario. Le National Comprehensive Cancer Network, un organisme basé aux États-Unis représentant 21 chefs de file dans la lutte contre le cancer, compte également parmi les références dignes de foi en matière de lignes directrices cliniques.

Nous donnons ici l'exemple de la Colombie-Britannique et de l'Ontario pour illustrer les divers degrés de conformité entre les lignes directrices cliniques et les décisions de financement au sein des provinces. Cette comparaison vise non pas à évaluer les différents systèmes, mais à traduire une question que les patients atteints d'un cancer trouvent particulièrement frustrante, à savoir pourquoi le système public de soins de santé ne finance pas un traitement recommandé par leur oncologue.

Le système de la BC Cancer Agency établit un lien étroit entre les lignes directrices cliniques et l'approbation du financement, et très peu de schémas thérapeutiques se

⁶⁷ Fields, Dr Tony. Exposé présenté à la Société d'oncologie du Canada, Toronto, le 30 avril 2009.

retrouvent sans soutien. Les nouveaux médicaments anticancéreux susceptibles de répondre à un besoin urgent sont rapidement évalués, souvent avant même leur homologation par Santé Canada. Les lignes directrices cliniques sont élaborées en consultation avec les oncologues de toute la province et servent à gérer l'usage. L'agence traite en priorité les demandes de financement soumises au Ministère, faisant ainsi en sorte que les fonds soient alloués d'abord aux schémas susceptibles de comporter les meilleurs avantages prévus. Un système d'accès prioritaire pour des raisons humanitaires permet aux oncologues de demander l'autorisation d'utiliser les traitements non financés pour des cas inhabituels. Par conséquent, il est rare qu'un oncologue de la Colombie-Britannique recommande un protocole thérapeutique qui ne soit pas financé par l'agence.

En Ontario - qui compte parmi les provinces peu nombreuses dont les lignes directrices cliniques et la liste de médicaments sont transparentes auprès du public - on relève plusieurs exemples de protocoles de chimiothérapie recommandés par les lignes directrices cliniques qui ne sont pas financés. Par exemple, les traitements anticancéreux suivants sont affichés sur le site Web d'Action Cancer Ontario en tant que « core » (signifiant que la recommandation est fondée sur des données probantes), sans toutefois être financés :

- le MabCampath (alemtuzumab) pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique;
- le Bexxar (¹³¹I-tositumomab) et le Zevalin (⁹⁰Y- ibritumomab) pour le traitement du lymphome;
- le Torisel (temsirolimus) pour le traitement du carcinome à cellules transitionnelles (rein).

(L'Ontario a récemment autorisé l'accès pour des raisons humanitaires à des médicaments qui n'ont pas encore été évalués, dans le cas de patients qui se trouvent dans une situation clinique pouvant poser un risque pour leur vie⁶⁸. Cette initiative pourrait combler une partie des écarts auxquels les patients font face.)

Les patients des autres provinces rencontrent probablement la même absence d'alignement que ceux de l'Ontario, mais il n'a pas été possible de procéder à une comparaison rigoureuse en raison du fait que peu de provinces publient leurs lignes directrices et leurs listes de médicaments anticancéreux qu'elles financent.

Administration dans le système public de soins de santé des médicaments anticancéreux payés à titre privé

Les options qui s'offrent aux patients désireux de recevoir un médicament intraveineux non financé qu'ils acceptent de payer à titre privé font également partie des disparités. Les provinces se sont dotées de différentes politiques à cet égard et les pratiques varient même au sein de certaines provinces.

⁶⁸ Programme public d'assurance médicaments de l'Ontario. *Compassionate Review Policy*, avril 2009.

La plupart des médicaments intraveineux qui ne sont pas financés font l'objet d'une évaluation ou ont été évalués, mais se sont vus refusés le financement. Par exemple, l'Erbix, pour le traitement du cancer colorectal avancé, est commercialisé au Canada, mais ne figure que sur une liste provinciale. Un patient dont l'oncologue recommande ce médicament a le choix de le payer à titre privé.

Les patients qui en ont les moyens peuvent choisir de recevoir le médicament à l'extérieur du Canada. Dans certains cas, des provinces comme l'Ontario ont assumé les traitements à base de médicaments non homologués administrés à l'étranger au moyen de l'assurance maladie au lieu du programme public de médicaments. (Cette pratique a été critiquée à cause de son manque d'uniformité et fait l'objet d'une évaluation depuis 2007.)

Les régimes privés d'assurance médicaments déclarent qu'ils ne couvrent pas les médicaments administrés en milieu hospitalier, car cela contrevient à la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certains régimes privés ont consenti à couvrir un médicament non financé, puisque la province avait, par son refus, établi qu'il n'était pas médicalement nécessaire et qu'il n'était donc pas visé par la *Loi*.

Si l'assureur privé refuse d'acquitter le coût, le patient peut décider de l'assumer par déboursé direct. (De nombreux articles de journaux sur les activités de financement communautaires et les généreux donateurs montrent qu'il ne s'agit pas d'une situation inhabituelle.)

Une fois établie la source du financement privé, il reste à trouver une clinique offrant des traitements par infusion. Les cliniques privées de certaines régions canadiennes fournissent ce type de service. La Provis Infusion Clinic, qui a été mise sur pied en 2005 au centre-ville de Toronto, est le premier établissement de ce type à voir le jour. La clinique administre des médicaments contre le cancer et d'autres maladies, à condition qu'ils ne soient pas financés par le système public de soins de santé. Les médicaments anticancéreux fabriqués par Hoffmann-LaRoche sont offerts dans les Bayshore Infusion Clinics de près de 20 villes d'un bout à l'autre du Canada. Les autres fabricants ont passé des contrats avec divers distributeurs de produits pharmaceutiques pour ce type de services.

Le système public de soins de santé peut permettre l'infusion dans ses établissements de santé non financés qui sont payés à titre privé. Il s'agit toutefois d'une pratique controversée et, dans certaines régions, le public n'a pas accès à l'information à ce propos.

Tableau 10 Politiques provinciales en matière d'administration en milieu hospitalier de médicaments anticancéreux payés à titre privé

Province	Politique de paiement à titre privé
C.-B.	Officielle
Alb.	Officielle
Sask.	Officielle
Man.	Aucune politique officielle
Ont.	Aucune politique officielle*
Qc	Aucune politique officielle
N.-B.	Aucune politique officielle
Î.P.-É.	Aucune politique officielle
N.-É.	Aucune politique officielle
T.-N.-L.	Aucune politique officielle

* Le groupe de travail provincial a soumis ses recommandations au gouvernement en 2006, mais celui-ci n'a émis aucune politique officielle. Chaque centre de soins aux cancéreux et hôpital prend ses propres décisions, et certains ont publié leurs politiques sur leur site Web.

L'avenir

Comme le montrent les exemples précédents, les disparités touchent de nombreux aspects de l'accès des Canadiens à certains médicaments anticancéreux, en fonction de l'endroit où ils vivent et de leur situation professionnelle. On a tenté sérieusement de régler la situation, au moyen du Processus conjoint d'évaluation des médicaments oncologiques provisoire. Cependant, comme les soins de santé relèvent des provinces, les disparités perdureront tant et aussi longtemps que l'on n'adoptera pas des normes pancanadiennes en matière de couverture.

Plusieurs organismes ont réclamé l'adoption d'une approche pancanadienne aux lignes directrices cliniques en lien avec le financement. Cela ferait en sorte que les Canadiens recevraient les médicaments anticancéreux homologués par les principales sommités en la matière, quel que soit l'endroit où ils vivent. Alors que chaque province et que chaque assureur privé auraient le loisir de couvrir les traitements supplémentaires, les Canadiens sauraient que leur système de soins de santé assumerait les médicaments essentiels au traitement du cancer. Cette approche pourrait également réduire le nombre de décisions arbitraires liées au processus de préautorisation. L'adoption de lignes directrices opportunes et précises simplifierait considérablement les décisions de financement.

Conclusions

Au Canada, l'accès équitable aux médicaments anticancéreux s'appuie, dans une large mesure, sur notre système de couverture. On observe d'importants écarts entre l'expérience des patients atteints d'un cancer et le système qui, de l'avis des Canadiens, devrait garantir à tous les citoyens l'accès aux traitements médicamenteux prescrits par leur oncologue, en temps opportun et sans encourir de difficultés financières excessives.

Les écarts et disparités soulignés dans le présent rapport reflètent les multiples ramifications du problème. Notre système disparate a atteint un degré de complexité quasi insondable, en raison des innombrables normes et processus de prise de décisions des divers programmes de médicaments et, à certains égards, d'un manque flagrant de transparence. Au cours des dernières années, l'avènement des médicaments anticancéreux oraux onéreux a révélé des écarts et disparités qui ont imposé un énorme fardeau aux utilisateurs en bout de ligne : les patients. De nombreux patients atteints d'un cancer et leur famille assument d'énormes coûts financiers et se voient refusés l'accès à d'importants médicaments anticancéreux, alors que les régimes sont aux prises avec des dépenses croissantes.

Les problèmes complexes impliquent des solutions qui reposent sur la participation de sources multiples. On se doit d'éliminer les écarts liés à l'assurance des Canadiens. Les dépenses consacrées aux assurances devraient être réparties plus équitablement. Aucun Canadien ne devrait encourir de difficultés financières pour un service médical aussi essentiel. Par ailleurs, il est crucial de résoudre les iniquités touchant la couverture des traitements reconnus, d'une région à l'autre et entre les Canadiens assurés à titre privé et public.

Au-delà de ces facteurs, on doit prendre des mesures afin de garantir la pérennité du système de couverture. Il est nécessaire de se pencher sur la double cause de la hausse vertigineuse du coût des médicaments - l'usage et les prix - afin de faire en sorte que les Canadiens reçoivent leur juste part aujourd'hui, et que les générations futures continuent d'avoir les moyens de jouir d'un système de financement des médicaments de qualité élevé.

Une plus grande transparence de la part des gouvernements est nécessaire pour un débat avisé. Par exemple, plusieurs provinces (notamment la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi que Terre-Neuve et le Labrador) ne publient pas des formulaires des médicaments anticancéreux couverts dans leurs provinces. Les autres fournissent librement l'information sur la couverture des médicaments et les lignes cliniques directrices en ce qui a trait aux traitements médicamenteux. Seule une plus grande ouverture permettra aux citoyens et aux intervenants d'intervenir afin de résoudre les lacunes et les disparités de notre système.

La nature complexe de ces enjeux fait appel à des initiatives concertées, et le leadership est indispensable au progrès à cet égard. L'adoption de mesures opportunes et efficaces visant à relever les défis actuels profitera à tous les Canadiens, maintenant et à l'avenir.