MÉMOIRE DE LA

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII)

SOUMIS AU

Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

RELATIVEMENT À

L'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments

30 JUIN 2016

LINDA SILAS

Présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII)

FCSII

Les infirmières et les infirmiers du Canada

À LA DÉFENSE DE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Introduction

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) représente près de 200 000 infirmières et infirmiers de première ligne au Canada. Depuis près de deux décennies, nous revendiquons la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Nous le faisons lors des réunions du Conseil de la fédération, en parlant directement aux ministres fédéral et provinciaux de la Santé ou pendant les campagnes électorales. Notre lutte pour l'assurance-médicaments s'inspire des recommandations de la Commission Hall de 1965, du Forum national sur la santé de 1997, et du Rapport Romanow de 2002 sur l'avenir de notre système de soins de santé.

Les infirmières et les infirmiers du Canada sont aux premières lignes du système de soins de santé. À chaque jour, nos membres traitent des patients dont l'état de santé s'envenime en raison du manque d'accès à des médicaments sur ordonnance à coût abordable. Lorsque des patients souffrent parce qu'ils ne peuvent payer leurs médicaments prescrits, cela s'avère coûteux pour le système de soins de santé. C'est aussi dévastateur pour les familles qui ont de la difficulté à joindre les deux bouts. C'est la raison fondamentale pour laquelle le personnel infirmier appuie un régime national universel d'assurance-médicaments.

En tant qu'organisation, nous nous inspirons des meilleures données disponibles avant de soumettre nos recommandations en matière de politiques. En se basant sur les données internationales, les experts de l'assurance-médicaments sont d'accord pour dire qu'un régime national pancanadien d'assurance-médicaments, assorti d'un système à payeur unique, d'un formulaire national, et intégré à notre régime d'assurance-maladie, se traduirait en avantages tangibles, notamment par rapport au pouvoir d'achat du Canada et à la viabilité du système de soins de santé. De plus, un tel régime tiendrait compte de l'accès aux médicaments, ainsi que de la pertinence et de l'innocuité du médicament prescrit. Il s'agit d'éléments prioritaires pour les syndicats infirmiers étant donné l'impact sur les patients. Plusieurs différents modèles de régime d'assurance-médicaments sont proposés. Toutefois, il est essentiel que tout régime soit fondé sur les meilleures données disponibles, et qu'il tienne compte de toutes les répercussions sur le plan économique, sociétal et de la santé.

Valeur

En 2014, la FCSII a publié *Vers une politique rationnelle de l'assurance-médicaments au Canada*.[1] Cet ouvrage fondamental présente les arguments économiques en faveur de l'assurance-médicaments, notamment des économies potentielles de 9 à 11 milliards de dollars si un tel régime est complètement mis en œuvre. En 2015, un article intitulé *Estimated Cost of Universal Public Coverage of Prescription Drugs in Canada*[2] a été publié par l'Association médicale canadienne dans le *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*. Selon cet article, une couverture publique universelle permettrait au Canada de réduire ses dépenses totales en médicaments sur ordonnance de 7,3 milliards de dollars, sans compter les économies substantielles pour le secteur privé, et tout cela à un coût net d'environ 1 milliard de dollars

pour le gouvernement fédéral. Certains ont avancé l'argument des coûts de transition prohibitifs mais les faiblesses inhérentes au système actuel coûtent, au Canada, des milliards à chaque année, et le système n'arrive pas à assurer l'accès aux traitements pharmacologiques nécessaires, et au médicament le plus avantageux et le plus pertinent pour le patient.

Près de 300 professeurs et leaders affiliés aux universités – et venant des secteurs des politiques de la santé, de l'économie de la santé, de la recherche sur les services de santé, de la médecine, de la pharmacie, des soins infirmiers, et de la psychologie – ont examiné et approuvé les recommandations de Pharmacare 2020,[3] y compris 12 membres de l'Ordre du Canada. Selon Pharmacare 2020, un régime public couvrant les médicaments serait fondé sur les éléments suivants :

1) Une couverture universelle de médicaments sélectionnés, à coût modique ou sans coût direct pour le patient; 2) La sélection et le financement des médicaments sur ordonnance nécessaires au niveau de la population, sans frais fondés sur les besoins (franchises, coassurances, ou primes établies selon le risque); 3) Un organisme public responsable chargé de gérer l'assurance-médicaments, et s'appuyant sur les meilleures données disponibles lors de la prise de décisions relatives à la couverture des médicaments, la prescription de médicaments, et le suivi des patients; 4) Le régime d'assurance-médicaments serait un système à payeur unique géré par un organisme public responsable afin d'assurer, aux Canadiens, les meilleurs résultats à partir d'un budget axé sur la transparence.[4]

Les experts s'entendent pour dire que le système fragmenté actuel, tel qu'il est structuré, est inefficace, inéquitable, non viable et un gaspillage d'argent.[5] Le système canadien d'assurance-médicaments pourrait être considéré comme une anomalie.

Si le Canada payait le même prix officiel pour les médicaments que le prix moyen payé par les pays de l'OCDE, les Canadiens économiseraient environ 25 % sur les médicaments brevetés. Bien que le Canada ait un régime public universel d'assurance-maladie, il est le seul pays au monde ayant exclu les médicaments sur ordonnance de ce système. C'est comme si les médicaments n'étaient pas un élément essentiel des soins de santé. Les régimes publics universels d'assurance-médicaments ne sont pas l'exception mais la règle parmi les pays de l'OCDE.[6] Les économies réalisées dans les régimes gouvernementaux de soins de santé pourraient être réinvesties dans le système de soins de santé au profit des personnes âgées, des peuples autochtones, et du Canadien sur cinq souffrant de maladie mentale.

Bien que le Canada ait un régime public universel d'assurance-maladie, il est le seul pays au monde ayant exclu les médicaments sur ordonnance de ce système. C'est comme si les médicaments n'étaient pas un élément essentiel des soins de santé. Les régimes publics universels d'assurance-médicaments ne sont pas l'exception mais la règle parmi les pays de l'OCDE.

Le Canada se classe avant dernier parmi tous les pays de l'OCDE par rapport au pourcentage de la population couverte par un régime public d'assurance-médicaments. Les États-Unis étant les derniers. Or, le Canada se classe deuxième, après les États-Unis, par rapport aux dépenses les plus élevées, par habitant, relativement aux produits pharmaceutiques. De 2000 à 2012, la croissance annuelle du coût, par habitant, des médicaments sur ordonnance a été plus forte que celle de tout autre pays développé similaire, dépassant même celle des États-Unis. De plus, le système hybride en place au Québec n'est pas un modèle pour le Canada car le Québec affiche le taux le plus élevé de croissance annuelle du coût, par habitant, des médicaments sur ordonnance (2000-2012), un taux plus élevé que celui pour l'ensemble du Canada.[7] En fait, le Québec affiche le coût, par habitant, le plus élevé parmi les provinces canadiennes, et les employeurs et les employés paient de fortes primes, ce qui réduit la compétitivité du Québec.[8]

Malgré les mesures prises par les provinces pour l'achat en masse coordonné, le Canada n'est pas arrivé à contenir l'escalade des coûts des produits pharmaceutiques. Jusqu'à maintenant, peu d'économies ont été réalisées par les provinces par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Depuis 2010, les provinces, sauf le Québec, négocient collectivement le prix des médicaments. Récemment, le Québec et le gouvernement fédéral se sont joints aux négociations. Toutefois, ces négociations ciblent seulement les achats par les régimes publics d'assurance-médicaments qui couvrent moins de 50 % des dépenses en médicaments prescrits dans chaque province.[9] Le Canada a besoin d'un système complet couvrant tous les médicaments sur ordonnance, soit un système qui diminue vraiment les coûts tout en assurant l'accès aux médicaments et la pertinence du médicament prescrit.

Les études internationales et les analyses de comparaison le démontrent : le pouvoir d'achat serait maximisé grâce à un système pancanadien à payeur unique, fondé sur un formulaire national de médicaments sélectionnés pour la couverture universelle. Intégrer un tel programme à notre régime d'assurance-maladie permettrait d'améliorer la cueillette et l'analyse d'ensembles de données liées à la santé et, ainsi, améliorer la capacité de toutes les provinces et des territoires à s'appuyer sur des politiques de partage des risques fondées sur les données probantes.[10]

Une étude, menée en 2014, établit à 82 % (2012) le coefficient de perte liée aux soins médicaux (soit le pourcentage de revenu tiré des primes et versé en indemnités) par les assureurs privés. L'Association canadienne des compagnies d'assurances des personnes (CHLIA) confirme la pertinence de ce chiffre pour 2012, et indique un ratio moyen de perte liée aux soins médicaux de 85 % entre 1997 et 2012. Le 15 à 18 % qui reste est versé en profits et dividendes et couvre les frais administratifs (ce qui comprend le personnel, le traitement des demandes, la publicité, etc.).[11] Ce chiffre est encore substantiellement inférieur aux ratios de perte liée aux soins médicaux des régimes publics.[12] De toute évidence, qu'importent les sommes exactes des frais administratifs des assureurs privés, les régimes publics sont plus efficaces que les régimes privés si l'on met l'accent sur le fait d'offrir une véritable valeur aux Canadiens par rapport à la couverture des produits pharmaceutiques.

Analyse de rentabilité d'un régime national d'assurance-médicaments

Les entreprises, les syndicats et les gouvernements municipaux s'unissent autour du besoin d'un régime national d'assurance-médicaments car les données économiques continuent de faire valoir l'influence positive d'un système public à payeur unique sur l'économie canadienne.

Selon Jim Stanford, le plus éminent économiste du travail au Canada, les soins de santé publics sont un atout majeur pour attirer des investissements au Canada. Il ajoute qu'intégrer un régime universel d'assurance-médicaments à notre système actuel de soins de santé augmenterait la compétitivité du Canada à l'échelle internationale.

> *Selon mon jugement en qualité d'économiste ayant plus de deux décennies d'expérience dans le secteur de l'automobile et autres secteurs manufacturiers stratégiques, la mise en œuvre d'une couverture publique des médicaments sur ordonnance (en plus de son efficacité évidente et des avantages sur le plan social) serait un atout important par rapport aux efforts continus pour attirer et maintenir les investissements des entreprises privées dans les industries de grande valeur et se retrouvant partout dans le monde (par exemple les produits de l'automobile).*
>
> *Un facteur intéressant par rapport au Canada comme lieu pouvant attirer des investissements transnationaux, est l'impact de notre système de soins de santé sur la comparaison des coûts de production dans le monde. Aux États-Unis (notre plus grand partenaire et proche compétiteur), les dépenses de santé couvertes par les employeurs sont une composante importante des dépenses totales liées à la main-d'œuvre. Aux États-Unis, les primes des compagnies d'assurances privées de grande qualité couvrant les soins médicaux peuvent facilement ajouter 20 000 $ (US), ou 10 $ par heure normale de travail, au coût pour embaucher un travailleur qualifié ou un professionnel. Par ailleurs, au Canada, les services de santé de base sont dispensés par le système public de soins de santé, et financés principalement par les impôts des Canadiens. Cette approche offre plusieurs avantages : elle engendre un système beaucoup plus efficace (générant ainsi de meilleurs résultats de santé et à un coût inférieur), et qui est plus accessible et inclusif (assurant une couverture presque complète). Un autre avantage des soins de santé publics est le fait que le coût des soins de santé n'est plus la responsabilité directe des employeurs mais est plutôt financé collectivement par l'assiette fiscale de l'ensemble de la société. Ainsi, les coûts liés à la santé ont beaucoup moins tendance à décourager les employeurs et les investissements privés.*
>
> *Toutefois, la valeur de cet « avantage santé » a été réduit dans les dernières années en raison de l'importance relative et croissante des dépenses en médicaments sur ordonnance par rapport aux dépenses totales de santé. L'efficacité et l'équité des soins de santé publics au Canada sont fragilisées lorsqu'une proportion croissante (30 % et plus) des dépenses totales de santé sont maintenant liées aux dépenses en médicaments sur ordonnance qui sont encore fournis par le privé (et, par conséquent, ajoute une somme importante et croissante au coût pour embaucher des travailleurs au Canada),*

Examinons l'impact des coûts des assurances pour soins médicaux sur l'industrie de la construction d'automobiles. Le Canada subit une forte concurrence des autres pays dans ce secteur (y compris les États-Unis), et chaque pays est déterminé à augmenter sa production et les emplois dans ce secteur vital de grande valeur… L'industrie sera à une croisée importante dans les années qui viennent et devra se mériter les engagements de constructeurs mondiaux d'automobiles relativement à de nouveaux investissements de capitaux et pour obtenir leurs produits dans les installations canadiennes. Au taux de change actuel, les coûts de la main-d'œuvre au Canada (toutes les dépenses liées à la main-d'œuvre, y compris les salaires, les primes, les avantages sociaux, le coût des heures chômées et rémunérées, et les paiements législatifs versés au gouvernement) sont attrayants comparativement à ceux des États-Unis mais ils sont beaucoup plus élevés qu'au Mexique. Les constructeurs d'automobiles s'inquiètent car si la valeur du dollar canadien augmente de nouveau, s'installer au Canada sera alors plus coûteux. D'autres pays (comme le Mexique) attirent en faisant valoir le faible coût lié à la main-d'œuvre, alors que les États-Unis dépendent grandement des grosses subventions du gouvernement pour obtenir de nouveaux projets. Les principaux acteurs canadiens déploient de gros efforts pour faire valoir les avantages d'investir et de s'installer au Canada. En se basant sur les données internes des compagnies, le coût, par heure travaillée, des soins de santé (y compris les avantages supplémentaires, dont la couverture des médicaments) dans les usines de construction d'automobiles, est d'environ 5 $ l'heure travaillée. C'est plus bas au Canada qu'aux États-Unis où les constructeurs d'automobiles assument des coûts beaucoup plus élevés pour les assurances privées de leurs employés.

Le Canada évolue au sein d'une économie internationale très concurrentielle. Pour assurer le succès futur de notre commerce international, de notre productivité et de nos revenus, il est essentiel, pour le Canada, de maintenir et augmenter la place occupée par les industries stratégiques de grande valeur et axées sur l'exportation… Dans cette lutte pour obtenir des investissements, le Canada doit se constituer un dossier relatif aux investissements qui soit complet, attrayant, et qui doit aussi être viable et en harmonie avec nos valeurs sociales et nos priorités. Il n'y a aucune raison de participer à une « course vers le bas » avec d'autres pays pour déterminer quel pays peut réduire le plus le coût de la main-d'œuvre : nous ne pourrions jamais gagner cette course et, en qualité de société, nous perdrions davantage même si on « gagnait ». Il est préférable de soumettre une « proposition de valeur » aux investisseurs, une proposition qui prend racine dans la qualité, la productivité, l'innovation et l'inclusion.

En assurant, dans l'avenir, la couverture de toutes les dépenses de santé nécessaires (y compris les médicaments sur ordonnance), et en vertu des mêmes principes que ceux du régime public d'assurance-maladie, un régime public d'assurance-médicaments permettrait de consolider les avantages économiques des soins de santé publics dans la lutte pour attirer des investissements dans les industries cruciales et transnationales.[13] [Traduction]

La Fédération canadienne des municipalités (FCM), qui représente 90 % de la population municipale, a adopté, en 2016, une motion demandant au gouvernement fédéral de collaborer avec les provinces et les territoires pour élaborer et mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments en raison des avantages économiques et sur le plan de la santé.[14]

À la fin mai 2016, la Chambre de commerce de la Colombie-Britannique a aussi adopté une motion qui demande avec instance au gouvernement fédéral de créer un régime universel d'assurance-médicaments qui évite de transférer les coûts aux entreprises comme cela se fait au Québec.[15]

« Notre système fragmenté de couverture des médicaments au pays réduit l'accès aux médicaments, diminue notre pouvoir d'achat, représente un dédoublement des frais administratifs, et isole la gestion des produits pharmaceutiques de la gestion des soins médicaux et hospitaliers », précise Anita Huberman, PDG de la Chambre de commerce de Surrey et qui a présenté la motion. « De plus, cela coûte, inutilement, des millions de dollars à chaque année aux entreprises canadiennes », ajoute-t-elle.[16] [Traduction des citations]

Innocuité et pertinence

Récemment, l'Association médicale canadienne a mis en relief la campagne Choisir avec soin.[17] Il s'agit d'un programme remarquable visant à faciliter le dialogue entre médecins et patients au sujet des tests, des traitements et des procédures qui ne sont pas nécessaires. Rien de mieux pour commencer que les médicaments sur ordonnance car le marketing et le lobbying, et non pas l'innocuité et la pertinence, déterminent souvent les taux de consommation. Lors du récent déjeuner parlementaire organisé par la FCSII, Kevin McNamara, ancien sous-ministre de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, a précisé qu'il était inutile de dispenser des médicaments sur ordonnance qui ne présentent aucun avantage et qui pourraient même nuire au patient. Il faut mettre davantage l'accent sur l'efficacité du médicament prescrit.[18]

Prescrire des médicaments non pertinents, et pouvant s'avérer dangereux, est une situation touchant particulièrement les personnes âgées présentant plusieurs maladies chroniques et ayant plusieurs médicaments prescrits. Par exemple, selon un rapport de 2014 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), parmi les personnes âgées couvertes par des régimes publics d'assurance-médicaments, 63,8 % d'entre elles vivant dans des établissements de soins de longue durée du pays avaient une ordonnance pour un médicament sur la liste Beers, soit le répertoire de médicaments jugés potentiellement non recommandés pour les personnes âgées en raison de leur manque d'efficacité et d'une augmentation du risque d'effets indésirables. Les antipsychotiques étaient parmi les médicaments les plus prescrits sur cette liste malgré le fait qu'ils soient liés à des décès chez les personnes souffrant de démence. Plus de 30 % des aînés des établissements de soins de longue durée consommaient plusieurs médicaments de la liste Beers.[19] Selon un rapport récent, le coût, en 2013, de médicaments non pertinents prescrits hors de l'hôpital est estimé à 75 $ par Canadien âgé, soit un total de 419 millions de dollars, et plus d'une personne sur trois faisait exécuter au moins une ordonnance pour un médicament sur la liste Beers. Lorsqu'on ajoute les dépenses indirectes de santé, par exemple le risque accru de chutes, de fractures et d'admissions à l'hôpital, le coût estimé, pour le système de soins de santé, était de 1,4 milliards de dollars en 2013.[20]

Ces données accentuent le besoin d'une plus grande rigueur scientifique et de transparence dans le cadre d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques au Canada. Cela

permettrait de recueillir, évaluer et communiquer, de façon régulière, les données sur l'innocuité et l'efficacité du produit pendant tout son cycle de vie. Cet engagement, de la part du gouvernement fédéral, fournirait des informations cruciales aux fournisseurs de soins, patients et organismes de réglementation grâce à un réseau central de données nationales facilement accessibles. Ainsi, la sélection des médicaments inscrits au formulaire national serait guidée par les meilleures données disponibles et par les objectifs les plus importants en santé publique.[21] En ne fournissant pas cette orientation et ces données nécessaires, notre système actuel laisse tomber les patients et les fournisseurs de soins.

Équité et accès

De la perspective des travailleurs, adopter un régime d'assurance-médicaments se traduirait en limites par rapport au formulaire ouvert actuellement utilisé par les compagnies d'assurances. Cela dit, les assureurs vont s'adapter et offrir des produits qui permettent l'accès à une plus vaste gamme de médicaments, tout comme ils couvrent des soins médicaux non couverts par l'assurance-maladie. Les assureurs privés vont continuer à faire partie de notre système de soins de santé sous une forme quelconque mais ce ne sera plus 60 % de la couverture des médicaments qui sera gérée par des intérêts privés, à coût élevé et sans couverture universelle. Les gouvernements doivent s'assurer que le système de soins de santé assure la santé de tous, plus particulièrement la santé des plus vulnérables, notamment les personnes âgées, les peuples autochtones et les personnes vivant dans la pauvreté.

En 2013, près du quart (23,9 %) des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance étaient payées de la poche des ménages et des individus.[22] Ces dépenses ont augmenté en moyenne de 33 % (en dollars constants) entre 1997 et 2009, mais l'augmentation des coûts a été beaucoup plus importante pour les ménages à faible revenu : 21 % pour le 20 % des personnes les plus riches, comparativement à 64 % pour le 20 % des personnes les plus pauvres.[23] Selon un sondage mené par Angus Reid en 2015, ces coûts étaient plus élevés au Québec où 32 % ont payé 500 $ et plus de leur poche.[24]

Selon le sondage mené par Angus Reid, plus d'un (1) Canadien sur cinq (5) mentionne qu'au cours de la dernière année, lui ou un membre de sa famille n'a pas pris les médicaments tels que prescrits ou ne les a pas achetés en raison du coût. En Colombie-Britannique la proportion est de 29 %, probablement en raison des obstacles à l'accès engendrés par la couverture des médicaments onéreux dans cette province. Selon le même sondage, 91 % de la population appuient un régime national d'assurance-médicaments au Canada, et 87 % sont en faveur d'ajouter les médicaments sur ordonnance à la couverture prévue dans le cadre du régime universel d'assurance-maladie.[25]

Selon une étude menée en 1996, le taux d'admissions à l'hôpital en raison de ne pas avoir pris le médicament tel que prescrit était de 6,5 %.[26] Au Canada, le coût total lié au non-respect de l'ordonnance était, selon les estimations, de 7 à 9 milliards de dollars par année et de 125 000 décès.[27] La population vieillissante affiche une croissance rapide et il est probable que la situation se soit envenimée dans les années suivant ces études. Le fait que la personne ne prenne pas

adéquatement le médicament prescrit ou ne fait pas exécuter l'ordonnance s'explique non seulement par le coût actuel du médicament mais aussi par les frais d'exécution d'ordonnances, les quotes-parts, et les franchises.

Un régime couvrant les médicaments onéreux n'est pas la réponse aux obstacles inhérents à l'accès. Plusieurs études démontrent que les franchises qui accompagnent les régimes couvrant les médicaments onéreux sont des obstacles quand vient le temps de faire exécuter l'ordonnance. Par exemple, en Colombie-Britannique – province ayant adopté, en 2003, la couverture des médicaments onéreux à la fois pour les personnes âgées et celles qui ne sont pas âgées – les personnes âgées sont plus susceptibles de ne pas faire exécuter leur ordonnance en raison du coût et courent ainsi le risque d'être admises à l'hôpital. Les franchises des régimes couvrant les médicaments onéreux sont très élevées, et sont essentiellement une taxe pour les personnes ayant d'importants besoins en matière de soins, ce qui comprend la plupart des personnes âgées. Les régimes couvrant les médicaments onéreux sont, proportionnellement, un plus grand fardeau financier direct sur les personnes à faible revenu, et ils augmentent les coûts pour les employeurs (comme le démontre ce qui se passe en C.-B.). Ils s'accompagnent encore de frais administratifs élevés car il y a plusieurs joueurs, la plupart étant des compagnies à but lucratif. Les systèmes à payeurs multiples coûtent généralement 10 % de plus que les systèmes à payeur unique en raison des frais administratifs supplémentaires. De plus, les régimes couvrant les médicaments onéreux ne tiennent pas compte de la pertinence et de l'innocuité parce que le formulaire du gouvernement touche seulement une minorité de patients et seulement après paiement des franchises très élevées. La plupart des patients ne seront pas couverts, ce qui limite le pouvoir d'achat du gouvernement, et n'encourage pas les pratiques de prescription fondées sur les données probantes et axées sur l'innocuité et la pertinence du médicament.[28,29]

Nous pouvons faire mieux et nous devons faire mieux parce que, littéralement, les patients sont en train de mourir en raison de notre défaut d'agir. En qualité de professionnels de la santé œuvrant aux premières lignes, nous entendons des histoires à chaque jour. Les infirmières et les infirmiers du Canada demandent au gouvernement fédéral d'exercer un leadership immédiatement par rapport à un régime national d'assurance-médicaments. Les données, recueillies depuis plus de deux décennies, nous permettent de tirer une seule conclusion : le temps est venu d'agir!

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) est la plus grande organisation infirmière au Canada, et représente près de 200 000 infirmières, infirmiers, étudiants et étudiantes en sciences infirmières. La FCSII lutte pour obtenir une discussion, à l'échelle nationale, sur les priorités du secteur de la santé, notamment un régime national d'assurance-médicaments, une approche globale en matière des soins continus et de longue durée, une attention plus marquée aux ressources humaines en santé, et un engagement du gouvernement fédéral par rapport à l'avenir des soins de santé publics.

Ce que vivent nos patients

Mon père a arrêté de prendre son Lipitor (sans que je le sache) parce qu'il coûtait trop cher. Il n'avait pas de régime de retraite et vivait avec ma mère. Leur seul revenu venait du RPC et de la SV. Il est mort d'une crise cardiaque à 69 ans.

Un de mes patients ne pouvait gérer son diabète parce qu'il travaillait comme agent de sécurité pour la ville. Son salaire était trop élevé pour qu'il soit admissible à une réduction du coût des médicaments mais n'était pas suffisant pour payer les médicaments qui lui étaient prescrits.

Ma patiente, une femme âgée, ne mange pas bien. Elle ne peut pas payer ses médicaments et, en même temps, acheter suffisamment de nourriture. Chaque jour, elle est devant ce dilemme : peut-elle continuer à payer le traitement…

Une patiente avait besoin de médicaments contre l'anxiété. Son mari avait un emploi mais son salaire était saisi en raison d'une dette. Sur papier, ils avaient un bon revenu mais elle ne pouvait se procurer les médicaments dont elle avait besoin parce qu'ils n'avaient pas d'argent.

Mon patient – 28 ans – a perdu son emploi dans un champ de pétrole et a aussi perdu sa couverture des médicaments pour son ulcère d'estomac. Il s'est retrouvé à l'urgence avec une douleur atroce qui durait depuis des semaines. Tests multiples, quatre (4) heures de chirurgie, et 5 à 7 jours à l'hôpital… tout cela parce qu'il n'avait pas les moyens de payer ses médicaments.

Un Canadien sur 10 ne peut payer ses médicaments sur ordonnance…

Imaginez seulement combien de millions de Canadiens ont des histoires similaires à partager…

Références

[1] Gagnon, M.-A. (2014). *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*. Ottawa: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII).

[2] Morgan, S.G., M. Law, J. R. Daw, L. Abraham et D. Martin. (2015). Estimated Cost of Universal Public Coverage of Prescription Drugs in Canada. *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ), 187(7): 491–97. doi:10.1503/cmaj.141564.

[3] Morgan, S.G., D. Martin, M.-A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw et J. Lexchin. (2015). *Pharmacare 2020: The Future of Drug Coverage in Canada* (pp. 23). Vancouver: Pharmaceutical Policy Research Collaboration.

[4] Idem.

[5] Gagnon, M.-A. (2014). *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*. Ottawa: FCSII.

[6] FCSII. (31 mai 2016). *Résumé du déjeuner parlementaire organisé par la FCSII. Exécuter l'ordonnance : arguments pour la mise en œuvre immédiate de l'assurance-médicaments.* 31 mai 2016.
Tiré de : https://fcsii.ca/sites/default/files/fr_summary_cfnu_parl._breakfast_on_pharmacare_may_31_2016.pdf

[7] Idem.

[8] Gagnon, M.-A. (2015, June 26). Quebec should not be the model for national pharmacare. *Globe and Mail*. Tiré de http://www.theglobeandmail.com/opinion/quebec-should-not-be-the-model-for-national-pharmacare/article25135678/

[9] Morgan, S.G., Gagnon, M.-A., Mintzes, B. et Lexchin, J. (2016). A Better Prescription: Advice for a national strategy on pharmaceutical policy in Canada. *Healthcare Policy*, 12 (1). doi:10.12927/hcpol.2016.24637.

[10] Idem.

[11] Law, M., Kratzer, J., Dhalla, I. (2014). The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. [Letters to the Editor] *Canadian Medical Association Journal, 186(12): 470-474.* doi: 10.1503/cmaj.130913.

[12] Woolhandler, S., Campbell, T., Himmelstein, D.U. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine*, 349(8): 768-75.

[13] Stanford, J. (2016). Commentaires de Jim Stanford sur le régime d'assurance-médicaments, rédigés dans une lettre adressée à la FCSII. Lettre non publiée.

[14] Canadian Doctors for Medicare. (7 juin 2016). *Support for pharmacare escalates in Canada* (communiqué de presse). Tiré de http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/Press-Releases/support-for-pharmacare-escalates-in-canada.html

[15] Idem.

[16] Idem.

[17] http://www.choisiravecsoin.org/

[18] FCSII. (31 mai 2016). *Résumé du déjeuner parlementaire organisé par la FCSII. Exécuter l'ordonnance : arguments pour la mise en œuvre immédiate de l'assurance-médicaments.* 31 mai 2016. Tiré de :
https://fcsii.ca/sites/default/files/fr_summary_cfnu_parl._breakfast_on_pharmacare_may_31_2016.pdf

[19] Institut canadien d'information sur la santé. (2014). Corrections apportées au rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2012*. Tiré de https://www.cihi.ca/en/corr_drug_use_oct2012_fr.pdf

[20] Morgan, S.G., Hunt, J., Rioux, J, Proulx, J.,Weymann, D., et Tannenbaum, C. (2016). Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: a cross-sectional study. *CMAJ Open*, 4(2): E346-E350. DOI:10.9778/cmajo.20150131.

[21] Morgan, S.G., Gagnon, M.-A., Mintzes, B. et Lexchin, J. (2016). A Better Prescription: Advice for a national strategy on pharmaceutical policy in Canada. *Healthcare Policy*, 12 (1). doi:10.12927/hcpol.2016.24637.

[22] Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2012 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*. Ottawa: Auteur.

[23] *Sanmartin,* C., D. Hennessy, Y. Lu and M. R. Law *et al.* (2014). *Tendances des frais de santé non remboursés au Canada, selon le revenu du ménage, 1997 à 2009.* Ottawa: Statistique Canada. Avril 2014.

[24] Angus Reid Institute. (2015). *Prescription Drug Access and Affordability an Issue for Nearly a Quarter of All Canadian Households*. Vancouver: Angus Reid Institute.

[25] Idem.

[26] Coambs, R.B. (1995). *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences and health cost of noncompliance & inappropriate use of prescription medication in Canada.* Pharmaceutical Manufacturing Association of Canada.

[27] De Vera, M. (2013). How do you solve a problem like medication non-adherence? *BC Medical Journal*, July 15, 2013. Tiré de http://www.bcmj.org/blog/how-do-you-solve-problem-medication-non-adherence

[28] Morgan, S.G., Daw, J., Law, M. (2014). *Are Income-Based Public Drug Benefit Programs Fit for an Aging Population?* Ottawa: Institut de recherche en politiques publiques. Tiré de http://irpp.org/fr/research-studies/study-no50/

[29] Morgan, S.G. (8 janvier 2016). *Notes on Catastrophic Pharmacare*. FCSII, non publié.