Ordonnance pour une meilleure santé : les Canadiens et Canadiennes ont besoin d'un régime national d'assurance médicaments

The Council of Canadians
Le Conseil des Canadiens

Remerciements

Ce rapport a été élaboré et rédigé par Michael Butler, responsable de campagne pour la santé, Conseil des Canadiens.

Ordonnance pour une meilleure santé : les Canadiens ont besoin d'un régime national d'assurance médicaments est publié en vertu de la licence Creative Commons Attribution-Non commercial-Partage à l'identique 4.0

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 4

Une histoire qui n'est pas terminée 4

L'évolution des coûts des médicaments sur ordonnance 5

La nouvelle réalité des grandes pharmaceutiques 6

Notre système fragmenté désavantage les Canadiens et Canadiennes 8

Sacrifier sa santé au nom des brevets 11

Un meilleur modèle, une meilleure médecine 14

Des Canadiens et Canadiennes meurent faute de moyens pour se soigner 15

Une liste nationale : traçabilité, innocuité, pertinence, rentabilité 16

L'influence des grandes pharmaceutiques sur les professionnels de la santé publique 18

Des essais cliniques déficients : il nous faut de meilleures preuves 20

Exercer un meilleur contrôle sur les prix 22

Santé Canada et les grandes pharmaceutiques 23

Les Canadiens et Canadiennes réclament un régime national d'assurance médicaments 26

Le meilleur moment pour agir est maintenant 26

Notes 28

INTRODUCTION

Dans un système de santé moderne, les médicaments sur ordonnance utilisés de façon adéquate sont une composante essentielle de la santé et du bien-être. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que tous les pays devaient assurer l'accès universel aux médicaments nécessaires par le biais de politiques pharmaceutiques qui vont de pair avec un système universel de soins de santé plus général.[1] Les lacunes du système actuel creusent les inégalités au lieu de les aplanir, étant donné que [traduction] « le système universel de soins de santé canadien n'est pas aussi égalisateur que l'on voudrait croire. »[2]

Nous entendons souvent parler de grandes sociétés pharmaceutiques qui augmentent les prix de médicaments permettant de sauver la vie, pendant que les patients subissent les conséquences de cette cupidité sans bornes. Le moment est venu d'adapter la couverture des médicaments du Canada aux réalités du 21e siècle et de garantir une assurance médicaments pour tout le monde — un système qui fait passer les gens avant les profits. Les Canadiennes et les Canadiens d'un océan à l'autre savent qu'un régime d'assurance médicament national aurait dû être instauré depuis longtemps. Le moment est venu pour le gouvernement fédéral de concrétiser la vision de Tommy Douglas à l'égard d'un régime d'assurance médicaments équitable, sûr et efficace pour tout le monde.

Le débat sur le régime national d'assurance médicaments porte non seulement sur les économies de coûts substantielles qu'un tel régime générerait, mais également sur la nécessité de concrétiser le droit à l'universalité des soins de santé pour tout le monde au Canada. Cette pierre angulaire fondamentale de notre régime d'assurance maladie, qui repose sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer, est aussi importante aujourd'hui qu'elle l'était il y a plus de dix ans. Personne ne devrait être contraint de choisir entre nourrir sa famille, payer son loyer ou se procurer les médicaments dont il a besoin. Tous les Canadiens et Canadiennes devraient avoir un accès équitable à des médicaments d'ordonnance sûrs, efficaces et médicalement nécessaires. Le moment est venu de terminer la rédaction du dernier chapitre de l'histoire de l'assurance maladie.

UNE HISTOIRE QUI N'EST PAS TERMINÉE

Le Canada a l'unique distinction d'être le seul pays doté d'un régime public et universel de soins de santé qui n'assure pas aussi la prise en charge des coûts des médicaments sur ordonnance. Depuis les années d'après-guerre, de nombreux pays comparables ont intégré un régime national d'assurance médicaments à leur régime de soins de santé, étant donné que de nombreux citoyens ne bénéficiaient pas d'une assurance médicaments adéquate. Dans ces pays, trois générations ont pu bénéficier de l'assurance médicaments mise en place par leur gouvernement. Pendant ce temps, les Canadiens et Canadiennes paient de plus en plus cher, tout en ayant de moins en moins accès aux médicaments dont ils ont besoin.

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé — dite « Commission Hall », du nom de son président et juge de la Cour suprême de la Saskatchewan Emmett Hall — recommandait l'instauration d'un régime national d'assurance médicaments. Le juge Hall affirmait que [traduction] « considérant le coût élevé de plusieurs des nouveaux médicaments permettant de sauver et de prolonger la vie, de soulager la douleur et de prévenir la maladie, les médicaments sur ordonnance devraient être couverts par le régime public de soins de santé. »[3] Pourtant, à ce jour, l'assurance médicaments demeure l'une des principales pièces manquantes de notre système d'assurance maladie.

Depuis, de multiples recommandations ont été formulées faisant régulièrement appel à la mise en œuvre d'une couverture universelle pour les médicaments sur ordonnance — depuis le Forum national sur la santé, convoqué par Jean Chrétien en 1997, jusqu'à la Commission Romanow, en 2002.[4] La Commission Romanow avait spécifiquement recommandé que tous les gouvernements au Canada travaillent de concert afin d'intégrer les médicaments sur ordonnance médicalement nécessaires à la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui aurait permis d'instaurer des normes nationales pour l'accès universel. Notamment, il recommandait [traduction] « la création d'une agence nationale du médicament chargée de coordonner la vaste gamme de politiques et de réglementations en matière de produits pharmaceutiques, y compris pour évaluer les nouveaux médicaments, négocier les prix des médicaments et les décisions liées à la couverture, surveiller l'innocuité et l'efficacité des médicaments, et fournir l'information aux patients. »[5] En dépit de l'accumulation de preuves et d'appels à modifier les politiques, peu de progrès ont été accomplis vers l'instauration d'un régime universel d'assu-

rance médicaments pour les Canadiens et Canadiennes.

Les médicaments utilisés aux soins intensifs dans les hôpitaux sont financés à 100 pour cent par les fonds publics, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, mais il n'existe aucune norme nationale pour la prise en charge des coûts des médicaments sur ordonnance utilisés *hors* des hôpitaux canadiens. La réglementation des produits pharmaceutiques, la réglementation de la mise en marché des produits pharmaceutiques, la détermination des droits de propriété intellectuelle ainsi que l'adoption des politiques qui portent sur la disponibilité, le prix et l'utilisation des médicaments sont de compétence fédérale. Par conséquent, puisque la majeure partie des coûts générés par les politiques fédérales incombent aux provinces, c'est souvent une source de friction entre les deux ordres de gouvernement.[6]

Encore aujourd'hui, les partisans d'une réforme de la politique en matière de santé des deux ordres de gouvernement, les défenseurs du système de santé publique et le grand public continuent de plaider pour la mise en œuvre d'un régime universel d'assurance médicaments, ce qui témoigne de la force du sentiment que suscite l'instauration d'une assurance médicaments plus efficiente et plus équitable au Canada. Cela démontre que nous ne sommes pas disposés à tourner le dos à cette bonne idée.[7]

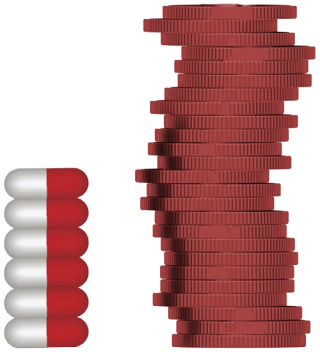
L'ÉVOLUTION DES COÛTS DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Le contexte des soins de santé au Canada est en pleine évolution.

> *Avant les années 1980, les coûts des médicaments d'ordonnance représentaient une proportion relativement faible des dépenses en santé. Les années 1980 furent la scène d'une rapide croissance du secteur pharmaceutique en raison de facteurs multiples, comme les progrès scientifiques et technologiques en pharmacologie, des changements dans la taille de la population, les caractéristiques démographiques et l'état de santé, de même qu'à la suite de l'évolution des lois sur les brevets et des innovations dans la mise en marché des produits pharmaceutiques.*[8]

Il convient de souligner que les provinces canadiennes collaborent depuis 2010 au sein d'un groupe appelé l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) dans le but de réduire le coût des médicaments par le biais d'une initiative d'achats groupés. Depuis mars 2015, cet effort de collaboration a permis de conclure 63 négociations communes sur des médicaments novateurs et d'obtenir des réductions de prix pour 14 médicaments génériques, pour des économies annuelles combinées de 490 millions de dollars.[9] Bien que cela peut sembler substantiel, ce n'est que la partie émergée de l'iceberg quand on parle du potentiel d'économies.

Les faits entourant la situation actuelle sont clairs. Les médicaments sur ordonnance et en vente libre sont devenus l'un des trois principaux facteurs contribuant aux dépenses en santé au Canada.[10] Les dépenses totales pour les médicaments sur ordonnance ont presque quadruplé depuis les années 1990, dont 42 pour cent sont financées par le secteur public et 23 pour cent payées de la poche des patients. Le coût des médicaments sur ordonnance par habitant s'est multiplié par cinq depuis 1984.[11] En 2016, les Canadiens et Canadiennes feront exécuter plus de 600 millions d'ordonnances pour des dépenses qui s'élèveront à plus de 30 milliards de dollars.[12] C'est quatre fois plus que ce que nous avons dépensé pour des médicaments sur ordonnance il y a 20 ans. Aucune autre composante du système de santé canadien n'a vu ses coûts augmenter aussi rapidement.[13]



En 2016, les Canadiens feront exécuter plus de 600 millions d'ordonnances pour un coût supérieur à 30 milliards de dollars.

LA NOUVELLE RÉALITÉ DES GRANDES PHARMACEUTIQUES

Il semble qu'un mois sur deux voit naître un nouveau scandale au sud de la frontière où il est question de gonflement des prix ou de comportement prédateur impliquant les grandes sociétés pharmaceutiques. À titre d'exemple, Martin Shkreli et la société Turing ont augmenté le prix du comprimé de pyriméthamine — un vieux médicament utilisé pour traiter un type d'infection parasitaire qui attaque le cerveau des patients immunodéprimés (souvent porteurs du VIH) — de 13,50 $ à 750 $, soit une augmentation de plus de 5000 pour cent.[14] Dans un autre cas, Health Bresch et sa société Mylan ont augmenté le prix de l'autoinjecteur EpiPen à plus de 600 $ pour deux doses immédiatement avant la rentrée scolaire, alors que les parents renouvelaient les EpiPens de leurs enfants d'âge scolaire.[15] Chaque EpiPen contient pour environ 1 $ d'hormone épinéphrine. Grâce à cette hausse des prix, EpiPen est [traduction] « en voie de devenir un produit à 1 milliard de dollars par année qui écrase toute concurrence et compte pour environ 40 pour cent des bénéfices de Mylan. »[16] Ce capitalisme vulgaire constitue la stratégie de l'industrie et ces entreprises ne sont pas des petits joueurs marginaux.

Par conséquent, le secteur pharmaceutique accapare une grande part des budgets de santé des gouvernements, dont le cinquième de l'ensemble du budget de santé des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) alloué aux médicaments. Les dépenses mondiales en médicaments [traduction] « devraient croître à un taux composé annuel de 4 à 7 pour cent au cours des cinq prochaines années pour atteindre un total de 1,3 billion de dollars d'ici 2018. »[17]

Les bénéfices des sociétés pharmaceutiques ont une avance considérable sur ceux des autres industries. En 2010, les géants pharmaceutiques ont engrangé trois fois plus de bénéfices que toutes les autres sociétés du classement Fortune 500 combinées.[18] Au premier trimestre de l'année 2016, plus des deux tiers des 20 plus grandes sociétés pharmaceutiques ont eu recours à des hausses de prix pour générer une plus forte croissance du chiffre d'affaires.[19]

À titre d'exemple, les ventes de l'anti-inflammatoire humira, fabriqué par AbbVie, ont augmenté de 32 pour cent pour atteindre 2,2 milliards de dollars au premier trimestre.[20] Au cours des cinq dernières années aux États-Unis, les 10 médicaments les plus vendus ont tous enregistré une hausse de prix d'au moins 50 pour cent. Johnson & Johnson a augmenté le prix catalogue de son anti-inflammatoire remicade, utilisé dans les maladies autoimmunes, de 63 pour cent, tandis qu'Amgen a plus que doublé le prix catalogue d'enbrel.[21] Les prix des médicaments contre le cancer ont également enregistré une hausse considérable. Un médicament contre le cancer à 10 000 $ par mois est désormais la nouvelle norme aux États-Unis. Un nouveau médicament contre le cancer coûtait moins de 2000 $ par mois aux assureurs et aux patients en 2000; en 2014, il en coûtait 11 325 $.[22,23] Seulement en Ontario, les dépenses en médicaments contre le cancer — tant intraveineux qu'oraux — atteignaient 652 millions de dollars en 2014-2015, soit une augmentation de 20 pour cent par rapport à l'année précédente.[24]

Sofosbuvir, un médicament contre l'hépatite C fabriqué par Gilead Sciences, représentait une percée importante pour les patients, avec des taux de guérison de plus de 90 pour cent pour un traitement de trois mois. Ce médicament avait le potentiel d'éliminer l'hépatite C, qui figure parmi les maladies infectieuses les plus mortelles dans le monde. Elle touche principalement les populations vulnérables, comme les consommateurs de drogues intraveineuses ou les personnes atteintes du VIH/sida.[25] Son prix catalogue aux États-Unis s'élève à près de 100 000 $. Au Canada, les coûts liés aux antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C sont devenus un enjeu incontournable pour les régimes publics, les assureurs privés et les patients. Au deuxième trimestre de 2015, les ventes dépassaient les 182 millions de dollars pour une période d'un peu plus de deux ans.[26] Au Canada et à l'échelle internationale, cela signifie que très peu de patients qui pourraient bénéficier de ces médicaments y auront accès, en particulier les plus vulnérables et ceux qui en ont le plus besoin. Le prix élevé des AAD n'a que peu de choses à voir avec leur coût de fabrication. Au contraire, le prix est le résultat direct de ce qu'on appelle le piège de la fixation des prix des médicaments.

Les économistes estiment que la majoration moyenne des prix pour les médicaments brevetés avoisine les 400 pour cent aux États Unis.[27] De nombreux autres médicaments nécessaires ont également connu une flambée des prix aux États-Unis. Le prix moyen de l'insuline pour traiter le diabète, par exemple, a bondi de 300 pour cent en 2002 et en 2013. Le prix du médicament isoprotérénol, utilisé pour traiter les maladies cardiaques, a bondi de 2500 pour cent en 2002, tandis que le prix de la digoxine, un médicament antihypertenseur, a grimpé de 637 pour cent.[28]

Contrairement à d'autres industries, rien ne limite la capacité des géants pharmaceutiques à augmenter leurs prix année après année.[29] Comme l'a souligné Médecins Sans Frontières,

[traduction] « le prix du gleevec (imatinib) de Novartis, utilisé dans le traitement de la leucémie, a triplé depuis 10 ans; Biogen a augmenté le prix d'un traitement pour la sclérose en plaques d'environ 16 pour cent par année pendant 10 ans à compter de 2005 avec un total de 21 hausses distinctes. Le 21 janvier 2016, Pfizer a arbitrairement relevé le prix de plus d'une centaine de médicaments aux États-Unis. Les hausses de prix constituent une stratégie qui permet aux grandes pharmaceutiques de maintenir leurs niveaux de revenus, et ce, même en l'absence de produits innovants et efficaces. »[30] Ceci est la triste réalité lorsque les forces du marché, déchaînées et sauvages, décident du degré d'accessibilité des médicaments.

Le Canada n'est pas à l'abri des problèmes qui affligent le système de santé des États-Unis. Après 20 ans d'inaction et diverses approches de gestion des coûts des médicaments, les prix des médicaments au Canada sont parmi les plus élevés au monde. Peu importe comment nous évaluons la situation, les Canadiens et Canadiennes dépensent plus qu'ils ne devraient pour se procurer des médicaments parce que nous n'avons pas de pouvoir de négociation dans un système aussi morcelé. Prenons comme exemple le nouveau médicament vedette lipitor. Une année de traitement au Canada avec le médicament breveté coûte au moins 811 $; en Nouvelle-Zélande, où une entité publique négocie les prix des médicaments au nom de tout le pays, le même traitement ne coûte plus que 15 $ pour toute une année.[31]

Dans l'ensemble, il a été démontré que les prix des médicaments génériques au Canada étaient 79 pour cent plus élevés que la moyenne des prix recensés dans d'autres pays de l'OCDE. Les prix des médicaments brevetés coûtent quant à eux environ 30 pour cent plus cher au Canada que dans d'autres pays comparables, comme le Royaume-Uni.[32] Quand on regarde les dépenses en médicaments par habitant, le Canada dépasse tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis. Parallèlement, si le prix des médicaments au Canada était ramené à la moyenne des pays de l'OCDE, les économies totaliseraient environ 9,6 milliards par année.[33] Aligner les dépenses en médicaments par habitant sur celles du Royaume-Uni, qui performe mieux que la moyenne des pays de l'OCDE, permettrait aux Canadiens de non seulement avoir accès à de meilleurs médicaments, mais générerait des économies de 14 milliards de dollars par année.[34]

Depuis 2000, les données du gouvernement fédéral montrent que les des dépenses en médicaments au Canada ont augmenté plus rapidement que dans tous les autres pays. Dans l'ensemble, les dépenses canadiennes en médicaments ont augmenté de 184,43 pour cent de 2000 à 2012, soit un taux plus élevé que celui de tout autre pays comparable, même les États Unis.[35] En 2013, le Canada a dépensé l'équivalent de 1,8 pour cent de son produit intérieur brut (PIB) pour des produits pharmaceutiques. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) affirme qu'en 2015, les Canadiens et Canadiennes ont dépensé 29 milliards de dollars pour des médicaments sur ordonnance, ce qui équivaut à 814 $ par année, par habitant.[36] Les ventes des médicaments brevetés sont passées de 13,8 milliards en 2014 à 15,2 milliards de dollars en 2015, soit une augmentation de 9,5 pour cent. Il s'agit de la plus forte augmentation des ventes de médicaments brevetés dans l'histoire du Canada. En 2015, les médicaments brevetés représentaient 61,8 pour cent des ventes totales de médicaments au Canada, soit une augmentation de 59,9 pour cent par rapport à 2014.[37]

Les prix des médicaments génériques au Canada sont particulièrement élevés. L'écart de prix entre les médicaments génériques au Canada et ceux sur les marchés étrangers atteint presque 20 pour cent.[38] Le problème réside dans le fait que personne ne négocie pour un meilleur prix.

> [traduction] *Les provinces paient un pourcentage arbitraire du prix demandé par la compagnie qui, de nombreuses années auparavant, commercialisait le médicament copié par le produit générique. À titre d'exemple, si le médicament breveté coûte 1 $ le comprimé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'attend habituellement à payer 25 pour cent du prix (soit 25 cents) pour la version générique. Différentes provinces utilisent des pourcentages différents, mais elles sont toutes aux prises avec ce système de base, à l'instar des assureurs privés et des patients canadiens.*[39]

Par conséquent, les prix en 2010 étaient 40 pour cent plus élevés au Canada qu'en France, en Allemagne, en Italie, en Suède, en Suisse, au Royaume-Uni, aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Espagne, en Australie et en Nouvelle-Zélande.[40] Si les ventes de médicaments génériques sur ordonnance s'élèvent à 5,4 milliards de dollars par année, cela signifie que les Canadiens et Canadiennes se font flouer pour un montant qui se situe entre 1 milliard et 1,67 milliard de dollars.[41] Un régime d'assurance médicaments universel augmenterait le pouvoir de négociation du Canada de façon substantielle et générerait des économies encore plus intéressantes par l'entremise d'un appel d'offres concurrentiel.

Il y a également une augmentation de la concentration des grandes pharmaceutiques au Canada en raison des fusions et autres acquisitions. Quatre sociétés pharmaceutiques génèrent plus de 65 pour cent de tous les revenus dans 10 des principaux sous-groupes pharmaceutiques.[42] L'industrie pharmaceutique est surtout concentrée en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique, et ces provinces ont reçu 94 pour cent du capital de risque en 2008. Les provinces les plus pauvres, notamment Terre Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard, n'ont eu pratiquement aucune retombée financière du secteur pharmaceutique, en dépit du fait qu'elles paient les mêmes prix élevés que le reste du Canada.[43]

Malgré les bénéfices record enregistrés par les grandes pharmaceutiques au cours des dernières années, les investissements en recherche et développement de produits pharmaceutiques (R et D) au Canada ont atteint leurs plus bas niveaux. En 2014, les fabricants de produits pharmaceutiques (plus particulièrement les fabricants de médicaments brevetés) ont investi 4,4 pour cent de leurs bénéfices en recherche-développement, soit le montant le plus bas depuis le début de la compilation de ces données en 1988.[44] En 1987, les sociétés pharmaceutiques ont promis d'augmenter leurs investissements en recherche-développement à un montant équivalent à 10 pour cent de leurs ventes sur le marché intérieur en contrepartie d'une plus longue période d'exclusivité de commercialisation de leurs médicaments. Cette année marque la 12e année consécutive que les sociétés pharmaceutiques ne respectent pas le seuil de 10 pour cent. C'est un mythe d'affirmer que les subventions et une protection accrue des brevets sont des incitatifs qui font en sorte que les grandes pharmaceutiques investissent dans la recherche-développement. Les recherches démontrent que les subventions publiques octroyées pour attirer les investissements en recherche-développement dans le domaine pharmaceutique sont souvent supérieures aux dépenses en recherche-développement des fabricants de produits pharmaceutiques au Canada.[45] Aucun motif économique ne peut justifier que les Canadiens et Canadiennes paient 10,2 milliards de plus pour générer seulement 9,6 milliards de dollars.[46] Tandis que les sociétés pharmaceutiques vantent le « libre marché », le gouvernement leur accorde une protection accrue pour leurs brevets, l'exclusivité pour leurs médicaments, et ainsi de suite. Ce qui intéresse les grandes pharmaceutiques ce sont les clients, plutôt que les remèdes.

NOTRE SYSTÈME FRAGMENTÉ DÉSAVANTAGE LES CANADIENS ET CANADIENNES

Notre système fragmenté se traduit par l'augmentation des coûts des médicaments pour tout le monde et des bénéfices extraordinaires pour les grandes pharmaceutiques. Le Canada compte 19 régimes publics d'assurance médicaments (10 provinciaux, trois territoriaux et six fédéraux). L'admissibilité, la couverture et les modalités varient d'un régime à l'autre. Le code postal ou le statut socioéconomique ne devraient pas déterminer si oui ou non une personne a accès à des médicaments nécessaires, mais dans certaines provinces, seuls les assistés sociaux, les personnes âgées et les patients aux prises avec certaines maladies sont couverts par le régime; dans d'autres provinces, la couverture s'applique en fonction du revenu. À titre d'exemple, le retrait d'un oignon et les services de fécondation in vitro (FIV) sont assurés en Ontario, mais pas l'insuline pour le diabète. Une étude effectuant le suivi de 600 000 patients atteints du diabète en Ontario a conclu qu'environ [traduction] « 830 jeunes et patients d'âge moyen décédaient chaque année à défaut d'avoir accès à un médicament de base comme l'insuline — un produit dont nous pouvons être particulièrement fiers puisqu'il a été découvert au Canada et pour lequel Banting et Best ont reçu un prix Nobel en 1923. »[47]

De tous les autres pays de l'OCDE, seuls les États-Unis et la Pologne ont un pourcentage plus faible des coûts absorbés par le régime public (le Canada arrive également second derrière les États-Unis pour le recours aux assureurs privés).[48] Il convient de souligner que pour la plupart de ces régimes, les gens doivent payer une portion du coût des médicaments (une franchise), ce qui crée un obstacle à l'accès aux médicaments. Lorsqu'une personne qui suit un traitement pour le cancer de [traduction] « 20 000 $ à l'externe ne paie rien au Nunavut, 3 000 $ en Colombie-Britannique et 20 000 $ à l'Île-du-Prince-Édouard, cela va à l'encontre des principes de l'assurance maladie et des valeurs canadiennes. »[49] Il y a également la question de l'inégalité d'accès aux médicaments pour les Canadiens et Canadiennes couverts par des régimes privés d'assurances d'une province à l'autre. Les provinces s'appuient sur une mosaïque de régimes publics et privés d'assurance médicaments, qui fait en sorte qu'une personne paie plus ou moins pour l'accès aux médicaments essentiels en fonction de son lieu de travail et de résidence, et pas en fonction de ses besoins médicaux.[50] En Ontario, une analyse a démontré qu'à peine 38 pour cent des régimes d'assurances offerts par les employeurs couvraient les coûts des médicaments à 100 %.[51]

Dans l'ensemble, les experts estiment que les patients paient de leur poche environ 22 pour cent de tous les coûts des médicaments au Canada.[52] Puisque ce nombre exclut les contributions des employés aux primes d'assurances ainsi que les personnes qui contractent une assurance privée, il est sans doute plus élevé.

Les régimes d'assurances collectives sous-estiment le taux d'incidence des maladies chroniques en milieu de travail. Tandis que [traduction] « 59 pour cent des employés vivent avec au moins une maladie chronique — les maladies les plus fréquentes étant l'hypertension, les taux élevés de cholestérol et la dépression —, les promoteurs des régimes estiment que ce taux se situe à seulement 32 pour cent. »[53] Parmi les employés dont l'âge se situe entre 55 et 64 ans, 79 pour cent vivent avec au moins une maladie chronique. Les maladies chroniques constituent un problème majeur au Canada, où elles représentent 67 pour cent de toutes les dépenses en santé. Pour les travailleurs plus jeunes, trois Canadiens sur cinq de plus de 20 ans vivent avec une maladie chronique, tandis que quatre sur cinq sont à risque d'en développer une.[54]

De nombreux médicaments spécialisés peuvent coûter jusqu'à 50 000 $ voire 500 000 $ par patient, par année.[55] Tandis que les coûts des médicaments d'entretien (notamment ceux visant à contrôler la tension artérielle) ont connu une hausse de 58 pour cent depuis 2005, les agents biologiques et les médicaments spécialisés ont augmenté de 325 pour cent au cours de la même période.[56] Le coût plus élevé des médicaments spécialisés devrait représenter 35 pour cent des dépenses d'ici 2018 (un pourcentage supérieur à la hausse de 27 pour cent prévue en 2014).[57] Les régimes privés d'assurance médicaments ont réalisé que notre système actuel n'était pas viable à long terme et répercutent une plus grande part des coûts aux bénéficiaires. Des données récentes colligées par le secteur de l'assurance révèlent que 83 pour cent des promoteurs d'un régime privé d'assurance médicaments estiment que les nouveaux médicaments qui entrent sur le marché sont trop coûteux pour que le régime soit durable, et 90 pour cent des répondants sont d'accord pour transmettre les coûts supplémentaires aux bénéficiaires du régime.[58] À l'heure actuelle, au moins 30 pour cent des employeurs imposent des limites maximales dans leurs régimes d'assurance médicaments, ce qui pousse peu à peu les Canadiens et Canadiennes vers un modèle américain, où certains médicaments ne sont plus à la portée des patients qui en ont besoin.[59] Parallèlement, un régime universel d'assurance médicaments permettrait au secteur privé d'économiser 8,2 milliards de dollars par année et de fournir une couverture de qualité et équitable pour tout le monde.[60]

Plus des deux tiers des Canadiens, soit près de 25 millions de personnes, n'ont pas accès à un régime public d'assurance médicaments.

Selon les estimations, 10 millions de Canadiens sont couverts par un régime public d'assurance médicaments, soit neuf millions par un régime provincial et un million par différents régimes fédéraux.[61] Inversement, plus des deux tiers des Canadiens, soit près de 25 millions de personnes, n'ont pas accès à un régime public d'assurance médicaments. La grande majorité des Canadiens — environ 71 pour cent — sont contraints de contracter une assurance au privé, soit par l'entremise de leur employeur, soit individuellement.[62] Dans un pays qui se targue de son humanité, cela signifie que 10 pour cent des Canadiens — environ 3,5 millions de personnes — n'ont même pas une assurance médicaments de base.[63] Dans certaines provinces, comme en Colombie-Britannique, environ 19 pour cent de la population n'a aucune assurance médicaments.[64] Les données pour l'Ontario sont sans équivoque :

> *Le quart des personnes sans assurance médicaments sur ordonnance se répartit essentiellement en plusieurs groupes : jeunes adultes de 18 à 29 ans, personnes dont le niveau d'éducation est très bas, immigrants récents et personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés. […] Près de neuf personnes sur 10 (85,7 %) âgées de 12 à 64 ans vivant dans les quartiers les plus riches avaient une assurance médicaments, contre moins de six personnes sur 10 (56,0 %) vivant dans les quartiers les plus défavorisés.*[65]

Les Canadiens et Canadiennes qui occupent un emploi à faible revenu figurent parmi les plus laissés pour compte par notre régime actuel, étant donné qu'ils n'ont pas d'assurance médicaments dans le cadre de leur emploi, mais gagnent « trop » pour bénéficier du régime public. Presque

tous les employés qui gagnent plus de 100 000 $ par année sont couverts par une assurance (94 pour cent), comparativement à 32 pour cent de ceux qui gagnent entre 10 000 $ et 20 000 $ et seulement 17 pour cent de ceux qui gagnent 10 000 $ ou moins.[66] Les hommes sont également plus susceptibles d'être couverts par le régime de prestations de leur employeur que les femmes, parce que les femmes sont plus nombreuses à occuper un emploi à temps partiel qui n'offre aucun avantage social.[67,68] Aussi peu que le quart des travailleurs à temps partiel ont accès à un régime d'assurance collective, à l'instar des travailleurs de 25 ans et moins. Rappelons qu'environ 39 pour cent des travailleurs de 15 à 29 ans occupent un emploi précaire.[69] Dans un sondage récent, près de 50 pour cent des répondants ont affirmé compter sur chacune de leur paie pour payer leurs factures, et 40 pour cent ont admis dépenser un montant égal ou supérieur à la totalité de leurs revenus nets chaque semaine. En tout, 25 pour cent ont déclaré qu'ils ne pourraient pas rassembler 2 000 $ si une urgence survenait au cours du prochain mois.[70] Il n'est donc pas surprenant que les études démontrent que le tiers des Canadiens ayant un revenu inférieur à 50 000 $ déclare qu'eux-mêmes ou quelqu'un dans leur ménage n'ont pas été en mesure de prendre leurs médicaments tels que prescrits, voire pas du tout, en raison des coûts.[71]

Le système canadien d'assurance à payeurs multiples pour les médicaments sur ordonnance est extrêmement inefficace. Lorsque 24 compagnies différentes doivent négocier un par un les prix des médicaments avec les grandes pharmaceutiques, les assureurs privés ont un pouvoir de négociation très limité.[72] Dans les régimes privés, les augmentations coûteuses sont répercutées sur les bénéficiaires qui paient des primes plus élevées, puisque les assureurs privés ne négocient pas les prix avec l'industrie pharmaceutique. Les primes des régimes privés d'assurance médicaments des entreprises canadiennes continuent d'augmenter à un taux plus rapide que le coût des médicaments. Cette situation est attribuable au fait que la plupart des régimes privés d'assurance médicaments sont administrés par des sociétés émettrices, qui reçoivent généralement une commission correspondant à un pourcentage du coût des médicaments. Les assureurs privés couvrent plus de 10 milliards de dollars en médicaments sur ordonnance au Canada.[73] Les incitatifs financiers offerts aux régimes privés ne les incitent pas à juguler les coûts croissants, bien au contraire.[74] Autrement dit, le but n'est pas la compression des coûts ou l'amélioration des résultats en santé, mais plutôt la maximisation des profits.[75] Par conséquent, il y a un écart important et grandissant entre ce que les Canadiens et Canadiennes paient en primes et ce qu'ils reçoivent en prestations des fournisseurs privés d'assurances à but lucratif. Pour les régimes d'assurance collective seulement :

> *Le pourcentage des primes versées sous forme de prestations est passé de 92 % en 1991 à 74 % en 2011. Cela signifie que les Canadiens payaient 3,2 milliards de dollars de plus en 2011 qu'ils n'auraient payé si le ratio entre les primes et les prestations était demeuré constant depuis 1991. Alors que les coûts augmentent, les régimes privés ne réussissent pas à limiter les coûts, les transférant plutôt aux travailleur.*[76]

Dans l'ensemble, les régimes publics sont demeurés stables (bien qu'inefficace), tandis que les régimes privés affichent une courbe de coût prononcée. Au Canada, les assureurs privés ont des coûts indirects dix fois plus élevés que ceux du régime public.[77] En 2009, les frais d'administration au sein du système de soins de santé publique au Canada représentaient 3,2 pour cent de toutes les dépenses, tandis que les frais d'administration d'un programme privé d'assurance correspondaient à 15,1 pour cent des dépenses d'un assureur privé.[78] En 2001, les Canadiens et Canadiennes ont payé 6,8 milliards de dollars de plus en primes à des sociétés d'assurance à but lucratif que ce qu'ils ont reçu en soins, ce qui représente des coûts indirects d'environ 23 pour cent.[79] Ainsi, près du quart de l'argent payé dans les régimes privés à but lucratif sert à couvrir les frais administratifs et à gonfler les marges de profits. Pourtant, les régimes privés bénéficient de généreuses subventions fiscales qui coûtent au gouvernement fédéral (et aux contribuables, qui paient des impôts) plus de 1,23 milliard de dollars par année. D'autres subventions sont fournies par les provinces.[80] Selon les estimations, environ 1 milliard de dollars sont gaspillés dans le chevauchement des frais juridiques, techniques et administratifs des régimes privés d'assurance médicaments.[81] Au bout du compte, les patients sont les grands perdants.

SACRIFIER SA SANTÉ AU NOM DES BREVETS

La Constitution de l'OMS souligne que la possession du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est possible d'atteindre constitue « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »[82] Le droit à la santé est également enchâssé dans l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 ainsi que dans divers autres traités internationaux.[83] Pourtant, le droit à la santé se voit miné par un système de libre-échange qui persiste à toujours vouloir maximiser les profits.[84]

Depuis 10 ans, il y a eu prolifération d'accords de libre-échange accordant aux brevets une protection qui va bien au-delà la disposition sur la propriété intellectuelle établie par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Ces accords, appelés « ADPIC plus », continuent d'étirer l'élastique en dépit du fait que « la Déclaration indique clairement que l'Accord sur les ADPIC devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. »[85] Un récent rapport produit par le Groupe de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'accès aux médicaments affirme que [traduction] « les règles entourant le commerce et la propriété intellectuelle n'ont pas été conçues dans le but de protéger le droit à la santé. » Ils ont par ailleurs remarqué une tendance à [traduction] « la réduction progressive du niveau de priorité et à l'érosion des droits de la personne dans la mise en œuvre du droit et des politiques en matière de propriété intellectuelle, tant dans le cadre des ADPIC plus qu'en raison de récents accords commerciaux. »[86] Toutefois, le rapport ne condamne pas pleinement les accords commerciaux qui incluent des dispositions sur les ADPIC plus et ne réclame pas la révision de ces accords, se bornant plutôt à croire la fausse hypothèse selon laquelle le droit d'accès aux médicaments peut être résolu par le recours aux flexibilités prévues par l'Accord sur les ADPIC visant à dompter partiellement ces monopoles sur les médicaments, sans toutefois les démanteler.[87] L'annexe du rapport révèle également que certains membres du Groupe estimaient que les recommandations n'allaient pas assez loin et auraient dû frapper plus fort. Ces membres ont réclamé l'abandon, la révocation et l'interdiction des mesures sur les ADPIC plus dans les accords commerciaux, au même titre que les mécanismes de règlement des conflits entre investisseurs et États.[88]

Ces accords sur les ADPIC plus, qui sont négociés en secret, augmentent graduellement les droits des grandes pharmaceutiques en matière de propriété intellectuelle et de brevets, en plus de renforcer leur mise en application (en dehors des tribunaux nationaux).

> [traduction] *D'après un rapport de l'ONU, ces dispositions limitent la capacité du gouvernement à réglementer les prix des produits pharmaceutiques et les mécanismes de remboursement. De telles dispositions réduisent de façon considérable la portée des mesures auxquelles les gouvernements nationaux peuvent recourir pour atteindre leurs priorités en matière de santé publique et respecter le droit à la santé. Faire en sorte que les futurs accords commerciaux n'entravent pas des politiques qui garantissent le droit à la santé pour tous est une condition primordiale pour éliminer l'incohérence entre les accords commerciaux et le droit à la santé pour tous.*[89,90]

La société pharmaceutique américaine Eli Lilly utilise les dispositions sur le RDIE de l'ALENA pour poursuivre le Canada à la hauteur de 500 millions de dollars.

La croissance actuelle des dépenses en médicaments et l'érosion du droit à la santé ne peuvent que s'accélérer avec les tentatives du gouvernement canadien pour signer des ententes commerciales internationales qui renforcent les brevets pharmaceutiques. Lors d'une rencontre récente du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, le sous-ministre adjoint a admis que « le coût déjà élevé des médicaments délivrés sur ordonnance augmentera avec les nouveaux accords de libre-échange. »[91] D'après les estimations, le Partenariat transpacifique (PTP) fera grimper le coût des médicaments sur ordonnance de 800 millions de dollars au Canada.[92] D'autres accords commerciaux, comme l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne (AECG), feront augmenter les coûts de 850 millions de dollars supplémentaires, pour un total de 1,65 milliard de dollars par année.[93] Selon l'accord qui

sera ratifié en premier entre le PTP et l'AECG, le coût des médicaments devrait augmenter entre 5 et 12,9 pour cent à compter de 2023 en raison de la protection accrue des brevets accordée à l'industrie pharmaceutique.[94,95]

Avec l'AECG, le Canada s'engage à créer un nouveau système de « rétablissement de la durée des brevets », ce qui repoussera de deux ans l'entrée des médicaments génériques sur le marché. Cette période de sursis se traduira par des milliards de dollars de profits pour les grandes marques de l'industrie pharmaceutique, aux dépens des Canadiens. L'AECG oblige aussi le Canada à accorder des périodes de protection réglementaire des données et d'exclusivité accrues, de sorte que les futurs gouvernements canadiens auront beaucoup de difficulté à modifier les périodes de temps pendant lesquelles un médicament bénéficie de l'exclusivité sur le marché. Avec l'AECG, le pourcentage de médicaments ayant une période d'exclusivité accrue pourrait bondir à au moins 45 pour cent, par rapport à 24 pour cent aujourd' hui.[96] Cet accord commercial introduira également un nouveau droit de recours en vertu du « régime de liaison des brevets », qui pourrait ajouter de 6 à 18 mois à la durée de vie d'un brevet après l'expiration de sa période de validité, repoussant encore plus longtemps l'entrée sur le marché des médicaments génériques moins chers. Le précédent gouvernement fédéral, sous la gouverne de l'ancien premier ministre Stephen Harper, s'était engagé à compenser les provinces pour les coûts additionnels engendrés. Toutefois, aucune compensation n'a été promise aux personnes inscrites à un régime d'assurance privé.[97]

Nombre de débats récents entourant le PTP et les droits des brevets portent sur les « agents biologiques ». Les agents biologiques sont une classe de produits médicaux qui comprennent une vaste gamme de médicaments synthétisés à partir d'organismes vivants. La plupart des médicaments que nous connaissons sont mis au point par synthèse chimique et renferment une combinaison de molécules relativement simple. Les agents biologiques renferment des molécules organiques géantes qui font plusieurs centaines de fois la taille des molécules d'un médicament classique (une molécule d'aspirine est formée de 21 atomes, tandis que la molécule d'un médicament biologique peut contenir de 2 000 à 25 000 atomes). Les agents biologiques peuvent être composés de sucres, de protéines ou d'acide nucléique ou encore d'une combinaison de ces substances, et sont fabriqués à l'intérieur de cellules animales ou de micro-organismes tels que des bactéries.[98]

Les agents biologiques sont dans le PTP parce qu'ils représentent beaucoup d'argent pour les sociétés pharmaceutiques. Les agents biologiques offrent aux grandes pharmaceutiques plus de chances de découvrir un médicament « vedette » que les médicaments synthétisés par voie chimique. Les études suggèrent que le marché mondial des agents biologiques atteindra 386,7 milliards de dollars d'ici la fin de 2019.[99] Les agents biologiques ont représenté environ 22 pour cent des ventes des grandes pharmaceutiques en 2013. Ce pourcentage devrait atteindre 32 pour cent d'ici 2023.[100] La protection accrue accordée par le PTP aux brevets biologiques est également une tentative visant à freiner l'arrivée des « produits biologiques ultérieurs » (ou médicaments biosimilaires) dans ce marché extrêmement lucratif. Les médicaments biosimilaires sont en quelque sorte une version « générique » des médicaments biologiques, mais les agents biologiques sont plus difficiles à copier que les médicaments classiques. Les médicaments biosimilaires sont habituellement vendus entre 15 et 30 pour cent moins cher que le médicament de référence.[101] À titre de comparaison, les médicaments génériques fabriqués à partir de petites molécules peuvent coûter jusqu'à 80 pour cent moins cher que les médicaments brevetés.[102] Au Canada, les médicaments biologiques grèvent lourdement les budgets du système de santé. En 2010, les médicaments biologiques représentaient plus de 14 pour cent du marché canadien des produits pharmaceutiques; ils coûtent plus de 3 millions de dollars par année au système de santé canadien.[103] Les médicaments biologiques devraient afficher une croissance d'environ 20 pour cent de parts du marché au cours des 10 prochaines années.[104] Le médicament biologique remicade, par exemple, a coûté 84 millions de dollars à l'Ontario pour l'année 2012-2013, soit l'équivalent de 4,3 pour cent du budget d'assurance médicaments de l'Ontario.[105] Partout au Canada, les agents biologiques constituent le principal facteur de coûts dans les dépenses en santé; en 2013, trois médicaments ont monopolisé à eux seuls 1,5 milliard de dollars en dépenses pharmaceutiques.[106]

Bien avant que le grand public ait entendu parler du PTP, l'industrie pharmaceutique s'employait activement à solliciter des appuis gouvernementaux dans le dossier. En 2009, les registres de lobbying des États-Unis ont révélé que [traduction] « 28 organisations ont déposé 59 rapports mentionnant l'accord commercial qui pointait alors à peine à l'horizon. Près de la moitié de ces organisations étaient des sociétés ou des associations pharmaceutiques. »[107] En 2015, les sociétés pharmaceutiques ont investi aux États-Unis [traduction] « deux fois plus dans les activités de lobbyisme que l'industrie occupant la deuxième place (les assureurs). Cela correspond aux tendances à long terme qui démontrent que les grandes pharmaceutiques ont consacré 3,2 milliards de dollars aux activi-

Tandis que les médicaments brevetés représentent seulement 10 pour cent du marché des médicaments sur ordonnance, ils correspondent à plus de 72 pour cent des dépenses en médicaments.

tés de lobbyisme depuis 1998 – soit près de deux fois plus que les sociétés d'assurance, qui occupent la deuxième place. »[108] Le 9 avril 2016, l'administration Obama a transmis un document au Congrès pour présenter le PTP, décrivant comment le PTP renforcerait les monopoles des pharmaceutiques, qui deviendraient plus communs, plus longs, et provoqueraient une augmentation des prix des médicaments — faisant comprendre aux grandes pharmaceutiques que l'argent investi dans le lobbyisme était de l'argent bien dépensé.[109]

Bien que les registres de lobbyisme soient plus généraux au Canada qu'aux États-Unis, le commerce international était le premier thème en importance en 2015. Le commerce international était mentionné 1 476 fois dans les registres de communication cette année-là, soit 248 fois de plus que le deuxième sujet en importance.[110] Les trois principaux thèmes étaient le commerce international, l'industrie et la santé. Les trois thèmes englobent le secteur pharmaceutique, selon la manière dont les lobbyistes choisissent de rapporter leurs activités.

Les grandes pharmaceutiques utilisent les gouvernements pour protéger leurs monopoles et ont développé une dépendance aux ententes de commerce international en tant que mécanisme permettant d'élargir la portée de leurs monopoles. Tandis que les médicaments brevetés représentent seulement 10 pour cent du marché des médicaments sur ordonnance, ils correspondent à plus de 72 pour cent des dépenses en médicaments. Plus la période de protection monopolistique d'une société pharmaceutique est longue, plus ses profits sont importants.[111] Au-delà des dispositions sur les médicaments biologiques, ces accords sur les ADPIC offrent également une protection accrue aux brevets secondaires (qui encadrent des changements mineurs apportés à des médicaments déjà sur le marché), prolongeant ainsi l'exclusivité commerciale d'un médicament. Ce processus mieux connu sous le nom de « perpétuation » retarde la commercialisation de médicaments génériques moins chers, maintenant délibérément les prix à un niveau élevé. Depuis l'apparition des accords sur les ADPIC, les grandes pharmaceutiques ont adopté des stratégies plus complexes pour faire enregistrer leurs brevets, puisqu'elles peuvent désormais déposer des demandes multiples pour la même invention afin de créer un chevauchement des droits de brevets, un phénomène appelé « répertoriation de brevets », qui peut s'avérer difficile à négocier.[112] Un seul médicament peut dorénavant être protégé par des centaines de brevets connexes, qui peuvent à leur tour déboucher sur plus de 1 000 brevets ou demandes de brevets en instance dans plusieurs pays.[113] En 2011, le traitement antirétroviral ritonavir, qui est utilisé en combinaison avec d'autres médicaments pour traiter le VIH/sida, était notamment protégé par 805 familles de brevets.[114]

Les accords commerciaux comme l'AECG et le PTP, qui renferment des accords sur les ADPIC plus, représentent également une menace inhérente en l'absence d'une exclusion globale pour les mesures relatives aux soins de santé, puisqu'il existe un risque bien réel que les sociétés pharmaceutiques aient recours au mécanisme de règlement des différends entre investisseurs et États (RDIE) pour :

> [traduction]… *dissuader les gouvernements de réglementer dans l'intérêt public, contournant ainsi les lois nationales. À l'heure actuelle, la société pharmaceutique américaine Eli Lilly utilise les dispositions sur le RDIE de l'ALENA pour poursuivre le Canada à la hauteur de 500 millions de dollars, sous prétexte que la décision des tribunaux canadiens d'annuler les brevets de deux produits Lilly était illégale en vertu de l'entente commerciale. Non seulement le libellé du PTP ne contribue guère à limiter les risques de poursuites comme celle d'Eli Lilly, il pourrait même aggraver les choses.*[115]

Ces accords commerciaux vont inévitablement jeter un froid politique sur nos gouvernements, qui hésiteront à mettre en œuvre des réformes pour améliorer le système de santé publique de crainte de s'attirer des poursuites en vertu des RDIE.

> [traduction] *Certains experts en droit de propriété intellectuelle croient que si le Canada décide d'établir un programme national [d'assurance médicaments], les choix politiques ne seront pas limités aux considérations nationales. Au contraire, le PTP sera là, tapi dans l'ombre, prêt à imposer de nombreux critères, y compris porter des décisions en appel et exiger des révisions qui avantagent les sociétés pharmaceutiques.*[116]

UN MEILLEUR MODÈLE, UNE MEILLEURE MÉDECINE

Les Canadiennes et les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral s'acquitte de ses obligations en matière de soins de santé, en partenariat avec les provinces, mais des préoccupations subsistent au niveau des coûts. Il ne fait aucun doute que le public n'est pas chaud à l'idée d'investir de nouveaux fonds publics dans un régime d'assurance médicaments, en dépit des économies considérables qui seraient générées à long terme par un tel régime.[117] Les Canadiens et Canadiennes craignent que le coût d'un régime universel d'assurance médicaments ne se traduise par des hausses d'impôts. Les analyses démontrent qu'un régime d'assurance médicaments coûterait vraisemblablement 1 milliard de dollars additionnels par année.[118] Tandis que ce chiffre peut paraître élevé si l'on compare les coûts d'un tel régime aux économies d'environ 11,4 milliards de dollars par année qu'il est susceptible de générer, un régime d'assurance médicaments assorti d'une protection au premier dollar — en vertu de laquelle les frais sont entièrement couverts par le régime public, sans que les patients aient à payer une franchise — demeure la solution la plus solide et la plus logique. Certains avancent qu'une assurance médicaments universelle permettrait de réduire les dépenses totales en médicaments sur ordonnance d'environ 30 pour cent pour l'ensemble du Canada.[119] Si le Canada se dote d'un programme aussi complet que celui de la Nouvelle-Zélande, les économies atteindraient 18 milliards de dollars.[120] Sans concurrence sur les prix et sans un système de négociation à l'échelle de la population — ce que nous fournirait le régime d'assurance médicaments — nous payons près de 10 milliards de dollars de plus chaque année en médicaments. En outre, [traduction] « l'instauration d'un régime universel d'assurance médicaments rendrait les subventions aux régimes privés inutiles étant donné que sa mise en œuvre serait essentiellement gratuite. »[121] Nous pouvons aussi aborder la question d'un autre point de vue; le gouvernement du Canada et le ministère de la Défense nationale n'hésitent pas à dépenser 1 milliard de dollars (ou plus) sur le Projet de remplacement des armes légères II or, un régime universel d'assurance médicaments permettrait de sauver des vies au lieu de les prendre.[122,123]

Différents modèles de régimes d'assurance médicaments font souvent l'objet de discussions dans le cercle des responsables des politiques. Toutefois, bon nombre de ces discussions sont trop étroitement axées sur les économies d'argent et ignorent le besoin urgent d'améliorer les résultats en santé au sein de la population canadienne grâce à un programme d'assurance médicaments juste, équitable et fondé sur des données probantes. Il ne fait aucun doute que les considérations fiscales sont importantes, mais nous devons reconnaître que la qualité des résultats en santé devrait servir de compas pour le régime d'assurance médicaments. Un régime universel d'assurance médicaments avec une couverture au premier dollar (c.-à-d. aucune prime, aucune assurance supplémentaire, aucune franchise pour les prestataires) est une solution sensée autant d'un point de vue politique que d'un point de vue fiscal, et permettrait de produire des résultats en santé de qualité supérieure. Un tel programme permettrait à plus de deux millions de Canadiens de faire exécuter des prescriptions qui autrement seraient resté lettre morte, faute de moyens.[124] Il est important de souligner qu'une [traduction] « bonne politique en matière d'assurance médicaments ne sert pas seulement à s'assurer que tout le monde bénéficie d'une assurance; elle permet de s'assurer que chaque Canadien dispose d'une couverture efficace — une couverture qui offre un accès équitable aux traitements nécessaires, sans aucune barrière financière. »[125]

Une assurance médicaments universelle permettrait de réduire les dépenses totales en médicaments sur ordonnance d'environ 30 pour cent pour l'ensemble du Canada.

Comme c'est le cas pour toute proposition de dépense ou de changement de politique de cette ampleur, d'importants groupes d'intérêts souhaitent vivement conserver le système actuel, pour leur marge bénéficiaire.[126] D'autres modèles — comme un programme à plusieurs niveaux qui couvre certains médicaments ou une couverture pour médicaments onéreux — sont inadéquats et laissent en place un trop grand nombre de barrières pour les patients, puisqu'ils couvrent seulement une portion des coûts, sans prendre en considération les questions fondamentales de sécurité. À titre d'exemple, dans le cas d'une couverture pour médicaments onéreux, si les patients font exécuter leurs ordonnances suivant leurs besoins, ils devront payer des franchises qui pourraient être considérées comme une taxe sur les malades. Il est de notoriété publique que « tous les mécanismes de paiement des coûts fondés sur les besoins — tels les franchises, les quotes-

parts et les primes de risque — sont supportés dans une proportion démesurée par les personnes qui ont des besoins de santé importants ou permanents. Cela limite la protection financière dont ces patients et ces familles bénéficient. »[127] Des recherches ont démontré qu'une quote-part d'aussi peu que 2 $ par ordonnance pouvait dissuader des patients de se procurer les médicaments dont ils ont besoin.[128] En outre, des études montrent aussi qu'un régime d'assurance médicaments basé sur le revenu — qui ne couvre que les coûts excédents des franchises calculées en fonction du revenu — ne favorise pas l'accès aux médicaments nécessaires.[129]

Le Québec utilise à l'heure actuelle un régime d'assurance médicaments hybride privé-public souvent cité en exemple par les groupes de pression comme étant la voie de l'avenir pour l'assurance médicaments. Mais ce modèle fragmenté a peu contribué à réduire les barrières fiscales et à maîtriser les coûts. Tandis que le Canada affiche le deuxième plus haut taux de dépenses par habitant pour les médicaments sur ordonnance parmi les pays de l'OCDE, le Québec affiche le plus haut taux parmi toutes les provinces canadiennes. Un récent rapport du gouvernement affirme que le système s'avère inéquitable, inefficace et insoutenable.[130] Ce système transfère les coûts du régime public vers les régimes privés, puis vers les prestataires individuels. Les sociétés d'assurance privées reçoivent des subventions à caractère fiscal et des subventions indirectes et, par conséquent, ne se préoccupent guère de la maîtrise des coûts. Elles couvrent tous les nouveaux médicaments, peu importe le prix, même lorsque des génériques moins coûteux sont offerts.

DES CANADIENS ET CANADIENNES MEURENT FAUTES DE MOYENS POUR SE SOIGNER

La Loi canadienne sur la santé est claire.

> *[traduction] La Loi fait en sorte que tous les Canadiens et Canadiennes ont accès aux services médicaux et hospitaliers nécessaires — y compris tous les médicaments sur ordonnance utilisés à l'hôpital — par l'entremise d'un régime public d'assurance maladie. Au Canada, ce système d'assurance maladie universel ne couvre pas les médicaments utilisés dans la collectivité.*[131]

Au Canada, où 90 pour cent du marché pharmaceutique se situe dans les milieux communautaires, soit en dehors de notre régime public d'assurance maladie, l'accès inadéquat aux médicaments nécessaires a produit des résultats indésirables pour la santé et entraîné des décès prématurés.[132]

L'augmentation du coût des médicaments nécessaires a une incidence négative sur la santé du pays. En 2007, Statistique Canada a constaté qu'une personne sur 10 ne prenait pas les médicaments qui lui avaient été prescrits en raison des coûts.[133] En 2015, un sondage portant sur les changements survenus au cours des huit années précédentes a constaté que 23 pour cent des ménages ne prenaient pas leurs médicaments tels que prescrits en raison des coûts.[134] Régionalement, la Colombie-Britannique, où le gouvernement offre une couverture pour les médicaments onéreux, a le plus haut taux de problèmes d'accès à 29 pour cent, suivi du Canada atlantique à 26 pour cent (où les régimes provinciaux sont limités).[135]

Des études ont révélé que 23 pour cent des familles canadiennes — près d'une famille sur quatre — ne prennent pas leurs médicaments en raison des coûts, ce qui a une incidence considérable sur la santé. À mesure que les prix continuent de grimper, [traduction] « les personnes à faible revenu affichent des taux de non-adhésion au traitement plus élevés, et il est démontré que les taux de non-adhésion augmentent avec l'augmentation des coûts, même lorsque les frais ne dépassent pas 10 $. »[136] Cinq pour cent des enfants et des adultes canadiens et 10 pour cent des aînés cana-

Des études ont révélé que 23 pour cent des familles canadiennes — près d'une famille sur quatre — ne prennent pas leurs médicaments en raison des coûts.

diens consacrent plus de 3 000 $ par année à l'achat de médicaments. Un programme pour médicaments onéreux qui assumerait seulement le coût de ces médicaments priverait toujours 19 pour cent des ménages d'un accès abordable aux médicaments.[137]

Les Canadiens et Canadiennes meurent aussi parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer pour leurs médicaments. Une étude a révélé qu'en Ontario, de 2002 à 2008, « plus de 700 patients diabétiques âgés de moins de 65 ans étaient décédés prématurément chaque année en raison d'un accès inéquitable à des médicaments d'ordonnance essentiels. C'est comme si un avion rempli de Canadiens s'écrasait chaque année, peut-être même chaque mois, pendant que les gouvernements refusent d'agir pour des raisons liées aux coûts et aux politiques. »[138]

Le problème de non-adhésion aux traitements médicamenteux sévit au Canada à des taux plus élevés que dans d'autres systèmes de santé comparables en Europe et en Australasie.[139] Au Canada, on estime que 6,5 des admissions à l'hôpital sont attribuables à la non-adhésion aux traitements médicamenteux, ce qui se traduit par des coûts d'environ 7 à 9 milliards de dollars par année.[140] Mais cela ne tient pas compte des traumatismes personnels et des incidences sur la santé de ces personnes.

UNE LISTE NATIONALE : TRAÇABILITÉ, INOCUITÉ, PERTINENCE, RENTABILITÉ

On estime qu'un cas d'hospitalisation sur six au Canada pourrait être évité si les médicaments sur ordonnance étaient prescrits et utilisés de manière plus adéquate.

Bien que maîtriser les coûts et assurer la durabilité de l'assurance maladie à long terme par l'entremise d'un programme d'assurance médicaments ait une incidence positive en permettant aux Canadiens d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, très peu d'attention est accordée à l'innocuité des médicaments, à la sécurité des patients, à la pertinence des ordonnances et à nos organismes nationaux de réglementation (Santé Canada et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés). Dans tous ces domaines, l'influence dominante et toxique des grandes pharmaceutiques a créé une situation où les Canadiens et Canadiennes ne reçoivent pas la qualité de couverture de médicaments sur ordonnance qu'ils méritent. Le potentiel réellement transformateur d'un régime universel d'assurance médicaments est en tant que mécanisme qui garantit le recours à une approche fondée sur des données probantes visant à procurer un maximum de bienfaits thérapeutiques aux patients.

La Constitution canadienne partage la responsabilité des produits pharmaceutiques entre le fédéral, les provinces et les territoires. À l'heure actuelle, les gouvernements provinciaux sont tenus d'établir leur propre liste publique de médicaments assurés. La vaste majorité de l'information en matière d'innocuité et d'efficacité qui guide les provinces et les territoires dans l'élaboration de leur liste provient du gouvernement fédéral. En outre, la plupart des données proviennent des documents fournis par les grandes pharmaceutiques pour faire approuver leurs médicaments. Les provinces n'ont pas pleinement accès aux données provenant des essais cliniques des sociétés pharmaceutiques, puisque Santé Canada estime qu'il s'agit de renseignements commerciaux de nature exclusive et, par conséquent, ne transmet pas l'information requise pour évaluer la pertinence d'inscrire un médicament sur la liste de médicaments assurés par le régime public provincial ou territorial. Même en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*, Santé canada ne communiquera pas toutes les données à moins d'obtenir l'accord de la société pharmaceutique concernée.[141]

Un régime universel d'assurance médicaments ne signifie pas que tous les médicaments devraient être assurés par le régime. Ce qui est requis est une liste nationale des médicaments assurés (une liste des médicaments approuvés sur la base de données probantes), un des éléments les plus importants encore absents du système de santé canadien. Cela signifie qu'il faut rehausser les normes relatives aux données probantes. Un nouvel organisme national est requis pour assurer la transparence et l'imputabi-

lité du processus visant à déterminer quels médicaments seront assurés sur la base de la pertinence, de l'innocuité, de la rentabilité et des essais cliniques indépendants fondés sur des données probantes. D'autres pays ont des organismes similaires, comme le NPS MedicineWise qui fait partie de la stratégie nationale de l'Australie relativement à l'usage qualitatif des médicaments, afin d'assurer que les patients reçoivent le meilleur médicament possible.[142]

Cet organisme (formé de représentants du public, de prescripteurs et de représentants gouvernementaux) aurait l'obligation de rendre des comptes au public, d'assurer un financement prévisible et de faire preuve de transparence afin d'augmenter le pouvoir d'achat du Canada par l'entremise d'une liste nationale de médicaments assurés la plus pertinente qui soit. À l'heure actuelle, le Canada n'a aucune stratégie nationale pour intégrer l'utilisation sécuritaire et adéquate des médicaments sur ordonnance à la culture canadienne des soins de santé. Autant les patients que les prescripteurs ont un accès limité à de l'information impartiale, ce qui engendre des disparités et de la confusion. Une seule liste fondée sur des données probantes favoriserait l'utilisation adéquate des médicaments tout en prenant en compte la valeur thérapeutique pour les patients.[143]

Les recherches démontrent qu'environ 80 pour cent des nouveaux médicaments qui font leur entrée sur le marché n'ont aucun bienfait thérapeutique accru pour les patients comparativement aux médicaments existants, moins chers.[144] Parallèlement, on estime que [traduction] « les régimes privés d'assurance médicaments gaspillent 5,3 milliards de dollars en remboursements pour des médicaments qui n'offrent aucun bienfait thérapeutique additionnel par rapport aux formules déjà sur le marché. Cette somme représente 56 pour cent de toutes les dépenses des régimes privés d'assurance médicaments. »[145] Ce facteur acquiert une importance accrue lorsque l'on tient compte du fait que les Canadiens et Canadiennes dépenseront environ 30 milliards de dollars pour des médicaments sur ordonnance en 2016.

Quinze pour cent des Canadiens ont 65 ans et plus (catégorisés comme des personnes âgées).[146] En tout, 85 pour cent des personnes âgées prennent au moins un médicament sur ordonnance, et les personnes de plus de 80 ans en prennent cinq en moyenne.[147] Malheureusement, la crise polypharmaceutique — l'utilisation de quatre médicaments et plus par patient — signifie, chez les personnes âgées, qu'elles sont près de 70 pour cent à prendre au moins cinq médicaments différents, et près de 10 pour cent à en prendre 15 ou plus.[148] La polypharmacie a été associée au déclin fonctionnel, à la déficience cognitive, aux chutes, aux interactions médicamenteuses néfastes, aux effets indésirables, aux ordonnances en cascade et à de nombreux autres problèmes de santé graves pour les personnes âgées. Parallèlement, cette situation fait grimper les dépenses en santé.[149,150]

Lorsque le tiers des consultations médicales se traduisent par une ordonnance, les personnes âgées ne sont souvent pas conscientes que l'utilisation de plusieurs médicaments multiplie leurs chances de se retrouver aux urgences ou d'être admises à l'hôpital. Une étude ontarienne a constaté que [traduction] « chaque médicament additionnel augmente de 2 à 3 pour cent les probabilités qu'une personne soit hospitalisée, et augmente de 3 à 4 pour cent les probabilités d'une visite à l'urgence. »[151] In 2013:

> [traduction] *En 2013, plus d'un Canadien sur trois (37 pour cent) âgé de plus de 65 ans avait obtenu au moins une ordonnance pour des médicaments susceptibles d'exposer les adultes plus âgés à des risques inutiles — pour une dépense totale directe de plus de 400 millions de dollars seulement en ordonnances… On estime qu'un cas d'hospitalisation sur six au Canada pourrait être évité si les médicaments sur ordonnance étaient prescrits et utilisés de manière plus adéquate.*[152]

Les pratiques de prescription inadéquates des médecins ne sont pas limitées aux personnes âgées, mais elles mettent en évidence la nécessité de faire plus pour assurer l'utilisation sécuritaire et la valeur thérapeutique des médicaments

L'INFLUENCE DES GRANDES PHARMACEUTIQUES SUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'un des faits les plus troublants concernant la profession médicale au Canada est que les grandes pharmaceutiques ont une influence dangereuse sur les pratiques de prescription des médecins. On estime que les sociétés pharmaceutiques dépensent un minimum de 60 000 $ par médecin, par année, pour promouvoir leurs médicaments.[153] Les représentants de commerce en produits pharmaceutiques [traduction] « rendent visite aux médecins, leur fournissent des planches murales et des échantillons gratuits, en plus de rémunérer les médecins pour participer à des conférences et produire des rapports. C'est également faire de la publicité pour des médicaments dans les revues médicales au grand public en général. Ce processus n'a absolument rien d'objectif. »[154] En 2008, 92 pour cent des médecins ont reçu des représentants de commerce en produits pharmaceutiques dans leurs cabinets et 88 pour cent les ont rencontrés parce qu'ils croyaient recevoir de l'information pertinente.[155]

Une étude comparant les pratiques de prescription des médecins de premier recours à Montréal, Vancouver, Sacramento et Toulouse qui avaient reçu la visite d'un représentant de commerce en produits pharmaceutiques — souvent les premières sources d'information sur les nouveaux médicaments pour les médecins au Canada — a produit des conclusions alarmantes.

> [traduction] *L'information sur les bienfaits pour la santé a été fournie deux fois plus souvent que l'information sur les risques, et pas un seul effet indésirable n'a été mentionné dans plus de la moitié des visites de courtoisie sur les trois sites nord-américains… De même, il a rarement été question des effets potentiellement graves des médicaments contenant une mise en garde encadrée ou ayant fait l'objet d'un important avertissement pour la sécurité… Quoi qu'il en soit, les médecins ont jugé la qualité de l'information scientifique bonne ou excellente dans 901 (54 pour cent) des offres promotionnelles, et indiqué qu'ils étaient disposés à les prescrire dans 64 pour cent des cas.*[156]

L'influence des campagnes de promotion des grandes pharmaceutiques ne se limite pas aux cabinets de médecins. Une étude récente effectuant [traduction] « une comparaison entre des revues de médecine générale au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis a constaté que la promotion active des produits pharmaceutiques était cinq fois plus importante dans les deux revues canadiennes — *The Canadian Medical Association Journal et Canadian Family Physician* — comparativement aux revues des autres pays. »[157,158]

Les faits montrent que le cadeau promotionnel est au cœur de la relation entre médecins et sociétés pharmaceutiques. Le but ultime n'est [traduction] « pas uniquement de promouvoir le produit, mais bien de bâtir une relation de confiance — voire d'amitié — afin que le médecin soit plus susceptible d'accepter l'information transmise sur l'innocuité et l'efficacité de non seulement ce produit, mais du prochain aussi. »[159] Des études ont permis de constater qu'au Canada, les grandes pharmaceutiques font beaucoup plus que mandater de simples représentants de commerce en produits pharmaceutiques.

> *[traduction] Les sociétés pharmaceutiques organisent et financent régulièrement des soupers dans des restaurants haut de gamme à titre de formation continue pour les médecins de famille. Des conférenciers, rémunérés par la société pharmaceutique, donnent des présentations et répondent aux questions des médecins, qui acquièrent des crédits de perfectionnement professionnel pour leur participation à l'événement. À plusieurs reprises, on a constaté que les conférenciers recommandaient un médicament pour certains traitements — le médicament fabriqué par la même société qui avait organisé l'événement, payé pour le vin et le repas, et payé le médecin conférencier.*[160]

Seulement en Ontario, on a recensé plus de 500 événements commandités par l'industrie auxquels les médecins pouvaient participer pour maintenir leurs compétences à jour. Il s'est avéré qu'environ 70 pour cent des événements inscrits sur le site Web du Collège des médecins de famille du Canada — l'organisation chargée d'accréditer la formation médicale continue et d'accréditer tous les médecins de famille au Canada — étaient organisés par des sociétés pharmaceutiques, parfois de manière indirecte par l'entremise de firmes de communication.[161] Parallèlement, il a été démontré que l'Association médicale canadienne (AMC) a accepté 780 000 $ de Pfizer Canada pour financer son programme de formation médicale continue (deux membres du personnel de Pfizer ont également participé aux rencontres du conseil d'administration de l'AMC au cours de cette période).[162] Tandis que d'autres organismes d'accréditation professionnelle — de la comptabilité au droit — refusent les fonds ainsi offerts par l'industrie, le Collège des médecins de famille du Ca-

nada continue d'accepter [traduction] « l'argent de l'industrie pharmaceutique pour financer ses programmes de formation continue, en dépit d'avoir commandé un rapport sur l'influence des grandes pharmaceutiques qu'il a gardé secret pendant deux ans. »[163] Encore aujourd'hui, le Collège [traduction] « refuse de divulguer les résultats d'une analyse sur l'ampleur du financement de ses programmes de formation continue par l'industrie. »[164] En exerçant une influence sur la manière dont les médecins prescrivent les médicaments par l'entremise du financement de leur formation et de leur perfectionnement professionnel, les grandes pharmaceutiques ont trouvé le moyen idéal d'augmenter leurs ventes. Il n'est donc pas surprenant de constater que ces programmes influencent les pratiques d'ordonnance des médecins, réduisent la gamme de sujets abordés et favorisent le produit du commanditaire pharmaceutique.[165]

Il faut aussi souligner que les médecins ne sont pas les seuls à accepter l'argent et les cadeaux offerts par les grandes pharmaceutiques. En effet, la décision de substituer un produit générique à un produit breveté revient au pharmacien.

> [traduction] *Les pharmacies récoltent les fruits de cette concurrence sur les prix, plutôt que les patients. Par conséquent, les fabricants de médicaments génériques se concurrencent entre eux en tentant d'influencer les pharmacies par l'entremise de rabais et de cadeaux alléchants. Bien que ces rabais et cadeaux contreviennent généralement au code d'éthique des pharmaciens, on estime que 85 pour cent des pharmacies acceptent de tels cadeaux, ce qui crée une forme de corruption institutionnalisée dans le secteur des pharmacies.*[166]

Aucun autre pays au monde ne consomme, par habitant, plus d'opioïdes sur ordonnance que le Canada. Environ 410 000 Canadiens ont déclaré avoir abusé des médicaments sur ordonnance.

Ces incitatifs signifient qu'en 2009, une pharmacie de taille moyenne au Canada recevait 240 000 $ par année en moyenne en revenus moralement contestables.[167] Une enquête fédérale récente sur les pharmaciens de détail a permis de constater qu'ils étaient plus de 1 000 à avoir omis de payer des impôts sur des avantages et des incitatifs offerts par des fabricants de médicaments génériques, ce qui représente plus de 58 millions de dollars en revenus cachés.[168] Un régime universel d'assurance médicaments éliminerait ce système de corruption institutionnalisée et permettrait d'économiser au moins 39 pour cent sur les médicaments génériques vendus en pharmacie.[169]

La controverse actuelle sur les opioïdes est un nouvel exemple des dangers inhérents qui nous guettent en l'absence d'une liste nationale de médicaments assurés, et démontre que les grandes pharmaceutiques peuvent créer de graves crises de santé publique au nom du profit.[170,171,172,173] Vers la fin des années 1990 et au début des années 2000, les grandes pharmaceutiques ont dépensé des centaines de millions de dollars afin de « former » les médecins sur l'utilisation des opioïdes pour traiter les douleurs chroniques à long terme, affirmant que le risque de dépendance était inférieur à un pour cent. Toutefois, cette affirmation ne reposait sur pratiquement aucun fondement scientifique, et les taux réels de dépendance aux opioïdes étaient beaucoup plus élevés, oscillant entre 8 et 12 pour cent.[174,175] Purdue Pharma, la société pharmaceutique derrière l'oxycontin, [traduction] « avait un budget promotionnel annuel de 14 millions de dollars pour mousser ses produits analgésiques au Canada… Presque toutes ces ressources sont dirigées vers les médecins du pays, qui sont les gardiens de la réussite ou de l'échec de tout nouveau médicament. »[176] Aux États-Unis, Purdue a été reconnue coupable d'avoir donné de fausses informations aux médecins relativement à la dépendance générée par ces médicaments, y compris d'avoir utilisé de faux tableaux scientifiques.[177,178] De 2006 à 2015, les fabricants d'analgésiques opioïdes aux États-Unis ont dépensé davantage que le puissant lobby américain des armes à feu en lobbyisme et contributions politiques dans un rapport de huit contre un.[179]

Un conférencier rémunéré par Purdue figurait sur la liste des enseignants du programme de cours interfacultaire sur la douleur à l'Université de Toronto. Pendant des années, les étudiants ont reçu des exemplaires gratuits d'un manuel intitulé *Pain Management* [La gestion de la douleur], payé par Purdue, également détentrice des droits d'auteur.[180] BEn 2007, les sociétés qui commercialisent les opioïdes analgésiques avaient déjà donné plus de 500 000 $ à l'Université.[181] Il s'est avéré que [traduction] « le matériel de cours contenait de l'information qui cadrait parfaitement avec les intérêts de ces sociétés en minimisant les méfaits liés à l'utilisation d'opioïdes par rapport à d'autres produits analgésiques, exagérant les preuves de leur efficacité et, à au moins une occasion, offrant une caractérisation potentiellement grave de la puissance d'un opioïde d'utilisation courante… Les ordonnances

d'opioïdes et les décès attribuables aux opioïdes ont également augmenté en Ontario au cours de la période pendant laquelle les étudiants ont été exposés à cette information dans une série de conférences soutenues par l'industrie. »[182] En outre, il existe un parallèle entre les techniques et les tactiques de mercatique coercitives utilisées pour promouvoir l'oxycontin aux États-Unis et au Canada. À Terre-Neuve-et-Labrador, un groupe de travail sur l'oxycontin a conclu que les Canadiens et Canadiennes étaient fortement soumis au matériel promotionnel véhiculé par les médias américains et en subissait l'influence.[183] En Nouvelle-Écosse, un recours collectif a fait valoir que les stratégies et tactiques de mercatique pour l'oxycontin étaient les mêmes que celles employées aux États Unis.[184]

Cette année, après 200 décès attribués aux surdoses d'opioïdes, le médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a déclaré que la situation constituait une urgence de santé publique.[185] En Alberta, les décès attribués au fentanyl ont augmenté de 4 500 pour cent au cours des cinq dernières années. Le fentanyl, qui existe depuis les années 1950, est un analgésique plus puissant que l'oxycontin. Toutefois, la présente crise de surdoses de fentanyl correspond à l'augmentation des ordonnances d'opioïdes comme l'oxycontin.[186] En Ontario, un décès sur huit chez les jeunes adultes est attribuable aux opioïdes. En 2014, les opioïdes étaient la troisième cause de décès accidentel en Ontario, et en 2013, 12 pour cent des élèves des écoles secondaires ontariennes affirmaient avoir déjà utilisé des opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales.[187,188] Aucun autre pays au monde ne consomme, par habitant, plus d'opioïdes sur ordonnance que le Canada. En 2015, les médecins ont délivré suffisamment d'ordonnances pour un Canadien sur deux, ce qui représente entre 19,1 millions et 22 millions d'ordonnances, selon la source.[189,190,191]

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral a reconnu que « l'abus des médicaments sur ordonnance constitue un problème de santé et de sécurité publiques grandissant au Canada, en particulier chez les jeunes. Dans *l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2012*, environ 410 000 Canadiens ont déclaré avoir abusé de médicaments sur ordonnance, comme les analgésiques opioïdes. »[192] L'instauration d'un programme universel d'assurance médicaments permettrait de réduire ces chiffres de manière considérable. Un tel programme permettrait d'avoir une approche nationale coordonnée relativement à la sécurité et à la pertinence des ordonnances de médicaments, tout en jetant les représentants de commerce en produits pharmaceutiques hors des cabinets des médecins.

DES ESSAIS CLINIQUES DÉFICIENTS : IL NOUS FAUT DE MEILLEURES PREUVES

Une quantité accrue de médicaments n'est pas nécessairement synonyme d'une meilleure médecine. Nous devons [traduction] « recadrer la «question de l'assurance médicaments» du simple accès, à l'accès à quoi, au juste. Notre regard doit porter en amont des producteurs de connaissances pharmaceutiques — des sociétés qui ont longtemps insisté pour que l'information non publiée sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments sur ordonnance soit maintenue confidentielle par les organismes de réglementation. »[193] De nombreuses études qui montrent que les essais cliniques des grandes pharmaceutiques pour de nouveaux médicaments ont créé une épidémie de science de pacotille, de pseudo-conclusions et de recours à des auteurs fantômes. Il a été prouvé que des essais cliniques parrainés par l'industrie pharmaceutique sont plus susceptibles d'annoncer des résultats positifs que les études indépendantes, et que les chercheurs ayant des liens financiers avec des fabricants sont plus susceptibles d'exprimer des opinions favorables aux grandes pharmaceutiques.[194,195] Cette année, deux grandes maisons d'édition scientifiques canadiennes ont été pointées du doigt par un éditeur international poursuivi par le gouvernement américain sommé de cesser d'imprimer ce qui s'apparente à de la fausse science pour la quête du profit.[196] Un nouveau projet de recherche sur les résultats des essais cliniques a constaté que dans cinq des plus prestigieuses revues médicales, 58 articles sur les 67 examinés relativement aux essais cliniques avaient produit de fausses conclusions, c'est-à-dire que des chercheurs peu scrupuleux étaient partis en quête d'éléments pour appuyer des conclusions prédéterminées.[197,198] Cette manipulation de la science pour l'obtention de résultats positifs lors d'essais cliniques mine la sécurité et l'intégrité des données sur les médicaments, entache l'intégrité des essais cliniques publiés et augmente le risque de produire des conclusions exagérées,

Une quantité accrue de médicaments n'est pas synonyme d'une meilleure médecine.

voire des constatations faussement positives (une pratique qui a généré ce que la science appelle la « crise de la reproductibilité »).[199]

Même les lignes directrices des essais cliniques pour les médecins, qui sont censées fournir les données cliniques les plus probantes et orienter les décisions des médecins, ont été infectées par l'influence prédatrice des grandes pharmaceutiques. Au Canada, l'Association médicale canadienne distribue ces lignes directrices, et la vaste majorité des auteurs de ces lignes directrices ont des liens financiers avec les grandes pharmaceutiques. Une étude portant sur 350 auteurs a constaté que pour 28 des lignes directrices écrites, au moins un auteur avait des liens avec une société pharmaceutique dans 75 pour cent des cas. Dans 21,4 pour cent des lignes directrices, tous les auteurs avaient un conflit d'intérêts financier avec les sociétés pharmaceutiques. En outre, dans 28,6 pour cent des cas, plus de la moitié des auteurs avaient divulgué l'existence d'un conflit d'intérêts financier avec les fabricants des médicaments qu'ils recommandaient.[200]

De plus, les grandes pharmaceutiques ont détourné la médecine factuelle en ayant recours à des auteurs fantômes, à la capture scientifique et à la gestion invisible et manipulatrice des essais cliniques publiés afin de produire une médecine mercantile.[201] La commercialisation de l'information médicale et la protection exclusive de cette information ont mené à la privatisation et à la marchandisation de la science dans une mesure qui échappe à la plupart des gens.[202] Il est devenu [traduction] « monnaie courante pour les compagnies pharmaceutiques de payer des agences de communication médicale pour rédiger des articles (fondés sur des études conçues par l'industrie), pour les médecins œuvrant dans le milieu universitaire d'être payés pour essentiellement approuver et cosigner ces articles, puis pour les agences de communication de placer les articles dans de prestigieuses revues médicales. »[203] En contrôlant le processus de recherche, de rédaction et de publication de ces articles par l'entremise de différentes modalités de capture, ce système permet à l'industrie de manipuler la littérature afin de servir au mieux ses intérêts (le profit). À ce jour, le recours aux auteurs fantômes et à la manipulation invisible demeure largement répandu dans la littérature médicale financée par l'industrie, où les personnes impliquées font passer leurs bailleurs de fonds avant l'éthique et les données probantes.[204]

Au cours des 20 dernières années, les grandes pharmaceutiques [traduction] « ont élaboré des systèmes qui traitent le savoir comme une ressource pouvant être soigneusement développée et utilisée afin d'influencer l'opinion des chercheurs et des médecins. La publication de travaux de recherche parrainés par des compagnies pharmaceutiques dans des revues médicales, et leur présentation subséquente lors de colloques ou de conférences sont désormais gouvernées par des "plans de publication" ».[205] La recherche et les essais cliniques sont devenus des outils de marketing pour promouvoir le message des compagnies concernant un médicament par l'entremise de la publication de recherches qui aboutissent à des résultats positifs dans de prestigieuses revues médicales. On estime qu'environ [traduction] « 40 pour cent des articles sur les essais cliniques de nouveaux médicaments (et, de façon plus empirique, un pourcentage possiblement plus élevé de présentations sur les essais cliniques) sont le produit d'une gestion rigoureuse, mais invisible. »[206] L'absence de divulgation et la corruption des essais cliniques par l'industrie ont fait en sorte que les médecins étaient mal informés, ce qui a mené à des décès évitables chez les patients. L'homologation du vioxx illustre bien comment [traduction] « les patients, en plus d'être exposés à des risques attribuables à la manipulation de la recherche médicale à des fins purement mercantiles, peuvent subir de graves préjudices. La gestion invisible de la recherche fait courir un risque aux participants des essais cliniques, et menace la santé de millions de patients qui prennent des médicaments qui, autrement, n'auraient peut-être jamais été prescrits. »[207]

Les connaissances sur la santé sont en grande partie produites par un groupe d'intérêts de grandes pharmaceutiques qui manipulent le discours médical et les habitudes de prescription des médecins et, en fin de compte, ont un effet sur le patient. La science médicale repose sur la perception qu'elle produit des connaissances objectives et fondées sur des données probantes, qui sont à l'abri des analyses subjectives. Les médecins transmettent ces connaissances tronquées et s'appuient sur la même autorité biomédicale — que les patients sont censés accepter passivement — comme étant libres de l'influence opportuniste des compagnies pharmaceutiques. Ces connaissances sont ensuite manipulées de nouveau par l'entremise de la « biomédiatisation » de l'information, un processus par lequel l'actualité sur la santé est exposée sur la place publique afin de renforcer l'idéologie néolibérale sous la forme du libre choix du consommateur et de la responsabilité individuelle du patient.[208] Cette idéologie projette [traduction] « un monde utopique où la science médicale et les institutions biomédicales servent le consommateur en produisant une abondance d'information et de choix, tandis que le marché sert la cause de la santé publique, puisque les choix responsables des consommateurs se traduisent par des modes de vie sains. »[209]En d'autres mots, grâce à la gestion des connaissances par les

grandes pharmaceutiques, le patient est désormais un consommateur individuel à qui on offre de l'information qu'ils croient objective et impartiale. L'information présentée sert les bénéfices de l'industrie pharmaceutique à toutes les étapes du processus.

Cela ne signifie pas que les essais cliniques et la littérature médicale n'occupent pas une place importante et prépondérante. Ce dont nous avons besoin est un programme universel d'assurance médicaments et d'un nouvel organisme gouvernemental pour créer une liste nationale de médicaments assurés fondée sur des données probantes, indépendantes de l'influence des grandes pharmaceutiques. Cet organisme doit s'assurer que les médicaments sont pertinents et génèrent davantage de bienfaits que de mal pour les patients. Ceci comprendrait un examen réglementaire rigoureux avant la commercialisation des médicaments et un suivi par la suite, de manière transparente et responsable.

> *[traduction] La recherche pharmaceutique a cruellement besoin d'une révision complète des incitatifs, des critères et des procédures pour rémunérer et mener des recherches sur les médicaments. Nous devons revisiter les fondements afin que les universités n'œuvrent pas à la promotion téméraire de la recherche et du financement des essais cliniques contrôlés, menés par des chercheurs, et pour rétablir des groupes essentiels comme Cochrane Canada.*[210]

Au-delà d'une meilleure médecine, une assurance médicaments universelle représente un défi pour l'intérêt personnel et pour l'individualisme qui caractérise le système actuel. C'est seulement collectivement que nous pourrons faire de notre droit social fondamental à la santé et à la médecine une réalité.

EXERCER UN MEILLEUR CONTRÔLE SUR LES PRIX

Dès qu'un médicament est breveté et commercialisé au Canada, il relève du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), l'organisme fédéral quasi judiciaire qui veille à ce que les prix ne soient pas excessifs. Le pouvoir de négociation accru qui accompagnerait l'instauration d'un régime universel d'assurance médicaments imposerait une restructuration du CEPMB ou la création d'une nouvelle organisation.

Malheureusement, la limite actuelle sur le prix autorisé pour un médicament donné correspond au prix moyen facturé pour le médicament dans sept pays comparables (France, Allemagne, Italie, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis), où les prix des médicaments sont parmi les plus élevés au monde.[211] Utiliser ce groupe de pays comme base de référence permet aux grandes pharmaceutiques d'imposer des prix scandaleusement élevés pour les médicaments vendus au Canada. Dans ce groupe, quatre pays — les États-Unis, la Suisse, la Suède et l'Allemagne — affichent les prix les plus élevés pour les médicaments de marque en raison de leur système, ce qui signifie que chaque année, le Canada est automatiquement le pays qui se classe au troisième ou au quatrième rang pour ce qui est du prix des médicaments de marque. Certains estiment que reculer de quelques places sur la liste — de quatrième à septième — permettrait aux Canadiens d'économiser 1,4 milliard de dollars ou plus.[212] En outre [traduction] « le Canada a perdu du terrain au profit des sept pays, y compris les États-Unis et la France, avec lesquels le CEPMB compare les prix des médicaments en vue d'établir un prix raisonnable. Au cours des 10 dernières années, le prix des médicaments brevetés au Canada est passé du troisième plus bas au troisième plus élevé parmi ces pays », et « le CEPMB est en partie responsable. Nous payons presque 50 Pour cent de plus. »[213]

Le fait de fixer les prix du marché canadien en fonction des choix d'une poignée d'autres pays repose sur l'hypothèse erronée que ces pays ont fixé un prix adéquat pour leurs médicaments. De plus, les compagnies pharmaceutiques tendent à introduire de nouveaux médicaments d'abord sur les marchés américain et allemand en raison des contrôles limités sur les prix.[214] Ces prix deviennent ainsi la référence pour les autres pays. Plusieurs autres modèles pourraient être utilisés ou adaptés aux particularités du Canada, comme celui de la Nouvelle-Zélande. À défaut, le CEPMB pourrait baser ses comparaisons sur d'autres pays dont les caractéristiques reflètent mieux celles du Canada, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande ou la Norvège. La valeur thérapeutique des nouveaux médicaments devrait également faire l'objet d'un réexamen périodique après leur arrivée sur le marché afin de déterminer avec exactitude si les coûts sont justifiés. Enfin, le mandat du CEPMB couvre uniquement les médicaments brevetés, ce qui signifie que les médicaments orphelins ou plus anciens jugés indispensables pour bon nombre de patients — comme daraprim ou trientine —, mais dont le brevet est arrivé à échéance et pour lesquels les grandes pharmaceutiques ont augmenté énormément les prix, ne sont pas suffisamment contrôlés. Le mandat du CEPMB devra être recadré.[215]

SANTÉ CANADA ET LES GRANDES PHARMACEUTIQUES

Le mandat actuel de Santé Canada consiste à donner accès à des produits pharmaceutiques sûrs, mais ne tient pas compte de l'efficacité, des coûts ou d'autres produits comparables sur le marché. S'il existe une bonne compréhension de la façon dont sont prises les décisions de la Food and Drugs Administration (FDA) en matière d'application de la loi aux États-Unis, il en va tout autrement au Canada, où les processus opaques qui aboutissent à l'homologation ou à l'application de la loi sont mal compris.[216] Ce contexte fait de nous de simples observateurs. Cependant, les grandes pharmaceutiques ont l'avantage de participer activement aux processus de Santé Canada et en profitent pour exploiter le système.

Plus important encore, un régime universel d'assurance médicaments serait l'occasion de remédier au manque de transparence de Santé Canada, de réduire les conflits d'intérêts, de modifier les processus d'homologation et de renforcer notre bilan peu édifiant en matière d'application des règlements. En dépit du mandat de Santé Canada, nous devons composer avec les mauvaises pratiques de prescription et l'application inadéquate de la réglementation relative à la sécurité des médicaments. Pendant ce temps, les effets indésirables des médicaments continuent d'être l'une des principales causes de décès au Canada.[217] L'absence de « pharmacovigilance » (les activités pour détecter, évaluer, comprendre et prévenir les effets indésirables des médicaments et les problèmes relatifs aux médicaments) affecte considérablement les résultats en santé pour les Canadiens et Canadiennes.[218] Santé Canada doit commencer à réglementer adéquatement les grandes pharmaceutiques et leurs activités commerciales; cela signifie mettre un terme à l'autoréglementation en ce qui a trait à la promotion des médicaments et appliquer des règles plus strictes pour encadrer les conflits d'intérêts dans les hôpitaux d'enseignements et les universités. Cela contribuerait à assurer que les futurs médecins et professionnels de la santé reçoivent une formation fondée sur des données les plus probantes plutôt que sur les intérêts mercantiles des grandes pharmaceutiques.[219] En outre [traduction] « un système de divulgation des liens financiers entre professionnels de la santé et industrie pharmaceutique prévu par la loi, comme c'est le cas aux États-Unis, améliorerait la transparence et contribuerait à atténuer les conséquences des conflits d'intérêts des professionnels de la santés. »[220]

En 1994, Santé Canada a commencé à recevoir du financement de l'industrie pharmaceutique par le biais des frais d'utilisation pour l'examen des demandes d'homologation.

Les secteurs sanitaire et pharmaceutique partagent des problèmes structurels qui les rendent plus sujets à la corruption et, par conséquent, requièrent des structures de gouvernance plus strictes. Un rapport récent de Transparency International a rappelé l'influence considérable des compagnies pharmaceutiques

> [traduction] *L'approvisionnement public en médicaments est encore plus vulnérable à la corruption que pour d'autres marchés de services, étant donné que les volumes de médicaments sont habituellement plus gros et que les ententes sont très lucratives… Les compagnies pharmaceutiques ont l'occasion d'utiliser leur influence et leurs ressources pour exploiter les failles dans les structures de gouvernance et pour détourner les politiques et les institutions de leurs objectifs de santé publique dans le but de servir leurs propres intérêts et de maximiser leurs bénéfices.*[221]

Nous avons une longue tradition de clientélisme entre Santé Canada et les grandes pharmaceutiques. Certains rapports gouvernementaux ont même noté que Santé Canada agissait à titre consultatif auprès des grandes pharmaceutiques, le secteur même qu'elle est chargée de réglementer. Qu'en est-il de l'obligation de rendre compte quand l'organisme de réglementation agit comme facilitateur pour les compagnies pharmaceutiques qui font des demandes d'homologation?[222] Ce conflit d'intérêts s'est exacerbé en 1994, alors que Santé Canada commençait à recevoir du financement de l'industrie pharmaceutique par le biais des frais d'utilisation pour l'examen des demandes d'homologation (auparavant, le financement requis pour faire fonctionner notre système de réglementation des médicaments provenait de crédits parlementaires, c.-à-d. l'argent des contribuables). Avec l'apparition de ce nouveau système de recouvrement des coûts, les sociétés pharmaceutiques ont payé 143 000 $ en 1994 pour faire réviser une demande d'homologation pour un nouveau médicament, un processus qui s'élevait à 322 056 $ en 2014.[223]

Depuis 2015, il a été convenu que le recouvrement des coûts devrait fournir environ la moitié du budget de fonctionnement de Santé Canada pour les différents programmes liés aux médicaments.[224,225] À d'autres moments, cette proportion atteignait 70 pour cent. Au vu de ce conflit d'intérêts scandaleux, il n'est pas surprenant que de nombreux documents de Santé Canada accordent la priorité aux objectifs mercantiles des grandes pharmaceutiques qui veulent commercialiser leurs produits rapidement, au détriment de protection de la santé et de la sécurité. Outre son travail d'examen précipité, Santé Canada a créé deux mécanismes pour accélérer la commercialisation des médicaments : un processus d'examen prioritaire et l'avis de conformité conditionnel. Pour Santé Canada, innover signifie servir les priorités des grandes pharmaceutiques, qui veulent commercialiser un maximum de médicaments, le plus rapidement possible. Sans compter que le *Règlement sur les aliments et drogues* ne comporte aucune exigence pour établir des normes relativement au taux d'efficacité requis pour un médicament.

Le seuil pour l'homologation des médicaments est bas au Canada. « Un médicament n'a pas besoin d'être meilleur qu'un autre médicament pour être approuvé, il doit seulement être meilleur qu'un placebo. Ainsi, Santé Canada approuve de nouveaux médicaments brevetés qui sont plus dispendieux que les médicaments actuels, mais qui n'ont aucune valeur thérapeutique ajoutée ou qui ont moins de valeur thérapeutique que les médicaments déjà sur le marché. »[226] Bon nombre de ces médicaments sont ce qu'on appelle des médicaments « copie conforme ». Ils ne sont rien de plus qu'une légère variante du médicament original, mais génèrent un énorme profit. À titre d'exemple, le médicament prescrit pour soulager les brûlures d'estomac et les ulcères, nexium, est un dérivé d'un médicament déjà sur le marché, prilosec; la reformulation et le nouvel emballage ont permis au fabricant, AstraZeneca PLC, de prolonger la durée de son brevet et, par conséquent, de maximiser ses bénéfices.[227] Pourtant, on en sait beaucoup moins sur l'innocuité de ces médicaments, parce qu'ils ont seulement fait l'objet d'essais cliniques dans un environnement contrôlé, alors que nous avons des données sur l'innocuité des médicaments actuels qui ont déjà été utilisés dans la population. Au moins 85 pour cent des médicaments homologués par Santé Canada sont ces médicaments « copie conforme »; ils sont plus dispendieux et offrent un avantage thérapeutique douteux.[228] En Colombie-Britannique, il a été établi que les médicaments « copie conforme » représentaient 41 pour cent des dépenses en 1996; en 2003, ils accaparaient près des deux tiers des dépenses, ce qui équivaut à près de 80 pour cent des dépenses supplémentaires.[229]

Une quantité accrue de médicaments n'est pas synonyme d'une meilleure médecine. Il y a une tendance inquiétante selon laquelle Santé Canada a accéléré le processus d'approbation des médicaments sans avoir évalué l'innocuité des produits pour les patients. Santé Canada a également assoupli sa réglementation concernant l'innocuité des médicaments.[230] Selon le vérificateur général, Santé Canada ne publie pas ses avis de sécurité en temps opportun, retient de l'information sur les essais cliniques et n'intervient pas en cas de conflit d'intérêts.[231] Le fait que Santé Canada continue d'accepter de grosses sommes d'argent des grandes pharmaceutiques renforce la déréglementation des essais cliniques, des homologations de médicaments, de l'innocuité des médicaments, de la promotion et de la surveillance post-commercialisation. De plus en plus d'essais cliniques sont administrés par des sociétés de recherche contractuelle (SRC), qui sont des organisations à but lucratif. Les SRC sont associées au recours de plus en plus fréquent aux auteurs fantômes, à l'opacité accrue, à la conception partiale, à la prolifération des ententes de confidentialité et à l'effritement du contrôle exercé par le gouvernement. Il est évident que les SRC sont davantage motivées par le gain que par la sécurité de la population. Lorsque 345 nouvelles substances actives approuvées entre 1997 et 2012 ont été évaluées pour leurs bienfaits thérapeutiques par des organisations indépendantes, [traduction] « 91 ont bénéficié d'une évaluation prioritaire et seuls 52 représentaient une innovation thérapeutique. »[232] On a constaté que [traduction] « les médicaments qui avaient bénéficié d'une évaluation prioritaire au Canada avaient 34 pour cent des chances de faire plus tard l'objet d'une mise en garde contre des risques potentiels sérieux [NDT avertissement dit «encadré noir»] contre un peu moins de 20 pour cent de ceux ayant reçu une évaluation diligente. »[233]

Pendant des dizaines d'années, Santé Canada a caché d'importants renseignements concernant l'innocuité des médicaments, à la demande des fabricants de produits pharmaceutiques. La surveillance post-commercialisation des médicaments (c.-à-d. la surveillance des nouveaux médicaments dès qu'ils commencent à être vendus au grand public) demeure inadéquate, en dépit du récent projet de loi fédéral intitulé Loi visant à protéger les Canadiens et Canadiennes contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa).[234]

> *[traduction] Il a été noté que bien que la Loi de Vanessa crée de nouveaux pouvoirs de transparence, elle accorde également de la légitimité à la pratique bien ancrée qui consiste à traiter l'information sur l'innocuité et sur l'efficacité des médicaments comme étant confidentielle. La définition de*

« renseignements commerciaux confidentiels » dans la législation peut accommoder les données sur l'innocuité et sur l'efficacité des médicaments dans la mesure où ces données ne sont pas accessibles au public.[235]

Il semblerait que Santé Canada ait décidé de maintenir, à toutes fins et intentions, sa politique de longue date qui consiste à préserver la confidentialité d'importantes informations concernant l'innocuité et l'efficacité des produits, à la demande de l'industrie pharmaceutique.

Un médecin qui voulait assurer la sécurité de ses patientes enceintes a dû patienter trois ans et demi pour recevoir de l'information à propos du diclectin, un médicament utilisé pour traiter la nausée. Ce qu'il a reçu après plusieurs années d'insistance auprès de Santé Canada est une pile de 359 pages, donc 212 entièrement censurées, y compris les passages sur les « effets indésirables ». Après l'incident, le médecin a souligné qu'il était [traduction] « virtuellement impossible pour un médecin d'obtenir de l'information de Santé Canada — même pour un médicament qui est fréquemment prescrit aux femmes enceintes. »[236] Dans plusieurs situations, la divulgation de cette information « confidentielle » préviendrait des préjudices majeurs et sauverait des vies. C'est le cas du vioxx, qui fut [traduction] « approuvé en 1999 pour traiter l'arthrite, puis retiré du marché en 2004 après avoir provoqué plusieurs milliers d'arrêts cardiaques et de décès. Les fonctionnaires chargés de la réglementation connaissaient les risques, mais ont gardé le secret sous prétexte que cette information appartenait à la compagnie. »[237,238] L'absence de transparence de Santé Canada concernant l'efficacité et l'innocuité des médicaments fait en sorte que les patients autant que les médecins sont mal informés.[239] Les Canadiens et Canadiennes ont [traduction] « le droit de savoir jusqu'à quel point leurs médicaments sont sûrs et efficaces — ou dangereux et inefficaces. Toute demi-mesure nuirait considérablement à la santé des patients et à la santé publique. »[240]

Il n'est pas exagéré de dire que dans de nombreux cas, Santé Canada nuit au bien-être de la population canadienne. Il existe une juxtaposition évidente entre les objectifs en matière de santé publique et les motivations mercantiles des grandes pharmaceutiques. Un régime universel d'assurance médicaments fournirait l'occasion de contrer l'échec des politiques sur le plan de l'éthique, qui consistent à accepter les diktats des grandes pharmaceutiques, et d'exiger des essais cliniques plus rigoureux afin d'assurer l'innocuité des médicaments tout en vérifiant leur valeur thérapeutique. Cela comprendrait la divulgation de toutes les données concernant l'innocuité, que le nouveau médicament soit approuvé ou non. Advenant l'émission d'un avis sur la sécurité d'un médicament ou son retrait, Santé Canada serait tenue de cesser toute négociation avec les sociétés pharmaceutiques quant au vocabulaire pouvant être utilisé afin de s'assurer de communiquer l'information aussi rapidement que possible. En outre, Santé Canada devrait assortir l'attribution de licences de mise en marché d'exigences efficaces et exécutoires en matière de surveillance après commercialisation. Ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit de fournir des données concrètes sur les bienfaits thérapeutiques et sur les effets indésirables accumulés par un médicament, afin de mieux renseigner les évaluations de la liste nationale.[241] Ces changements doivent s'accompagner d'un changement de politique sincère visant à améliorer la transparence.

En dernier lieu, aucune compétence canadienne ne possède le niveau de population ou les capacités techniques pour assurer une surveillance adéquate de tous les indicateurs importants de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments pour les patients.[242] Un régime universel d'assurance médicaments permettrait l'instauration d'un programme de surveillance pancanadien portant sur l'innocuité des médicaments. La surveillance des pratiques de prescription, de l'innocuité des médicaments et des résultats en santé sont, pour l'heure, inadéquats. La gestion des médicaments par l'entremise d'une mosaïque de systèmes et de régimes isolés nous positionne à la remorque d'autres pays en ce qui a trait à l'utilisation sécuritaire et pertinente des médicaments. Par exemple, [traduction] « moins d'un médecin sur trois au Canada a recours à la prescription électronique, un outil qui contribue pourtant à réduire les risques potentiels liés à la dose des médicaments ou aux interactions médicamenteuses. En revanche, environ 9 médecins sur 10 ont recours à un système électronique en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni — des pays où la couverture publique des produits pharmaceutiques et les soins de santé sont intégrés. »[243] On estime qu'avec un meilleur suivi, une surveillance accrue et un système de prescription plus performant, un régime universel d'assurance médicaments pourrait, [traduction] « en termes réalistes, réduire de moitié les problèmes relatifs à l'utilisation insuffisante, excessive ou inappropriée des médicaments. Cela permettrait d'améliorer de façon considérable la santé des patients, tout en réduisant les coûts associés aux soins médicaux et hospitaliers de 5 milliards de dollars par année. »[244] Santé Canada jouerait un rôle de premier plan dans la communication de renseignements importants en matière d'innocuité et de prescription aux médecins, aux professionnels de la santé et au grand public pour les médicaments utilisés en vertu de la liste nationale des médicaments assurés.

LES CANADIENS ET CANADIENNES RÉCLAMENT UN RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

La santé des Canadiens [traduction] « n'est pas un cadeau; dans l'hypothèse la plus optimiste, elle peut être une réalisation fragile atteinte seulement par l'entremise de l'action collective. »[245] Le dédoublement de notre système morcelé ne fera que renforcer le pouvoir des grandes pharmaceutiques et creuser les inégalités vécues par les Canadiennes et les Canadiens. Tandis que les intérêts en place affirment qu'un régime universel d'assurance médicaments est hors de prix, cette affirmation ne tient pas la route au vu des données qui démontrent que c'est en fait la clé d'un système abordable. Le grand public au Canada peut ne pas connaître les données statistiques et techniques présentées ci-dessus, mais les Canadiens et Canadiennes savent que les médicaments devraient être un droit fondamental, et non un luxe. La demande pour une assurance médicaments demeure exceptionnellement élevée dans l'ensemble du Canada. Un sondage majeur réalisé en 2015 a révélé que 91 pour cent des Canadiens appuient l'idée d'un système universel d'assurance médicaments.[246]

91 pour cent des Canadiens appuient l'idée d'un système universel d'assurance médicaments.

La Fédération canadienne des municipalités, qui représente 90 pour cent de la population urbaine du Canada, a adopté une motion appelant « le gouvernement fédéral à travailler avec les provinces et les territoires pour élaborer et mettre en œuvre un programme national d'assurance médicaments. »[247] Même des regroupements d'affaires, comme la Chambre de commerce de la Colombie-Britannique, ont recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux collaborent pour créer un programme universel d'assurance médicaments.[248] Des données récentes montrent que 90 pour cent des entreprises au Canada sont généralement favorables à l'idée d'instaurer un programme public d'assurance médicaments.[249]

Les médicaments sur ordonnance représentent généralement la plus grande part de dépenses des avantages sociaux offerts par l'employeur et font toujours l'objet de luttes acharnées à la table des négociations.[250] Un régime universel d'assurance médicaments exercerait une pression vers le bas sur le coût unitaire de la main-d'œuvre au Canada, puisque l'assurance médicaments ne ferait plus partie des négociations collectives. Cela générerait des économies pour les entreprises, tout en améliorant la concurrence du marché canadien du travail. En raison de notre régime d'assurance maladie, le Canada représente déjà une source d'investissement intéressante pour notre plus important partenaire commercial, les États-Unis, puisque notre système universel à payeur unique offre un avantage concurrentiel aux entreprises. L'assurance maladie offre déjà aux employeurs canadiens un avantage concurrentiel qui équivaut à environ 4 $ de l'heure. Puisque les produits pharmaceutiques représentent la part la plus importante des dépenses en santé au Canada, un programme universel d'assurance médicaments accroîtrait d'autant plus l'avantage du Canada.[251]

LE MEILLEUR MOMENT POUR AGIR EST MAINTENANT

La plateforme électorale 2015 des libéraux et la lettre énonçant le mandat de la ministre de la Santé engagent toutes deux le gouvernement à rendre les médicaments sur ordonnance plus abordables au Canada, mais certaines questions demeurent quant à la volonté politique de mettre en œuvre un programme d'assurance médicaments.[252,253] En outre, bien que l'abordabilité soit un facteur important, l'amélioration des résultats en santé et l'équité devraient également être au cœur du mandat. Les gouvernements du Canada devraient s'attacher à améliorer les résultats en santé pour leurs citoyens. En mars 2016, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, formé de tous les partis, a entrepris une étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance médicaments.[254] De nombreux autres pays ont démontré qu'il était possible d'améliorer les résultats en santé avec un régime universel d'assurance médicaments. Le congrès biennal du Parti libéral du Canada de mai 2016 a donné

une nouvelle impulsion à l'idée d'une assurance médicaments universelle lorsque les délégués ont approuvé une motion appuyant officiellement « un programme national et universel d'assurance médicaments comme priorité politique » et ont résolu de « mettre en œuvre un régime universel d'assurance médicaments en collaboration avec toutes les provinces » au cours de son premier mandat.[255]

Malheureusement, à l'instar des ministres libéraux de la Santé avant elle, la ministre Jane Philpott a fait valoir que l'assurance médicaments ne faisait pas partie de son mandat.[256] Elle craint les coûts associés à un tel programme, affirmant que [traduction] « cela pourrait s'avérer coûteux, et c'est l'une des raisons pour lesquelles nous ne sommes pas en position de pouvoir envisager la mise en œuvre d'une assurance médicaments. »[257] Tandis que la ministre de la Santé a certainement conscience de l'inexactitude de cette déclaration — et du fait que les Canadiennes et les Canadiens en feront les frais, d'une manière ou d'une autre — la volonté politique et le courage semblent faire défaut à ce gouvernement. Il n'y aura jamais de meilleur moment politique pour l'assurance médicaments. La question fait l'unanimité dans les provinces et les territoires, et de nombreux exemples dans d'autres pays comparables confirment qu'un programme universel d'assurance médicaments permet de générer à la fois de meilleurs résultats en santé et des économies. Bon nombre des partis actuellement au pouvoir au Canada — y compris les partis au pouvoir en Ontario, au Québec et au fédéral — sont [traduction] « des partis libéraux qui partagent une base commune d'appuis politiques. C'est un alignement exceptionnellement rare en politique canadienne — probablement du jamais vu depuis le début des discussions sur l'assurance médicaments au Canada. »[258] Bien que la question comporte de nombreux aspects complexes qui devront faire l'objet de négociations, il n'y a jamais eu un alignement comme on le voit aujourd'hui. Pour que l'assurance médicaments devienne une réalité au sein de notre fédération, le Québec et l'Ontario doivent être d'accord. [traduction] « L'Ontario est actuellement chef de file par rapport à cet enjeu. Le Québec est aussi intéressé à améliorer son système et pourrait être disposé à collaborer avec le gouvernement fédéral pour apporter des améliorations, si les conditions le permettent. »[259] De plus, les négociations engagées sur l'Accord sur la santé offrent une occasion pragmatique et un outil réaliste pour l'instauration d'un programme d'assurance médicaments. L'Accord sur la santé est un point de départ logique pour le processus de mise en œuvre d'un régime universel d'assurance médicaments avec des engagements précis. Un enjeu aussi sérieux que la santé des Canadiens est trop important pour être balloté au gré des cycles électoraux.

Aucun autre changement ou programme politique ne peut à la fois avoir un impact aussi positif sur le bien-être des Canadiens et permettre de générer des économies de l'ordre de 11 milliards de dollars par année.

Aucun autre changement ou programme politique ne peut à la fois avoir un impact aussi positif sur le bien-être des Canadiens et permettre de générer des économies de l'ordre de 11 milliards de dollars par année. Les données démontrent que notre système actuel est insoutenable à long terme et qu'il ne permet pas de contrôler les coûts croissants des médicaments, mais nous avons d'autres possibilités viables. Maintenant, plus que jamais, nous avons besoin de bons produits pharmaceutiques, plutôt que de grandes pharmaceutiques. Les Canadiens et Canadiennes ont atteint le point de rupture et [traduction] « ne peuvent pas continuer à payer en silence ces prix scandaleux pour des médicaments, alors que nous compressons les dépenses dans d'autres secteurs du système de soins de santé. » Ainsi, nos gouvernements [traduction] « relèveront-ils les défis que constituent notre population vieillissante, la montée en flèche des coûts des médicaments et un système de santé de plus en plus morcelé pour s'engager envers l'instauration d'un régime universel d'assurance médicaments, ou maintiendront-ils le cap en continuant à lésiner sur les moyens, à bricoler les détails, sans affronter les véritables enjeux? »[260]

L'ingrédient qui manque à l'heure actuelle est le leadership fédéral et un véritable désir de changement de la part du gouvernement. Depuis plusieurs générations, nos gouvernements servent les intérêts des grandes pharmaceutiques pendant que les Canadiens et Canadiennes en subissent les conséquences. L'apathie politique est la seule chose qui freine notre élan vers la mise en œuvre d'un accès juste, égal et universel aux médicaments nécessaires pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens. Le moment est venu de s'engager envers une société plus humaine, où tous les Canadiens et toutes les Canadiennes ont droit à la santé et à une meilleure médecine. L'heure de l'assurance médicaments universelle a sonné.

ENDNOTES

1. "The Selection of Essential Medicines." WHO Policy Perspectives on Medicines, 004. World Health Organization. June 2002.
2. "Medicare Should Cover Prescription Drugs: Editorial." *Toronto Star*. 9 June 2015.
3. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. "Pharmacare 2020: The Future of Drug Coverage in Canada." Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.
4. Gagnon, Marc-André. "The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians." Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2010.
5. Morgan S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. "A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada." *Healthcare Policy*, 12(1): May 2016.
6. Anis, A.H. "Pharmaceutical Policies in Canada: Another Example of Federal-Provincial Discord." *Canadian Medical Association Journal*. 162(4): 2000.
7. Boothe, Katherine. "Ideas and the Pace of Change: National Pharmaceutical Insurance in Canada, Australia, and the United Kingdom." University of Toronto Press. 2015.
8. Salehi, Leila. "National Pharmacare Time to Move Forward." *Canadian Family Physician*, 62(7): July 2016.
9. White, Julie. "A National Public Drug Plan for All." Canadian Health Coalition. May 2016.
10. "National health expenditure trends, 1975-2014." Canadian Institute for Health Information. 2014.
11. Salehi, Leila."National Pharmacare Time to Move Forward." *Canadian Family Physician*, 62(7): July 2016.
12. "Pharmacy in Canada." Canadian Pharmacists Association. February 2016.
13. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. "Pharmacare 2020: The Future of Drug Coverage in Canada." Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.
14. Pollack, Andrew. "Drug Goes From $13.50 a Tablet to $750, Overnight." *The New York Times*. 20 September 2015.
15. Rosenthal, Elisabeth. "The Lesson of EpiPens: Why Drug Prices Spike, Again and Again." *The New York Times*. 3 September 2016.
16. Koons, C. and R. Langreth. "How Marketing Turned the EpiPen Into a Billion-Dollar Business." *Bloomberg Business Week*. 23 September 2016.
17. "Corruption in the Pharmaceutical Sector: Diagnosing the Challenges." Transparency International. June, 2016.
18. Gøtzsche, Peter. *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma has Corrupted Healthcare*. Radcliffe Publishing: 2013.
19. Walker, Joseph. "Drugmakers' Pricing Power Remains Strong." *Wall Street Journal*. 14 July 2016.
20. Ibid.
21. Humer, Caroline. "Exclusive: Makers Took Big Price Increases on Widely Used U.S. Drugs." *Reuters*. 5 April 2016.
22. Johnson, Carolyn Y. "The contradictory reasons cancer-drug prices are going up." *The Washington Post*. 2 May 2016
23. Dusetzina, Stacie B., "Drug Pricing Trends for Orally Administered Anticancer Medications Reimbursed by Commercial Health Plans, 2000-2014." JAMA Oncology, 2(7): July 2016.
24. "Working Together for Change: Ontario Public Drug Programs Annual Report 2014-2015." Government of Ontario. 31 March 2015.
25. Roy, Victor and Lawrence King. "Betting on hepatitis C: how financial speculation in drug development influences access to medicines." BMJ, 354:i3718: 2016.
26. Patented Medicine Prices Review Board. "Cost Pressure of the New Hepatitis C Drugs in Canada." Government of Canada. 13 April 2016.
27. Brennan, H., A. Kapczynski, C.H. Monahan, and Z. Rizvi. "A Prescription for Excessive Drug Pricing: Leveraging Government Patent Use for Health." *Yale Journal of Law & Technology* (275): 2016.
28. Kesselheim A, J. Avorn, and A. Sarpatwari. "The High Cost of Prescription Drugs in the United States Origins and Prospects for Reform." *Journal of the American Medical Association*, 316(8): 2016.
29. Walker, Joseph. "Drugmakers' Pricing Power Remains Strong." *Wall Street Journal*. 14 July 2016.
30. "Lives on the Edge: Time to Align Medical Research and Development with People's Health Needs." Médecins Sans Frontières. May 2016.
31. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. "Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada." Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

32. Ibid.

33. "CLHIA Report on Prescription Drug Policy: Ensuring the Accessibility, Affordability and Sustainability of Prescription Drugs in Canada." Canadian Life and Health Insurance Association Inc. 2013.

34. Dutt, Monika. "Affordable Access to Medicines A Prescription for Canada." Canadian Centre for Policy Alternatives. December 2014.

35. "Annual Report 2014." Patented Medicine Price Review Board. 16 November 2015.

36. "Evidence Wednesday, April 13, 2016." House of Commons Standing Committee on Health. 13 April 2016.

37. "Annual Report 2014." Patented Medicine Price Review Board. 16 November 2015.

38. "Generics360 – Generic Drugs in Canada." Patented Medicine Price Review Board. February 2016.

39. Attaran, Amir. "Canada Is Needlessly Bleeding Money on Generic Drugs." *Toronto Star*. 17 February 2016.

40. "Canadian Drug Price Gouging for Generics Called 'Hard to Celebrate'." *CBC News*. 9 February 2016.

41. Attaran, Ami. "Canada Is Needlessly Bleeding Money on Generic Drugs." *Toronto Star*. 17 February 2016.

42. "Annual Report 2014." Patented Medicine Price Review Board. 16 November 2015.

43. Gagnon, Marc-André. "The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians." Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2010.

44. "Annual Report 2014." Patented Medicine Price Review Board. 16 November 2015.

45. Hebert, Guillaume. "The pharmaceutical industry in Québec: time for assessment." Canadian Centre for Policy Alternative. 13 June, 2012.

46. Gagnon, Marc-André. "The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians." Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2010.

47. Flood, Colleen. "Remarks to the House of Commons' Standing Committee on Health: Development of a National Pharmacare Program." University of Ottawa Centre for Health Law, Policy & Ethics. 26 September 2016.

48. Church, Elizabeth. "Canada among Top Pharmaceutical Spenders on OECD List." *The Globe and Mail*. 4 November 2015.

49. Picard, André. "Action, not excuses, on drug coverage." *The Globe and Mail*. 6 April 2011.

50. Demers, V., M. Melo, C. Jackevicius, J. Cox, D. Kalavrouziotis, S. Rinfret, et. al. "Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures." *Canadian Medical Association Journal*, 178(4): 2008.

51. Mercer Canada Limited. "Cost Trends in Health Benefits for Ontario Businesses: Analysis for Discussion. Commissioned by the Ontario Chamber of Commerce for Release at the Ontario Economic Summit." 17 November 2011.

52. "Expenditure on Drugs by Type, by Source of Finance, Canada, 1985-2015." Canadian Institute for Health Information. 2013.

53. "Report Card: Evaluating workplace supports for health management." 2016 Sanofi Canada Healthcare Survey. 13 June 2016.

54. Harris, Lauren. "Healthy Outcomes: Getting a better handle on chronic disease." Benefits Canada. 1 September 2016.

55. Morgan, Steve and Danielle Martin. "Morgan & Martin: Pharmacare: It's Good for Business." *National Post*.15 April 2015.

56. Butler, Don. "Skyrocketing Costs Make Canada's Private Drug Plans Unsustainable, Insurance Exec Tells Pharmacare Panel." *National Post*. 27 May 2013.

57. Welds, Karen. "Drug plan trends report: How drug plans are addressing skyrocketing costs." Benefits Canada. 18 March 2016.

58. Gang, Yaelle. "Employers urged to take more active role in controlling drug costs." Benefits Canada. 15 June 2016.

59. Welds, Karen. "Drug plan trends report: How drug plans are addressing skyrocketing costs." Benefits Canada. 18 March 2016.

60. Morgan, Steve and Danielle Martin. "Morgan & Martin: Pharmacare: It's Good for Business." *National Post*. 15 April 2015.

61. "Pan Canadian Drugs Negotiations Report." Pan-Canadian Pharmaceutical Alliance. 22 March 22, 2014.

62. Ibid.

63. White, Julie. "A National Public Drug Plan For All." Canadian Health Coalition. May 2016.

64. "Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households." Angus Reid Institute. 15 July 2015.

65. "Measuring Up A yearly report on how Ontario's health system is performing." Government of Ontario. October 2016.

66. Canadian Union of Public Employees. “Submission to the House of Commons Standing Committee on Health Development of a National Pharmacare Program.” September 2016.

67. Snyder, Jo. “PharmaCare: Decreasing disparity between rich and poor.” Wellesley Institute. 29 July 2015.

68. Barnes, Steve and Laure Anderson. “Low Earnings, Unfilled Prescriptions: Employer-Provided Health Benefit Coverage in Canada.” Wellesley Institute. 2015.

69. Foster, Melisa. “Pharmacare: Why Millennials Should Pay Attention.” Healthy Debate. 3 August 2016.

70. “Canadians living pay cheque to pay cheque, challenged by debt and economy, payroll survey finds.” Canadian Payroll Association. 7 September 2016.

71. “Prescription drug access and affordability an issue for nearly a quarter of all Canadian households.” Angus Reid Institute. 15 July 2015.

72. Canadian Union of Public Employees. “Submission to the House of Commons Standing Committee on Health Development of a National Pharmacare Program.” September 2016.

73. Morgan S. and K. Booth. “Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered.” *Healthcare Management Forum*, 1(8), October 2016.

74. Silversides, Ann. “Ontario’s law curbing the cost of generic drugs spark changes.” *Canadian Medical Association Journal*, 181 (3–4), 4 August 2009.

75. Law M.R., J. Kratzer, and I.A. Dhalla. “The increasing inefficiency of private health insurance in Canada.” *Canadian Medical Association Journal*, 186(12): March 2014.

76. Canadian Union of Public Employees. “Submission to the House of Commons Standing Committee on Health Development of a National Pharmacare Program.” September 2016.

77. Ibid.

78. “National Health Expenditure Trends, 1975 to 2012.” Canadian Institute for Health Information, 2012.

79. Law, M.R., J. Kratzer, and I.A. Dhalla. “The increasing inefficiency of private health insurance in Canada.” *Canadian Medical Association Journal*, 186(12): March 2014.

80. Gagnon, Marc-André. “Pharmacare and Federal Drug Expenditures: A Prescription for Change.” How Ottawa Spends, 2013.

81. Gagnon, Marc-André. “The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians.” Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2010.

82. “Constitution of the World Health Organziation.” World Health Organization. 7 April 1948.

83. United Nations Secretary-General’s High Level Panel on Access to Medicines. “Promoting Innovation and Access to Health Technologies.” United Nations. 14 September 2016.

84. Chen, Michelle. “Free-Trade Deals Are Making It Much Harder to Fight AIDS: The Trans-Pacific Partnership and its ilk protect profits at the expense of prevention.” *The Nation*. 19 September 2016.

85. Forman, Lisa and Gillian MacNaughton. “Lessons learned: a framework methodology for human rights impact assessment of intellectual property protections in trade agreements.” *Impact Assessment and Project Appraisal*, 34(1), 25 March 2016.

86. United Nations Secretary-General’s High Level Panel on Access to Medicines. “Promoting Innovation and Access to Health Technologies.” United Nations. 14 September, 2016.

87. “Health Gap Statement on the Final Report of the UN Secretary-General’s High Level Panel on Access to Medicines.” Health Gap Global Access Project. 14 September 2016.

88. United Nations Secretary-General’s High Level Panel on Access to Medicines. “Promoting Innovation and Access to Health Technologies.” United Nations. 14 September, 2016.

89. Ibid.

90. Baker, Brook and Katrina Geddes. “Corporate Power Unbound: Investor-State Arbitration of IP Monopolies on Medicines - Eli Lilly v. Canada and the Trans-Pacific Partnership Agreement.” *Journal of Intellectual Property Law*, 23(1): October 2015.

91. “Gov’t sees drug costs rising.” *Blacklocks Reporter*. 19 Apr. 2016.

92. Yussuff, Hasssan. “Letter to Chrystia Freeland Minister of International Trade.” Canadian Labour Congress. 27 January 2016.

93. Beltrame, Julian. “Trade Deal to Increase Cost of Prescription Drugs by up to $1.65-billion, Report Warns.” *The Globe and Mail*. 30 October 2013.

94. Lexchin, Joel. “Involuntary Medication: The Possible Effects of the Trans-Pacific Partnership on the Cost and Regulation of Medicine in Canada.” Canadian Centre for Policy Alternative. 3 February 2016.

95. Sinclair, Scott. “Major Complications:The TPP and Canadian Health Care.” Canadian Centre for Policy Alternative. 3 February 2016.

96. Hollis, Aidan and Paul Grootendorst. “Drug Market Exclusivity in the EU and Canada: Problems with Norton Rose’s Comparative Analysis.” Canadian Generic Pharmaceutical Association. January 2012.

97. Beltrame, Julian. “Trade deal to increase cost of prescription drugs by up to $1.65-billion, report warns.” *The Globe and Mail*. 30 October 2013.

98. Otto, Ralf, Alberto Santagostino, and Ulf Schrader. “Rapid growth in biopharma: Challenges and opportunities,” McKinsey and Company. December 2014.

99. Weeks, Carly. “Prescription-drug Spending Holds Steady, but Dollars Spent on Biologics Escalating Quickly: Report.” *The Globe and Mail*. 28 May 2015.

100. “Going Large.” *The Economist*. 3 January 2015.

101. Morgan, Steve and Matthew Renwick. “Is Canada Paying Too Much for Generic Biological Drugs?” Healthy Debate. 11 March 2015.

102. Law, Michael and Jillian Kratzer. “The road to competitive generic drug prices in Canada.” *Canadian Medical Association Journal*, 185(13): 17 September 2013.

103. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. “Subsequent Entry Biologics – Emerging Trends in Regulatory and Health Technology Assessment Frameworks.” *Environmental Scan*, Issue 43: 9 January 2014.

104. “Regulatory Landscape: Subsequent Entry Biologics.” The Canadian Generic Pharmaceutical Association. 10 May 2015.

105. Ontario Ministry of Health and Long Term Care. “2012/13 Report Card for the Ontario Drug Benefit Program.” Government of Ontario.

106. Innovation, Science and Economic Development Canada. “Pharmaceutical Industry Profile.” Government of Canada. 19 January 2015.

107. Drutman, Lee. “How Big Pharma (and others) began lobbying on the Trans-Pacific Partnership before you ever heard of it.” Sunlight Foundation. 13 March 2014.

108. Weissman, Robert. “Rx for Outrageous Drug Prices: Heal Our Democracy.” *The Huffington Post*. 6 April 2016.

109. Love, James. “Obama Administration memo: ‘Background on TPP Biopharma Provisions.’ describes how TPP will raise drug prices.” Knowledge Ecology International. 12 April 2016.

110. Vigliotti, Marco. “Hot topics: International trade file tops lobbying in 2015, as groups jockey for influence on TPP, CETA.” Lobby Monitor. 5 February 2016.

111. “Game of Patents – How the US Government and Big Pharma Protect Pharmaceutical Profits.” The Institute for Health and Socio-Economic Policy. 30 September 2016.

112. United Nations Secretary-General’s High Level Panel on Access to Medicines. “Promoting Innovation and Access to Health Technologies.” United Nations. 14 September 2016.

113. European Commission Competition DG. “Pharmaceutical Sector Inquiry Final Report.” 8 July 2009.

114. Landon, I.P. “Patent Landscape Report on Ritonavir.” World Intellectual Property Organization. 28 October 2011.

115. Lexchin, Joel and Deborah Gleeson. “TPP and pharmaceutical regulation in Canada and Australia.” *International Journal of Health Services*, 11 August 2016.

116. Geist, Michael. “The Trouble With the TPP, Day 33: Setting the Rules for a Future Pharmacare Program.” 18 February 2016.

117. Holliday, Ian. “Most Canadians want government to expand the services it provides, but they don’t want to pay for it.” Angus Reid Institute. 22 August 2016.

118. Morgan, Steve and Danielle Martin. “Morgan & Martin: Pharmacare: It’s Good for Business.” *National Post*. 15 April 2015.

119. Morgan, S. and K. Booth. “Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered.” *Healthcare Management Forum*, 1(8), October 2016.

120. Morgan, Steve. “A better prescription: the evidence and politics of pharmaceutical policy in Canada.” Grand Rounds, UBC SSPH Seminar Series. 23 September 2016.

121. Dutt, Monika. “Rx For Drug Benefits.” *The Globe and Mail*. 28 July 2015.

122. Harris, Paul, et. al. “Canadian Small Arms Demonstration Project.” Defence Research and Development Canada. May 2008.

123. “The evolution of the smart gun.” Defence Research and Development Canada. 9 February 2015.

124. Morgan, S.G., J.R. Daw, and M.R. Law. “Rethinking Pharmacare in Canada.” C.D. Howe Institute, Commentary No. 384. June 2013.

125. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. “Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada.” Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

126. Foster, Melisa, and Steve Long. “Pharmacare: Lost in Translation.” Global Public Affairs. July 2016.

127. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. “Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada.” Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

128. Goldman, Dana, et. al. “Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health.” *Journal of the American Medical Association*, 298(1): 2007.

129. Morgan, S.G., J.R. Daw, and M.R. Law. “Are Income-Based Public Drug Benefit Programs Fit for an Aging Population?.” Institute for Research on Public Policy. 3 December 2014.

130. Gagnon, Marc-André. “Bring in Pharmacare – but not inefficient Quebec model.” Policy Options. 2 July 2015.

131. Morgan, S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. “A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada.” *Healthcare Policy*, 12(1) May 2016.

132. Ibid.

133. Statistics Canada. “Canadian Community Health Survey - Annual Component (CCHS).” Government of Canada. 17 June 2008.

134. “Prescription Drug Access and Affordability an Issue for Nearly a Quarter of All Canadian Households.” Angus Reid Institute. 15 July 2015.

135. Ibid.

136. Dutt, Monika. “Parliamentary Submission to HESA on Pharmacare.” Canadian Doctors for Medicare. 6 June 2016.

137. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. “Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada.” Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

138. Canadian Federation of Nurses Unions. “Summary of CFNU’s Parliamentary Breakfast Filling the Prescription: The case for pharmacare now.” 31 May 2016.

139. Morgan S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. “A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada.” *Healthcare Policy*, 12(1) May 2016.

140. Dutt, Monika. “Parliamentary Submission to HESA on Pharmacare.” Canadian Doctors for Medicare. 6 June 2016.

141. Lexchin J, M. Wiktorowicz, and K. Moscou. “Provincial Drug Plan Officials’ Views of the Canadian Drug Safety System.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(3): 2013.

142. Morgan S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. “A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada.” *Healthcare Policy*, 12(1) May 2016.

143. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. “Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada.” Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

144. Gagnon, Marc-André, “Who’s afraid of universal pharmacare?.” Evidence Network, June 2013.

145. Gagnon, Marc-André. “Marc-André Gagnon: The Case for National Pharmacare.” *National Post*. 10 July 2013.

146. Statistics Canada. “Canada’s population estimates: Age and sex, July 1, 2015.” Government of Canada. 29 September 2015.

147. Simpson, Jeffrey. “Why Not a National Drug Plan for Seniors Similar to CPP?” *The Globe and Mail*. 5 March 2016.

148. Cassels, Alan. “Prescription Drug Use among Seniors Far Too High.” CBC. 22 May 2016.

149. Maher Jr., R.M., J.T. Hanlton, and E.R. Hajjar. “Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly.” *Expert Opinion Drug Safety*, 13(1): January 2014.

150. Samoy, L.J., P.J. Zed, K. Wilbur, R.M. Balen, R.B. Abu-Laban, and M. Roberts. “Drug-Related Hospitalizations in a Tertiary Care Internal Medicine Service of a Canadian Hospital: A Prospective Study.” *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 26(11): November 2006.

151. Allin, S., D. Rudoler, and A. Laporte. “Does Increased Medication Use among Seniors Increase Risk of Hospitalization and Emergency Department Visits?” Health Services Research. 27 September 2016.

152. Morgan S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. “A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada.” *Healthcare Policy*, 12(1) May 2016.

153. Gagnon, Marc-André and Joel Lexchin. “The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States.” *PLoS Medicine*, 5(1): 2008.

154. White, Julie. “A National Public Drug Plan For All.” Canadian Health Coalition. May 2016.

155. Chalkley, P. “Targeting accessible physicians.” Canadian Pharmaceutical Marketing. April 2009.

156. Mintzes, B. et. al. “Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States.” *Journal of General Internal Medicine*, 28(10): October 2013.

157. Lexchin, Joel and Barbara Mintzes. “The pharmaceutical advertising code should be updated.” Healthy Debate. 10 August 2016.

158. Gettings, Jenner et. al. “Differences in the Volume of Pharmaceutical Advertisements between Print General Medical Journals.” *PLoS One*, 9(1): 8 January 2014.

159. Herder, Matthew and David Juurlink. “Let the Sun Shine on Doctors’ Ties to Pharma.” *Toronto Star*. 9 May 2016.

160. McLean, Jesse and David Bruser. “Drug Dinners for Physicians under New National Rules.” *Toronto Star*. 14 March 2016.

161. Bruser, David, Jesse McLean, and Andrew Bailey. “Drug Companies Wine and Dine Family Physicians.” *Toronto Star*. 16 February 2016.

162. Weeks, Carly. “Medical Association Takes Heat for Pfizer Funding.” *The Globe and Mail*. 28 February 2011.

163. Blackwell, Tom. “Family-doctor College Releases Long-secret Report on Big-Pharma Funding, but Refuses to Cut off Money Flow.” *National Post*. 4 January 2016.

164. Ibid.

165. Bowman, M.A. and D.L. Pearle. “Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education.” *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 8(1): January 1988.

166. Gagnon, Marc-André. “The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians.” Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2016.

167. Silversides, Ann. “Ontario’s law curbing the cost of generic drugs spark changes.” *Canadian Medical Association Journal*, 181 (3–4), 4 August 2009: E43-E45.

168. Beeby, Dean. “Revenue Canada Probe of Pharmacies Finds $58M in Hidden Income.” CBC. 7 July 2016.

169. Gagnon, Marc-André. “The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians.” Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2016.

170. Armstrong, David. “Secret trove reveals bold ‘crusade’ to make OxyContin a blockbuster.” STAT News. 22 September 2016.

171. Ryan, H., L. Girion, and S. Glover. “More than 1 million OxyContin pills ended up in the hands of criminals and addicts. What the drugmaker knew.” *LA Times*. 10 July 2016.

172. Ryan, H., L. Girion, and S. Glover. “‘You Want A Description of Hell? Oxycontin 12-Hour Problem.” *LA Times*. 5 May 2016.

173. Ryan, Harriet. “Purdue Pharma issues statement on OxyContin report; L.A. Times responds.” *LA Times*. 6 May 2015.

174. Vowles, Kevin E., et. al. “Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis.” *Journal of Pain*, (156)4: April 2015

175. Milne, V., J. Tepper, and M. Nolan. “5 ways the health system can curb the opioid epidemic.” Healthy Debate. 22 September 2016.

176. Blackwell, Tom. “The Selling of OxyContin.” *National Post*. 12 November 2011.

177. Milne, V., J. Tepper, and M. Nolan. “5 ways the health system can curb the opioid epidemic.” Healthy Debate. 22 September 2016.

178. Meier, Barry. “In Guilty Plea, OxyContin Maker to Pay $600 Million.” *New York Times*. 10 May 2007.

179. Whyte, L., G. Mulvihill, and B. Wieder. “Politics of pain: Drugmakers fought state opioid limits amid crisis.” The Centre for Public Integrity. 21 September 2016.

180. Milne, V., J. Tepper, and M. Nolan. “5 ways the health system can curb the opioid epidemic.” Healthy Debate. 22 September 2016.

181. Persaud, Navindra. “Questionable content of an industry-supported medical school lecture series: a case study.” *Journal of Medical Ethics*, 40:6, 2014.

182. Ibid.

183. “OxyContin Task Force: Final Report.” Newfoundland and Labrador Government. 30 June 2004.

184. Lexchin, Joel and Jillian Clare Kohler. “The danger of imperfect regulation: OxyContin use in the United States and Canada.” *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 23, 2011.

185. Piggott, Thomas and Jia Hu. “Opioid Epidemic Requires National Response.” *Toronto Star*. 30 April 2016.

186. Bracken, Amber. “A Killer High: How Canada Got Addicted To fentanyl.” *The Globe and Mail*. 8 April 2016.

187. Brosnahan, Maureen. “Opiate Overdose Deaths Rising across Canada.” CBC. 18 June 2014.

188. “Party Drug ‘Purple Drank’ a Dangerous Mix, Police Say.” CBC. 14 May 2016.

189. Bracken, Amber. “A Killer High: How Canada Got Addicted To fentanyl.” *The Globe and Mail*. 8 April 2016.

190. Milne, V., J. Tepper, and M. Nolan. “5 ways the health system can curb the opioid epidemic.” Healthy Debate. 22 September 2016.

191. Herder, Matthew and David Juurlink. “Let the Sun Shine on Doctors’ Ties to Pharma.” *Toronto Star*. 9 May 2016.

192. “About prescription drug abuse.” Government of Canada. 14 April 2016.

193. Herder, Matthew. “It’s Time to Think beyond National Pharmacare.” *Toronto Star*. 8 February 2016.

194. Cosgrove, L., S. Vannoy, B. Mintzes, and A.F. Shaughnessy. “Under the Influence: The Interplay among Industry, Publishing, and Drug Regulation.” *Accountability In Research*, 23(5): 2016.

195. Lexchin, Joel. “Economics and industry do not mean ethical conduct in clinical trials.” *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 6(11): 2013.

196. Oved, Marcho Chown. “Canadian medical journals hijacked for junk science.” *Toronto Star.* 29 September 2016.

197. Goldacre, B., H. Drysdale, A. Powell-Smith, et. al. “The COMPare Trials Project.” www.COMPare-trials.org. 2016.

198. “Clinical Trials: For My next Trick...” *The Economist*. 26 March 2016.

199. Baker, Monya. “1,500 Scientists Lift the Lid on Reproducibility.” Nature. 28 July 2016.

200. Shnier, A., J. Lexchin, M. Romero, and K. Brown. “Reporting of financial conflicts of interest in clinical practice guidelines: a case study analysis of guidelines from the Canadian Medical Association Infobase.” *BMC Health Services Research*, 16(383): 15 August 2016.

201. Ioannidis, John P.A. “Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett.” *Journal of Clinical Epidemiology*, 73: 2016.

202. Rosenberg, Harriet and Adrienne Shnier. “The Conflict of Interest Movement in Medicine, Part 1.” Our Right to Know Network. 9 May 2016.

203. Cosgrove, L., S. Vannoy, B. Mintzes, and A.F. Shaughnessy. “Under the Influence: The Interplay among Industry, Publishing, and Drug Regulation.” *Accountability In Research*, 23(5): 2016.

204. Matheson, Alastair. “Ghostwriting: the importance of definition and its place in contemporary drug marketing.” *BMJ*, 354:i4578: 2016.

205. Sismondo, Sergio and Mathieu Doucet. “Publication Ethics and the Ghost Management of Medical Publication.” *Bioethics*, 24(6): 2010.

206. Ibid.

207. Ibid.

208. Briggs C.L. and D.C. Hallin. *Making Health Public: How News Coverage Is Remaking Media, Medicine, and Contemporary Life*. Routledge. 2016.

209. Briggs C.L. and D.C. Hallin. “The Neoliberal Subject and Its Contradictions in News Coverage of Health Issues.” *Social Text*, 25(4): 2007.

210. Herder, Matthew. “It’s Time to Think beyond National Pharmacare.” *Toronto Star*. 8 February 2016.

211. Gagnon, Marc-André. “The Economic Case for Universal Pharmacare: Costs and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all Canadians.” Canadian Centre for Policy Alternatives. 13 September 2016.

212. Ibid.

213. “Canada’s high drug prices under review.” *Canadian Medical Association Journal*, 22 August, 2016.

214. “Annexe D: global overview of the pharmaceutical industry.” Office of Fair Trading. 2007.

215. Herder, Matthew. “Pharma Financialized.” *Impact Ethics*, 25 September 2015.

216. O’Leary, P. “Credible deterrence: FDA and the Park Doctrine in the 21st century.” *Journal of Food and Drug Law*, 68(2): 2013.

217. “Fact sheet – Expand Medicare: Pharmacare.” Canadian Union of Public Employees. 21 February 2013.

218. Kohler, J.C., K. Moscou, and J. Lexchin. “Drug Safety and Corporate Governance.” *Global Health Governance*, 8(1), 2013.

219. Morgan S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. “A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada.” *Healthcare Policy*, 12(1) May 2016.

220. Boozary, Andrew and Joel Lexchin. “Big Pharma’s Relationship with Your Doctor Needs Some U.S.-style Sunshine.” *The Globe and Mail*. 26 March 2014.

221. “Corruption in the Pharmaceutical Sector: Diagnosing the Challenges.” Transparency International. June, 2016.

222. Fierlbeck, Katherine. “The blurred roles of our pharmaceutical regulators.” *Policy Options*, 13 July 2016.

223. Health Canada. “Pharmaceutical submission and application review fees as of April 1, 2014.” Government of Canada. 31 March 2016.

224. Health Canada. “Health Canada’s proposal to parliament for user fees and service standards for human drugs and medical devices program.” Government of Canada. 26 March 2010.

225. Lexchin, Joel. “Drug safety and health Canada.” *The International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 22(1): January 2010.

226. White, Julie. “A National Public Drug Plan For All.” Canadian Health Coalition. May 2016.

227. Picard, André. “‘New’ Drugs Too Often Offer Little New.” *The Globe and Mail*. 17 March 2009.

228. Lexchin, Joel. “Postmarket safety in Canada: are significant therapeutic advances and biologics less safe than other drugs? A cohort study.” *BMJ*, 4:e004289: 2014.

229. “Increasing Drug Costs: Are we getting good value?” Therapeutics Initiative. 31 July 2006.

230. Lexchin, Joel. *Private Profits Versus Public Policy: The Pharmaceutical Industry and The Canadian State*. University of Toronto Press, 2016.

231. Auditor General of Canada. “2011 Fall Report. Chapter 4 – Regulating Pharmaceutical Drugs – Health Canada.” Government of Canada. 22 November 2011.

232. Lexchin, Joel. “Health Canada’s Use of its Priority Review Process for New Drugs: A Cohort Study.” *BMJ*, e006816: 2015.

233. Lexchin, Joel. “New Drugs and Safety: What Happened to New Active Substances Approved in Canada between 1995 and 2010?” *Archives of Internal Medicine*, 172(21): 2012.

234. “Bill C-17: An Act to amend the Food and Drugs Act, Protecting Canadians from Unsafe Drugs Act (Vanessa’s Law).” Government of Canada. 6 November, 2014.

235. Herder, Matthew. “Reinstitutionalizing transparency at Health Canada.” *Canadian Medical Association Journal*, 2015.

236. Bruser, D. and J. McLean. “Health Canada hands over documents but muzzles doctor.” *Toronto Star*. 14 October 2015.

237. Graham, D.J. et. al. “Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study.” *Lancet*, 365(9458): February 2005.

238. “Vioxx: lessons for Health Canada and the FDA.” *Canadian Medical Association Journal*, 172(1): 4 January 2005.

239. Herder, Matthew. “It’s Time For Big Pharma To Open Up About Drug Safety And Effectiveness.” *The Huffington Post*. 17 February 2016.

240. Herder, M., T. Lemmens, J. Lexchin, L. Mintzes, and T. Jefferson. “Is pharmaceutical transparency in Canada all just talk?” *Policy Options*, 12 July 2016.

241. Herder, Matthew. “It’s Time to Think beyond National Pharmacare.” *Toronto Star*. 8 February 2016.

242. Morgan S.G., M.A. Gagnon, B. Mintzes, and J. Lexchin. “A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada.” *Healthcare Policy*, 12(1) May 2016.

243. Schoen, Cathy and Robin Osborn. “The Commonwealth Fund 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.” Commonwealth Fund. November 2012.

244. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. “Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada.” Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

245. Butler, M. and M. Barlow. “Foreword To The Third Edition.” *Social Determinants of Health Canadian Prespectives*. Canadian Scholars Press, 2016

246. “Prescription Drug Access and Affordability an Issue for Nearly a Quarter of All Canadian Households.” Angus Reid Institute. 15 July 2015.

247. “FCM and BC Chamber of Commerce endorse National Pharmacare program.” Lobby Monitor. 10 June 2016.

248. Canadian Federation of Nurses Unions. “Summary of CFNU’s Parliamentary Breakfast Filling the Prescription: The case for pharmacare now.” 31 May 2016.

249. “Pharmacare in Canada.” Aon Hewitt Inc. January 2016.

250. Canadian Union of Public Employees. “Submission to the House of Commons Standing Committee on Health Development of a National Pharmacare Program.” September 2016.

251. Morgan, S.G., D. Martin, M.A. Gagnon, B. Mintzes, J.R. Daw, and J. Lexchin. “Pharmacare 2020: The future of drug coverage in Canada.” Pharmaceutical Policy Research Collaboration. 15 July 2016.

252. Trudeau, Justin. “Minister of Health Mandate Letter.” Government of Canada. November 2015.

253. “A New Plan for a Strong Middle Class.” Liberal Party of Canada. 2015.

254. Morgan, S. and K. Booth. “Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered.” *Healthcare Management Forum*, 1(8): October 2016.

255. “Policy Resolution E-09 Pharmacare.” Liberal Party of Canada. May 2016.

256. Duggan, Kyle. “MPs Begin Study on Pharmacare, Warned of High Drug Costs.” *iPolitics*. 13 April 2016.

257. “Pharmacare Vetoed As Costly.” *Blacklocks Reporter*. 13 April 2016.

258. Morgan, S. and K. Booth. “Universal prescription drug coverage in Canada: Long-promised yet undelivered.” *Healthcare Management Forum*, 1(8), October 2016.

259. Canadian Federation of Nurses Unions. “Summary of CFNU’s Parliamentary Breakfast Filling the Prescription: The case for pharmacare now.” 31 May 2016.

260. Silas, Linda. “Canada’s Nurses Push for Bold Vision on Prescription Drugs.” *National Newswatch*. 19 January 2016.

The Council of Canadians
Le Conseil des Canadiens

300-251 rue Bank
Ottawa, ON, K2P 1X3
canadians.org | 1-800-387-7177

UNIFOR
Local567
EDITORIAL CONTENT

janvier 2017