



# L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

## ÉTAT DE LA SITUATION

Rapport sur les audiences de la Coalition canadienne de la santé relativement  
au Régime d'assurance-médicaments public et universel

L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE –  
ÉTAT DE LA SITUATION : Rapport sur les audiences de la  
Coalition canadienne de la santé relativement au Régime  
d'assurance-médicaments public et universel

Decembre 2008

**ISBN 978-1-897569-17-7**

Votre don au Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) nous permettra de maintenir la gratuité de nos publications en ligne.

La plupart des publications du CCPA sont gratuites sur notre site Web. Votre don ou votre adhésion nous permettra de maintenir l'accès gratuit à nos idées et à nos recherches. Vous pouvez faire un don ou devenir membre sur le site [www.policyalternatives.ca](http://www.policyalternatives.ca).

Vous pouvez également communiquer avec notre bureau national au 613-563-1341 pour obtenir de plus amples renseignements. Pour la présente publication, le don suggéré est de 12 \$ ou tout autre montant selon vos moyens.

Ce rapport est disponible gratuitement sur le site du CCPA à [www.policyalternatives.ca](http://www.policyalternatives.ca).

Vous pouvez commander des copies imprimées auprès du bureau national au coût de 10 \$.



**CCPA**

CANADIAN CENTRE  
for POLICY ALTERNATIVES  
CENTRE CANADIEN  
de POLITIQUES ALTERNATIVES

75, rue Albert, Suite 410, Ottawa, Ontario K1P 5E7  
TÉL. : 613-563-1341 | COURRIEL : [ccpa@policyalternatives.ca](mailto:ccpa@policyalternatives.ca)  
[www.policyalternatives.ca](http://www.policyalternatives.ca)



**Coalition  
canadienne  
de la santé**

2841 Promenade Riverside  
Ottawa, Ontario K1V 8X7  
[www.medicare.ca](http://www.medicare.ca)

## TABLE DES MATIÈRES

---

SOMMAIRE: L'accès aux médicaments sur ordonnance – État de la situation .....	5
1 Doléances exprimées par la population canadienne devant l'inertie en matière d'assurance-médicaments.....	7
2 Source des iniquités .....	9
3 Problèmes créés par les coûts excessifs des médicaments et le manque d'uniformité.....	11
4 Expériences vécues partout au Canada.....	13
Bourbier des familles à faible revenu.....	13
Coûts en croissance constante .....	14
Tracasseries de la bureaucratie gouvernementale.....	16
Financement des régimes d'assurances collectives des employeurs.....	17
Annulation du régime d'assurance-médicaments à la suite d'une mise à pied.....	18
Répercussions du coût exorbitant des nouveaux médicaments.....	19
Coûts associés au déménagement dans une autre province .....	21
Assurance-médicaments pendant les années précédant la retraite .....	22
Exclusion des jeunes de l'assurance-médicaments .....	23
Médicaments essentiels non couverts par les régimes provinciaux.....	24
5 Régime québécois d'assurance-médicaments .....	26
6 Conclusion.....	28
7 Recommandations .....	30
Notes .....	31
Liste des participantes et des participants aux audiences.....	32

## REMERCIEMENTS

La Coalition canadienne de la santé remercie les nombreuses personnes et organisations qui ont permis la tenue de ces audiences, notamment les organisateurs, les bénévoles, les personnes-ressources, les modérateurs, les présentateurs ainsi que les participants.

Nous tenons également à remercier les organisations suivantes, dont l'aide financière a permis la tenue de ces audiences et la publication de ce rapport :

- Le Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada
- Les retraités du Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada
- La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers
- Le Congrès du travail du Canada
- Le Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes
- Le Syndicat canadien de la fonction publique
- Le Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier
- L'Association des syndicalistes retraités du Canada
- Inter Pares
- Le Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public
- L'Alliance de la fonction publique du Canada
- Le Syndicat canadien des métallurgistes unis d'Amérique

## DÉDICACE

À toutes les personnes qui ont fait le récit de leurs expériences, relaté leurs souffrances et exprimé leur confiance en l'avenir.

À la mémoire de :

- René Quigley, organisateur de l'audience tenue à Halifax
- Jim Connor, présentateur lors de l'audience tenue à Halifax
- Marion Dewar, présidente de l'audience tenue à Ottawa

## L'accès aux médicaments sur ordonnance – État de la situation

À L'AUTOMNE 2007, la Coalition canadienne de la santé (CCS) a entamé une série d'audiences sans précédent dans toutes les régions du Canada. Pour la première fois, des audiences publiques étaient tenues pour permettre aux Canadiennes et aux Canadiens de s'exprimer et pour faire le point sur les coûts des médicaments sur ordonnance, leur efficacité, leur usage rationnel et leur accessibilité.

Ce rapport fait état des expériences vécues par les personnes qui se sont exprimées lors de ces audiences. À titre d'exemple, Gretta Ross, de Sarnia, en Ontario, a raconté : « La peine de voir un être cher atteint de démence est déjà assez lourde. L'année dernière, nous avons accumulé une dette de 6 000 \$ en frais de médicaments. Nous risquons maintenant de perdre notre maison. Nous avons tous deux travaillé très fort tout au long de notre vie, et je crois que cette situation est injuste. »

Plus de 250 personnes sont intervenues lors des audiences. Plusieurs ont raconté leur expérience personnelle à la suite de blessures, de maladie ou d'un état chronique exigeant des médicaments sur ordonnance. Des médecins, des infirmières et des infirmiers, des pharmaciennes et des pharmaciens ainsi que des travailleuses et des travailleurs sociaux ont raconté les difficultés éprouvées par leurs patients et leurs clients devant l'inaccessibilité des médicaments sur ordonnance. Les expériences dont ce rapport fait état souligneront aux politiciens, aux décideurs et aux journalistes les motifs pour lesquels nous devons mettre en place, le plus tôt possible, un régime d'assurance-médicaments universel et assurer une meilleure gestion des médicaments dans les soins de santé.

La population canadienne croit à tort que tous les citoyens ont accès aux médicaments sur ordonnance. Nous croyons tous que les personnes âgées sont protégées par un régime provincial d'assurance-médicaments, que les personnes dans le besoin reçoivent l'aide sociale et que les travailleuses et les travailleurs sont protégés par un régime d'assurance collective de leur employeur. Cependant, les audiences et les nombreuses recherches dans le domaine démontrent que ce n'est pas le cas. Plusieurs Canadiennes et Canadiens ne bénéficient d'aucune assurance-médicaments et celles et ceux qui sont assurés doivent faire face à des coûts exorbitants sans cesse croissants.

Notre régime public d'assurance-maladie universel a été établi il y a plus de quarante ans. Depuis ce temps, les médicaments sur ordonnance ont modifié radicalement

la nature des soins de santé, mais ne sont toujours pas couverts par le régime public d'assurance-maladie.

Nous avons plutôt des régimes privés et publics disparates, truffés de lacunes, qui laissent la population canadienne sans un régime complet d'assurance-médicaments. Certains ont les moyens financiers de payer une assurance-médicaments ou de payer leurs propres médicaments, mais ce n'est pas le cas pour tous. Cette situation nous rappelle l'époque avant la mise sur pied du régime d'assurance-maladie.

À la fin de ce document, nous formulons des recommandations visant à éliminer ces injustices. En tout premier lieu, nous recommandons l'implantation d'un régime universel d'assurance-médicaments administré par les provinces et les territoires, dont les coûts seraient partagés entre le gouvernement fédéral, les provinces ainsi que les employeurs.

C'est ce qu'ont réclamé plusieurs intervenants lors des audiences. Selon Philip Lillies, de Moncton, dont la conjointe est atteinte de sclérose en plaques : « L'efficacité est l'un des principaux arguments qui milite en faveur de la mise en place d'un régime complet et universel d'assurance-médicaments. La brochette de programmes disparates qui s'impose actuellement est non seulement injuste, mais elle est dispendieuse, tant sur le plan financier que social. »

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la campagne de la Coalition canadienne de la santé pour la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments, consultez le site [www.healthcoalition.ca/pharmacare-now.html](http://www.healthcoalition.ca/pharmacare-now.html).



# 1 Doléances exprimées par la population canadienne devant l'inertie en matière d'assurance-médicaments

À L'AUTOMNE 2007, la Coalition canadienne de la santé (CCS) a entamé une série d'audiences sans précédent dans toutes les régions du Canada. Pour la première fois, des audiences publiques étaient tenues pour permettre aux Canadiennes et aux Canadiens de s'exprimer et pour faire le point sur les coûts des médicaments sur ordonnance, leur efficacité, leur usage rationnel et leur accessibilité. Toute personne intéressée par un régime public d'assurance-médicaments était invitée à y participer. Les expériences dont ce rapport fait état souligneront aux politiciens, aux décideurs et aux journalistes les motifs pour lesquels nous devons mettre en place, le plus tôt possible, un régime d'assurance-médicaments universel et assurer une meilleure gestion des médicaments sur ordonnance dans les soins de santé.

Partout où les audiences ont été tenues, de la Colombie-Britannique aux Territoires du Nord-Ouest, jusqu'à Terre-Neuve-et-Labrador, les Canadiennes et les Canadiens de tous les milieux ont décrit les répercussions de la hausse constante des coûts des médicaments sur ordonnance sur leur situation personnelle. Plusieurs se demandent pour quelles raisons les médicaments sont payés par les régimes provinciaux de soins de santé lorsqu'un patient est hospitalisé, mais que ce dernier doit en assumer les coûts dès qu'il reçoit son congé. D'autres se demandent si l'ordonnance de médicaments est la solution à tous les maux alors que, dans plusieurs cas, des traitements moins dispendieux pourraient être plus efficaces. D'autres encore sont insatisfaits des régimes provinciaux disparates qui ne portent qu'à confusion, alors que les médicaments sur ordonnance sont assurés dans une province et ne le sont pas dans une autre.

Plus de 250 personnes se sont exprimées lors des audiences. Plusieurs ont raconté leur expérience personnelle à la suite de blessures, d'une maladie ou d'un état chronique exigeant des médicaments sur ordonnance. Des médecins, des infirmières et des infirmiers, des pharmaciennes et des pharmaciens ainsi que des travailleuses et des travailleurs sociaux ont raconté les difficultés éprouvées par leurs patients et leurs clients devant le caractère inaccessible des médicaments sur ordonnance. Certains présentateurs étaient porte-parole d'organisations, notamment de conseils de planification sociale, de partis politiques, de syndicats et de groupes de revendication.

Au fil des audiences qui se sont échelonnées d'octobre 2007 à la fin mars 2008, de Victoria et Saskatoon à Sarnia et St. John's, il est devenu évident que des gens sont privés de médicaments sur ordonnance dans toutes les régions du Canada parce qu'ils

n'ont pas les moyens de se les procurer. Les interventions ont également révélé que plusieurs raisons sont à l'origine de cette situation. Certains n'ont tout simplement pas les ressources financières pour combler leurs besoins essentiels et payer les factures mensuelles de médicaments sur ordonnance onéreux. D'autres se retrouvent en chômage en raison d'une maladie grave et sont trop jeunes pour recevoir des prestations de retraite qui engloberaient les médicaments sur ordonnance. Des personnes handicapées doivent souvent faire un choix : demeurer bénéficiaires d'aide au revenu ou travailler et perdre leur régime d'assurance-médicaments. Même des employés qui bénéficient d'un régime de soins de santé au travail ont réalisé qu'une partie seulement des coûts était remboursée et que cette protection cessait s'ils étaient mis à pied ou prenaient leur retraite.

Au Canada, avant l'instauration du régime universel d'assurance-maladie dans les années 1960, ce genre d'expérience relative à l'accès aux médecins, aux hôpitaux et aux traitements médicaux indispensables étaient monnaie courante. Dans les années qui ont suivi, les médicaments sont devenus de plus en plus répandus, et les médicaments sur ordonnance sont maintenant essentiels au maintien de la santé<sup>1</sup>, mais ne sont pas couverts par notre régime universel d'assurance-maladie.

Il n'est donc pas surprenant d'entendre de plus en plus de récits qui crient à l'injustice lorsqu'il s'agit de l'accès aux médicaments. Il n'est pas étonnant non plus que la solution à ces injustices réside dans un programme universel d'assurance-médicaments. C'est ce qu'ont réclamé plusieurs intervenants lors des audiences. Tout comme leurs prédécesseurs qui se sont exprimés avant l'instauration du régime d'assurance-maladie, ils ont démontré qu'un programme universel d'assurance-médicaments est non seulement essentiel à notre santé, mais qu'un tel régime permettrait aux personnes, aux employeurs et aux gouvernements d'en réduire les coûts.

Au Québec, une réunion spéciale a permis de faire le point sur les avantages et les désavantages du programme d'assurance-médicaments de cette province. Les médicaments des Québécoises et des Québécois sont couverts dans une certaine mesure, mais il s'agit d'un amalgame hybride de régimes privés offerts par les employeurs et d'un régime public pour tous les autres résidents. Les Québécoises et les Québécois sont tout aussi préoccupés par la flambée des coûts et l'inégalité d'accès que les autres résidents du Canada et souhaitent la mise sur pied d'un régime d'assurance-médicaments universel pour réformer le programme d'assurance-maladie.



## 2 Source des iniquités

L'AUGMENTATION VERTIGINEUSE du coût des médicaments sur ordonnance au cours des dix dernières années s'établit à 11 % par année, c'est-à-dire trois fois le taux d'inflation. Cette flambée est attribuable aux entreprises pharmaceutiques qui sont passées maîtres dans l'art de maintenir les prix, les ventes et les profits à des niveaux sans précédent. Ces entreprises sont parmi les plus rentables au monde. Elles prétendent que les coûts de la recherche sont exorbitants, mais dépensent trois fois plus en publicité et en promotion des médicaments qu'en recherche.

Lors des audiences, Reg Anstey, de la Fédération du travail de Terre-Neuve-et-Labrador, s'est ainsi exprimé au sujet du « commerce licite des médicaments » : « Au Canada, toute personne dont la vie dépend de médicaments doit pouvoir les obtenir, et il n'existe aucune raison pour qu'il en soit autrement. Le vrai problème tient au fait que le commerce des médicaments rapporte probablement plus à ceux qui en font la distribution licite qu'à toute autre personne qui se livre à la vente illégale, comme il en est souvent question dans l'actualité. Les profits de ces entreprises sont abusifs. Je crois qu'il s'agit d'un système conçu de façon à ce que le consommateur final paie la note.

La façon dont les entreprises gèrent le commerce licite des médicaments est vraiment scandaleuse. Tout débute avec le représentant en produits pharmaceutiques qui se présente au bureau d'un médecin; on pourrait le surnommer le narcotrafiquant. Nous savons tous que de nombreux échantillons gratuits sont remis généreusement aux médecins afin d'inciter ces derniers à émettre des ordonnances pour leurs produits. Il ne s'agit pas simplement de publicité...Ce sont aussi des repas et des voyages gratuits pour que les ordonnances soient émises », a-t-il ajouté.

Selon Santé Canada, seulement 15 % des médicaments nouvellement approuvés constituent une amélioration ou une percée par rapport aux médicaments existants. Tous les autres sont des médicaments génériques, c'est-à-dire une copie de médicaments originaux vendus plus chers, à un prix de monopole protégé pendant 20 ans. Les campagnes de publicité et de promotion créent, par la suite, une demande pour le « nouveau » médicament. À titre d'exemple, le Lipitor est un médicament utilisé pour réduire le cholestérol. Ce produit fait l'objet de plus de neuf millions d'ordonnances par année et en fait le médicament le plus vendu au Canada. Alan Cassels et Joel Lexchin ont démontré que si le Lipitor était remplacé par un médicament moins onéreux, mais tout aussi efficace, les économies s'élèveraient à près de 220 millions de dollars par année.

Et ce n'est qu'un médicament parmi tant d'autres! Nous gaspillons des sommes astronomiques en prescrivant le Lipitor et d'autres médicaments très coûteux plutôt qu'en ayant recours à des produits de rechange moins dispendieux.

Le problème ne se limite pas à des médicaments coûteux, mais il s'étend à des ordonnances émises sans justification médicale. La plupart des Canadiennes et des

« Au Canada, toute personne dont la vie dépend de médicaments doit pouvoir les obtenir, et il n'existe aucune raison pour qu'il en soit autrement. Le vrai problème tient au fait que le commerce des médicaments rapporte probablement plus à ceux qui en font la distribution licite qu'à toute autre personne qui se livre à la vente illégale, comme il en est souvent question dans l'actualité. Les profits de ces entreprises sont abusifs. Je crois qu'il s'agit d'un système conçu de façon à ce que le consommateur final paie la note. La façon dont les entreprises gèrent le commerce licite des médicaments est vraiment scandaleuse. Tout débute avec le représentant en produits pharmaceutiques qui se présente au bureau d'un médecin; on pourrait le surnommer le narcotrafiquant. Nous savons tous que de nombreux échantillons gratuits sont remis généreusement aux médecins afin de l'inciter ces derniers à émettre des ordonnances pour leurs produits. Il ne s'agit pas simplement de publicité. Ce sont aussi des repas et des voyages gratuits pour que les ordonnances soient émises. Il s'agit donc d'un commerce de drogues.

Arrimé aux lois sur les brevets pharmaceutiques, ce système signifie donc que les entreprises pharmaceutiques peuvent transférer aux consommateurs les coûts de leurs recherches et de leur marketing ad vitam aeternam. En bout de ligne, il n'est pas surprenant que le coût des médicaments augmente aussi rapidement. Cette situation est aggravée par la réglementation qui interdit les médicaments génériques. À mon avis, une grande partie de ces coûts est attribuable aux rapports qu'entretiennent ces entreprises. Ottawa compte de très bons lobbyistes. Il n'est pas facile de changer le système dans lequel évoluent les entreprises pharmaceutiques au Canada. »

— Reg Anstey, St. John's, Newfoundland & Labrador Federation of Labour

Canadiens qui prennent des médicaments pour réduire leur taux de cholestérol ne sont pas nécessairement cardiaques. Le médicament n'est qu'une mesure préventive. Entre-temps, l'efficacité de ces médicaments pour prévenir les maladies cardiaques est au cœur d'une importante controverse compte tenu de leurs effets secondaires notables.

Les gouvernements, les régimes d'avantages sociaux au travail et les personnes éprouvent tous des difficultés devant la flambée des coûts. Reg Anstey a déclaré : « Je trouve aberrant, qu'au Canada, les entreprises pharmaceutiques accaparent une part de plus en plus importante des sommes dépensées en soins de santé. En fin de compte, lorsque l'augmentation vertigineuse des coûts des médicaments excède largement le taux d'inflation, c'est que quelque chose d'autre est négligé. Qu'il s'agisse des patients, des employés couverts par un régime d'assurances collectives ou des autorités en matière de santé, des choix difficiles doivent être faits parce que les entreprises pharmaceutiques drainent trop d'argent.

La flambée des coûts mine également nos régimes inéquitables d'assurance-médicaments public et privés. L'accès à un régime d'assurance-médicaments n'est pas établi en fonction du besoin, mais plutôt de l'endroit où vous demeurez et travaillez. À titre d'exemple, au Manitoba, seulement 9 % de la population est admissible au remboursement du coût des médicaments par le gouvernement tandis qu'au Québec, ce taux atteint 43 %<sup>2</sup>. Même si 75 % des Canadiennes et des Canadiens adhèrent à un régime privé, habituellement par l'entremise de leur employeur<sup>3</sup>, ce n'est pas le cas de plusieurs qui, en outre, ne sont pas admissibles aux programmes gouvernementaux de subvention des médicaments. L'augmentation du coût des médicaments entraîne également des primes et des franchises plus élevées pour les adhérents à des régimes collectifs au travail. Les médicaments représentent maintenant entre 70 et 80 % du coût total des avantages sociaux, et les primes augmentent de 15 % annuellement<sup>4</sup>. Les employeurs sont contraints de limiter les coûts, et les soins de santé sont maintenant la principale pierre d'achoppement dans les rapports entre les syndicats et les employeurs.

La situation ressemble étrangement à celle qui prévalait au cours des années qui ont précédé l'instauration du régime national d'assurance-maladie. En 1961, 53 % des Canadiennes et des Canadiens adhéraient à un régime quelconque d'assurance-maladie. De ce nombre, seulement 9 % étaient couverts pour des soins professionnels en milieu hospitalier, ce qui signifie que 44 % ne jouissaient pas d'une protection complète. De plus, huit millions de Canadiennes et de Canadiens n'avaient aucune protection<sup>5</sup>. Au moment de consulter un médecin, ils devaient en assumer les coûts. S'ils n'avaient pas les moyens de le faire, ils devaient convaincre le médecin de les traiter gratuitement ou simplement se priver des traitements et des interventions. Comme le démontrent les témoignages dans les pages qui suivent, il est évident que plusieurs personnes font aujourd'hui face à la même situation en ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance.

### 3 Problèmes créés par les coûts excessifs des médicaments et le manque d'uniformité

LORS DES AUDIENCES, tous les intervenants ont déclaré qu'ils ne pouvaient payer le coût de leurs médicaments. Ils ont relaté les difficultés qu'ils éprouvent et la confusion à laquelle ils doivent faire face en raison du manque d'uniformité des régimes public et privés. Il ne semble pas qu'il s'agisse de simples omissions, mais plutôt d'un système disparate et onéreux, truffé de lacunes, conçu pour exclure les gens plutôt que pour les inclure.

Les personnes visées comptent des retraités, de jeunes gens et des personnes atteintes de maladie chronique. Mais, dans l'ensemble, lorsqu'il s'agit d'acheter et d'utiliser des médicaments, l'expérience des consommateurs s'articule autour de 10 catégories :

- Les familles à revenu modeste et les retraités qui ne sont pas admissibles au soutien gouvernemental et qui doivent payer leurs médicaments.
- Les personnes atteintes de maladies chroniques, notamment le diabète et l'asthme, qui ne sont pas couvertes par les régimes provinciaux et qui doivent acheter les fournitures médicales et les médicaments dont elles ont besoin.
- Les personnes aux prises avec la réglementation gouvernementale et la bureaucratie qui dissuadent l'accès aux régimes existants.
- Les travailleuses et les travailleurs ainsi que leur famille, qui bénéficient d'un régime incomplet par l'entremise de leur employeur et doivent absorber eux-mêmes une partie importante des coûts.
- Les travailleuses et les travailleurs mis à pied qui perdent leur assurance collective en perdant leur emploi.
- Les personnes à qui on remet des ordonnances de médicaments dispendieux, alors que des médicaments de rechange moins onéreux sont disponibles ou que des traitements autres que des médicaments pourraient convenir et devraient être disponibles.
- Les personnes qui ne peuvent se déplacer au Canada parce que les protections offertes par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux varient considérablement.
- Les personnes de moins de 65 ans qui ne sont pas admissibles à un régime d'assurance-médicaments provincial avant d'avoir atteint l'âge cible de 65 ans et les travailleuses et les travailleurs qui ne peuvent prendre une retraite anticipée pour cette raison.

- Les jeunes gens qui n'ont aucune assurance-médicaments parce qu'ils occupent des postes de débutant et à temps partiel qui ne comportent pas une assurance-médicaments au travail.
- Les résidents de certaines provinces qui ont besoin de médicaments dispensés, essentiels au maintien de la vie, qui ne sont pas couverts par leur régime provincial.

Au Canada, on semble croire que les personnes qui n'adhèrent pas à un régime d'assurance-médicaments par l'entremise de leur employeur sont protégées par différents régimes d'assurance-médicaments provinciaux et de Programmes d'aide au revenu qui comprennent une assurance-médicaments. Sur cette toile de fond, tous auraient en principe accès aux médicaments dont ils ont besoin. Cependant, les témoignages présentés lors des audiences démontrent que ce n'est pas le cas. Certaines personnes paient elles-mêmes d'importantes sommes, même si elles doivent se priver ou priver leur famille de certains besoins essentiels.

Une étude récente publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* indique que, dans deux provinces, les personnes âgées paient 35 % du coût des médicaments sur ordonnance ou moins, alors qu'ailleurs, elles peuvent payer jusqu'à 100 % des coûts. L'étude démontre également qu'à quelques exceptions près les personnes qui n'ont pas atteint l'âge de 65 ans paient plus de 35 % du coût de leurs médicaments sur ordonnance dans chacune des provinces. Dans cinq provinces, la plupart des bénéficiaires de l'aide sociale paient 35 % du coût de leurs médicaments sur ordonnance ou moins, tandis que dans les cinq autres provinces, ces médicaments sont gratuits<sup>6</sup>.

L'étude présente une comparaison des coûts entre les provinces pour les personnes atteintes de différentes maladies. Dans l'exemple d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque congestive, les dépenses de santé remboursables au montant de 1 283 \$ pour des médicaments sur ordonnance variaient de 74 \$ à 1 332 \$ d'une province à l'autre<sup>7</sup>.

Les personnes ayant participé aux audiences ont souligné avec insistance la nécessité de mettre sur pied un régime d'assurance-médicaments parce que, dans leur cas, l'accès universel aux médicaments sur ordonnance n'est qu'un mythe. Dans les pages qui suivent, ces personnes décrivent l'ampleur et l'importance du problème partout au Canada. Certains participants ont également présenté des solutions pour les aider personnellement et, espéraient-ils, aider toutes les Canadiennes et tous les Canadiens.

« La peine de voir un être cher atteint de démence est déjà assez lourde. L'année dernière, nous avons accumulé une dette de 6 000 \$ en frais de médicaments. Nous risquons maintenant de perdre notre maison. Nous avons tous deux travaillé très fort tout au long de notre vie, et je crois que cette situation est injuste. »

— Gretta Ross, Sarnia, en Ontario



## 4 Expériences vécues partout au Canada

### BOURBIER DES FAMILLES À FAIBLE REVENU

John Cox demeure à Halifax. À un certain moment de sa vie, il a dû choisir entre le travail pour subvenir à ses besoins et obtenir ses médicaments. Il ne pouvait accéder aux deux. Comment s'est-il retrouvé dans cette situation? Monsieur Cox est atteint d'une maladie pour laquelle des médicaments à effet antipsychotique sont nécessaires. Ses médicaments étaient couverts lorsqu'il était bénéficiaire de l'aide sociale, mais lorsqu'il a décidé d'aller travailler, il a dû les payer lui-même. Étant donné qu'il n'en avait pas les moyens, il a cessé de les prendre, un geste lourd de conséquences.

Il travaille toujours et réussit à contenir sa maladie parce que son employeur lui permet de travailler selon un horaire flexible.

« ...Je connais beaucoup de gens sur l'aide sociale en Nouvelle-Écosse, et partout au pays. Tous vous diront qu'ils veulent travailler. Mais plusieurs vous diront qu'ils ne peuvent le faire. Ils ont besoin de leurs médicaments pour être en mesure de travailler, mais ne peuvent les obtenir lorsqu'ils travaillent », a déclaré monsieur Cox lors des audiences.

À Toronto, la Street Health Community Nursing Fondation a réalisé une étude sur les sans-abri, en portant une attention toute particulière aux questions liées à la santé. L'étude a révélé, entre autres, qu'au cours de la dernière année, 32 % des sans-abri compris dans l'échantillonnage ont été incapables d'obtenir les médicaments sur ordonnance dont ils avaient besoin.

« Le plus difficile, c'est lorsque le médecin vous prescrit des médicaments en vente libre ou qu'il vous dit que vous devez obtenir d'autres bandelettes de dosage de la glycémie, des fournitures d'ordonnance. De surcroît, personne ne vous remettra deux billets d'autobus pour vous rendre chez le médecin. Vous dépensez tout votre argent pour des fournitures médicales, de la nourriture supplémentaire et des produits en vente libre », a souligné l'un des répondants.

Brenda Young demeure à l'Île-du-Prince-Édouard. Lors des audiences, elle a raconté que son conjoint et elle travaillent fort pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs deux adolescents. Mais la famille vit au jour le jour. C'est pourquoi elle ne peut consacrer 225 \$ par mois à un régime d'assurance-médicaments.

« Je suis atteinte de neurofibromatose. Lorsque je dois subir une intervention chirurgicale, tout est payé. Mais dès que je quitte l'hôpital, je n'ai aucune ressource

« Je suis mère de famille monoparentale. Je travaille la nuit dans un centre pour délinquants. Mon revenu net s'établit à 275 \$ par semaine...

Chaque mois, mes problèmes de santé m'obligent à acheter plusieurs médicaments. Lorsqu'on ajoute le coût de mes médicaments à tous les autres articles dont j'ai besoin, je dois dépenser annuellement un total de 5 031,25 \$. Par conséquent, il ne me reste que 8 000 \$ pour vivre... Je suis constamment angoissée... Si nous bénéficions d'un régime d'assurance-médicaments, plusieurs personnes dans ma situation n'auraient pas à vivre constamment « dans le rouge », tourmentées par les lendemains et l'avenir. Un régime d'assurance-médicaments me permettrait de demeurer en santé et de continuer à travailler, ce qui serait dans le meilleur intérêt de tous. »

— Réjeanne Roy, Petit-Rocher, Nouveau-Brunswick

financière pour payer les médicaments et la physiothérapie nécessaires... Si les enfants ont besoin de médicaments sur ordonnance, je dois parfois leur demander d'attendre le prochain chèque de paie », a-t-elle déclaré lors des audiences.

À London, en Ontario, Robert Buchanan, du Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada, est intervenu au nom des travailleuses et des travailleurs de la santé qui n'ont aucune assurance-médicaments par l'entremise de leur employeur. « Plusieurs occupent des emplois à temps partiel mal rémunérés, de 20 à 24 heures par semaine. Ils ne bénéficient d'aucun régime d'avantages sociaux. Ils doivent donc payer eux-mêmes leurs médicaments. Un régime d'assurance-médicaments est indispensable pour ces personnes », a déclaré monsieur Buchanan lors des audiences.

À Edmonton, John Kolkman, du Edmonton Social Planning Council, a déclaré qu'un régime d'assurance-médicaments pourrait grandement aider les travailleuses et les travailleurs au seuil de la pauvreté. « À Edmonton, déclarait monsieur Kolkman, 60 % des gens à faible revenu ne bénéficient d'aucun soutien gouvernemental. De plus, il est peu probable qu'ils bénéficient d'un régime d'assurance-médicaments. »

Le gouvernement ontarien estime que 19 % de la population provinciale, c'est-à-dire près de 2,5 millions de personnes, ne sont pas suffisamment assurées. Selon une étude publiée par le Toronto Hospital for Sick Children, un nombre important d'enfants n'obtiennent pas les médicaments nécessaires en temps opportun en raison de problèmes financiers. Des études démontrent également que le cinquième de la population canadienne le plus pauvre dépense plus pour des médicaments sur ordonnance que le cinquième le plus riche<sup>8</sup>.

## COÛTS EN CROISSANCE CONSTANTE

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 60 % des décès à l'échelle mondiale sont attribuables à des maladies chroniques : maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, cancer, diabète et problèmes respiratoires chroniques. Au Canada, on estime que les maladies chroniques causeront 89 % des décès. L'OMS prévoit également qu'au cours des dix prochaines années, les décès attribuables aux maladies chroniques augmenteront de 15 %. Plus inquiétant encore, le nombre de personnes qui décéderont du diabète augmentera de 44 %<sup>9</sup>.

L'Association canadienne du diabète rapporte que plus de deux millions de Canadiennes et de Canadiens sont aujourd'hui atteints du diabète, et que plus de trois millions d'autres seront diagnostiqués d'ici 2010. En 2011, plus de 50 % de la population canadienne aura atteint l'âge de 40 ans et plus et sera donc exposée au diabète de type 2<sup>10</sup>.

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, 2,2 millions de personnes sont atteintes d'asthme, soit 8,5 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Le nombre de personnes asthmatiques augmente, particulièrement chez les femmes adultes. La Société canadienne du cancer estime qu'au Canada 159 900 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués et entraîneront 72 700 décès en 2007. La Fondation des maladies du cœur rapporte que les maladies cardiovasculaires tuent plus de Canadiennes et de Canadiens que toute autre maladie. L'Agence de la santé publique du Canada considère que les maladies mentales et l'arthrite sont également des maladies chroniques.

C'est donc dire que des millions de personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin de fournitures médicales et de médicaments pour alléger leurs symptômes et

leurs douleurs. Certaines personnes sont atteintes de plus d'une maladie chronique. Puisque ces maladies peuvent généralement être contrôlées sans exiger une hospitalisation prolongée, les personnes atteintes de maladies chroniques doivent trouver un moyen de payer le coût des médicaments et des fournitures dont elles ont besoin tout au long de leur vie.

Dans son sondage semestriel sur le diabète au Canada, l'Association canadienne du diabète déclare : « Le principal défi auquel doivent faire face les Canadiennes et les Canadiens atteints de diabète demeure leur capacité financière et l'accès aux médicaments, aux appareils et aux fournitures nécessaires au traitement de leur maladie. Les dépenses de santé remboursables...entraînées par le diabète varient énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre, partout au Canada. Si vous êtes atteint du diabète, votre lieu de résidence entre en ligne de compte<sup>11</sup>. »

Tracy Gilles, 33 ans, demeure à Charlottetown, à l'Île-du-Prince-Édouard, et souffre de diabète depuis 30 ans. L'année dernière, elle a subi une intervention chirurgicale qui lui a permis de recevoir un rein de son conjoint. Elle consacre 1 000 \$ par mois à ses traitements, et on lui refuse l'assurance-médicaments.

Le cas de Tracy n'est pas unique lorsqu'il s'agit de difficultés financières liées au diabète. Près d'un membre sur quatre (24 %) de l'Association canadienne du diabète rapporte que ses moyens financiers ne lui permettent pas d'acheter les médicaments, les fournitures ou les appareils nécessaires recommandés par son médecin, et que son régime d'assurance n'est d'aucune utilité<sup>12</sup>.

Plusieurs patients de Joan Barry, une infirmière praticienne à la Saskatoon Community Clinic, sont diabétiques. Dans un mémoire présenté lors des audiences, elle s'exprime ainsi : « Les coûts liés à la maladie sont onéreux pour plusieurs personnes qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance ou d'aide financière. Certaines qualités antérieures d'insuline sont disponibles à prix raisonnables, mais les nouvelles insulines plus efficaces ne sont pas couvertes par le régime provincial d'assurance-médicaments, et leur coût est exorbitant pour plusieurs patients. »

Bill Swan, de Halifax, souffre de graves problèmes d'asthme depuis presque toujours. Lors des audiences, il a déclaré que, depuis plus de vingt ans, il dépense mensuellement entre 150 et 200 \$ pour des médicaments. Lorsqu'il a consulté un assureur pour l'achat d'un régime qui l'aiderait à payer ces coûts, il a été refusé en raison de son « état de santé antérieur », soit l'asthme. « J'étais tellement furieux que j'ai arrêté de prendre mes médicaments et j'ai dû être hospitalisé », a-t-il déclaré lors des audiences.

Nous avons besoin d'un régime d'assurance-médicaments parce que les gens dans ma situation n'arriveront jamais à obtenir une assurance par le truchement d'un régime privé », a souligné monsieur Swan.

Louise Dufour, une conseillère autochtone de la Saskatoon Community Clinic, s'est exprimée au nom des grands-mères avec qui elle travaille : « Notre groupe de grands-mères compte des personnes atteintes de maladie cardiaque, de diabète, d'hypertension, de polyarthrite rhumatoïde, de perte de vision et de mobilité réduite. Par conséquent, comme plusieurs souffrent de maladies multiples, il arrive souvent que ces grands-mères autochtones ne peuvent se permettre d'acheter tous leurs médicaments. À certains moments, elles doivent décider quels médicaments elles achèteront ce mois-ci et faire des choix déchirants : acheter les médicaments ou les produits diététiques particuliers dont elles ont besoin. »

J'ai 33 ans et je suis diabétique depuis 30 ans. Demain, je dois subir ma dernière chirurgie au laser aux yeux avant que je ne devienne aveugle. Il y a un an et demi, j'ai reçu un rein de mon conjoint à la suite de complications...

Je devrais actuellement prendre plusieurs médicaments, mais je ne le fais pas. J'espère que nous aurons les moyens de nous les procurer avant d'endommager le nouveau rein...

Selon le gouvernement, nos revenus sont trop élevés pour que nous soyons admissibles au régime d'assurance-médicaments. Toutefois, je ne connais pas beaucoup de personnes qui peuvent consacrer 1 000 \$ par mois de leur revenu net sans en ressentir les effets. Je pense que quelque chose ne tourne pas rond. Je pense également que mon cas n'est pas unique. Nous devons commencer à examiner les faits derrière les statistiques... En général, ce sont les patients les plus malades qui doivent faire face à ce genre de situation. Les gens qui en ont le plus besoin sont ceux qui sont trop malades pour lutter afin de les obtenir. Car il s'agit bien d'une lutte. »

— Tracy Gilles,  
Charlottetown, à  
l'Île-du-Prince-Édouard.

Puisqu'il n'existe aucune réglementation ni aucune loi fédérale prévoyant le remboursement des médicaments des patients externes, les provinces et les territoires créent et financent leurs propres régimes. Cette situation entraîne des disparités qui obligent les personnes qui cherchent à obtenir le remboursement du coût des médicaments sur ordonnance à composer avec une réglementation et une bureaucratie fort complexes. La réglementation peut porter à confusion, et la bureaucratie implique souvent que les citoyens doivent se passer de protection pour des raisons apparemment arbitraires. À titre d'exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard, le gouvernement administre vingt-neuf programmes d'assurance-médicaments différents ciblant des groupes spécifiques.

Même si toutes les personnes âgées de 65 ans et plus sont couvertes par un régime d'assurance-médicaments financé par la province, les protections accordées varient d'une province à l'autre, et les règles relatives à l'admissibilité, aux franchises et à la coassurance sont différentes et complexes. La protection est particulièrement limitée dans les provinces de l'Atlantique.

Gerry et Lucette Goheen, de Sudbury, en Ontario, sont des personnes âgées souffrant de plusieurs problèmes de santé. Ils adhèrent au régime ontarien d'assurance-médicaments pour les personnes âgées, mais considèrent que les démarches nécessaires pour obtenir les médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin s'apparente à un emploi à temps plein.

« Nous payons un montant préétabli pour chaque ordonnance acceptée par le régime, mais devons payer une franchise au début de chaque année. Toutefois, plusieurs de nos médicaments ne sont pas couverts, et d'autres doivent faire l'objet d'une demande distincte. Même dans ce cas, les médicaments prescrits par notre médecin ne sont pas acceptés. De plus, certains médicaments que le gouvernement finit par accepter sont assortis d'une date de péremption », ont déclaré les conjoints lors des audiences.

Il existe également plusieurs régimes à l'intention des personnes âgées entre 18 et 65 ans. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador n'offrent aucun régime pour ces catégories d'âges. L'Île-du-Prince-Édouard rembourse les médicaments aux ménages dont le revenu annuel est inférieur à 22 000 \$.

Dans la plupart des provinces, des régimes particuliers sont offerts aux familles à très faible revenu. La Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador remboursent intégralement le coût des médicaments aux bénéficiaires de l'aide sociale. Les politiques relatives au remboursement des médicaments varient en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Québec<sup>13</sup>.

Rebekah Peters est directrice des services cliniques et infirmière praticienne au Saul Sair Health Centre, à Winnipeg. Lors des audiences, elle a fait état des difficultés auxquelles fait face l'un de ses patients, John, pour obtenir les médicaments dont il a besoin.

« Il demeure à notre refuge (pour sans-abri) et se fait réveiller à 6 h pour aller au travail... Comme il n'est pas bénéficiaire de l'aide sociale, qu'il ne bénéficie d'aucun régime d'avantages sociaux au travail et que ses médicaments pourraient tout aussi bien coûter un million de dollars, il est incapable de se les payer », a déclaré madame Peters lors des audiences.

Lorsque John a été atteint de glaucome et qu'il a eu besoin de médicaments pour continuer à travailler, il a découvert qu'il lui en coûterait 80 \$ par mois, une somme qu'il n'avait pas. Madame Peters est intervenue pour convaincre une entreprise pharmaceutique de lui fournir les médicaments pour un an, sans quoi il aurait dû s'en passer.



Christina Osmond, de Terre-Neuve-et-Labrador, a raconté l'expérience de sa fille atteinte de diabète, qui a dû avoir recours à une pompe à insuline, en 2000, pour contrôler son taux de glycémie. La pompe coûtait 5 000 \$ et n'était pas remboursable par le régime provincial. En 2007, la fille de madame Osmond a dû avoir recours à une autre pompe, dont le prix avait augmenté à 7 000 \$, qui n'était toujours pas remboursable par le régime provincial.

« Le nouveau régime d'assurance-médicaments pour les familles à faible revenu ne rembourse pas les fournitures liées aux pompes à insuline ni les pompes...donc, retour à la case départ! », a déclaré madame Osmond.

Un pharmacien de Saskatoon a résumé ainsi la confusion qui est devenue monnaie courante pour les professionnels de la santé qui doivent composer avec les lenteurs administratives des régimes d'assurance-médicaments provinciaux : « Votre frustration atteindra de nouveaux sommets lorsque vous devrez répondre à toutes les exigences d'admissibilité au régime de l'Alberta Blue Cross sur un système informatique Zadal en utilisant un formulaire de la Saskatchewan pour un client qui réside en Colombie-Britannique. Le manque d'uniformité dans les systèmes informatiques, les formulaires ainsi que le nombre sans cesse croissant de marques génériques sont un bourbier pour les pharmaciens. »

## FINANCEMENT DES RÉGIMES D'ASSURANCES COLLECTIVES DES EMPLOYEURS

Les régimes d'assurances collectives des employeurs, souvent négociés par les syndicats, couvrent 58 % des travailleuses et des travailleurs et leur famille<sup>14</sup>. Ces personnes adhèrent à un régime collectif plus souvent par l'entremise d'un assureur privé. Dans l'ensemble, seize millions de personnes, c'est-à-dire la moitié de la population canadienne, bénéficient d'une protection quelconque par le truchement d'un régime d'assurance collective au travail. Les régimes varient en fonction du montant des primes payé par les adhérents, du pourcentage des coûts des médicaments couvert et des franchises applicables. L'assurance-médicaments prend fin lorsque l'employé quitte l'entreprise ou est mis à pied, et seule une minorité de travailleuses et de travailleurs sont couverts par leur régime d'assurance-médicaments lorsqu'ils prennent leur retraite.

Bien que les régimes d'assurances collectives profitent à ceux qui y adhèrent, les coûts, tant pour les employeurs que pour les employés, n'ont cessé d'augmenter. Même les professionnels qui administrent ces programmes admettent que l'augmentation du coût des médicaments est absorbée par les employés parce que les employeurs tentent de trouver des façons de réduire leurs contributions. Dans un article publié dans *Benefits Canada*, un magazine destiné aux promoteurs de régimes d'assurances collectives et de régimes de retraite, Shawn O'Brien, un employé de la firme AON Consulting, écrit :

*En général, les promoteurs de régimes appliquent les principes de gestion du budget et des dépenses à leurs programmes d'assurance-médicaments. C'est qu'ils cherchent des mécanismes pour sabrer les dépenses annuelles et simplifier l'administration de leurs régimes d'assurance-médicaments afin que ceux-ci soient facilement compris par les adhérents tout en offrant de meilleures économies en ce qui a trait aux coûts directs. Cette situation entraîne souvent une augmentation de la coassurance qui pénalise les adhérents, sans pour autant s'attaquer aux causes fondamentales de l'augmentation des dépenses en médicaments.*

*Malheureusement, on se préoccupe davantage du résultat net que de la valeur du régime d'assurance-médicaments. Par conséquent, le niveau des avantages sociaux est négocié d'une année du régime sur l'autre sans égard aux répercussions sur la santé.*<sup>15</sup>

Lors des audiences à Saskatoon, Wendy Sol, vice-présidente administrative du Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier (SCEP), a déclaré que même si les besoins médicaux ne sont pas différents d'un lieu de travail à un autre, les régimes manquent totalement d'uniformité. Elle a poursuivi en citant le cas de Gil Musso, un technicien à l'emploi de Group Telecom résidant au Manitoba.

Il fut un temps où l'employeur de monsieur Musso payait intégralement les primes de son régime d'avantages sociaux. Il s'agissait d'un bénéfice fort important puisque la conjointe de monsieur Musso devait prendre des médicaments dispendieux pour combattre la sclérose en plaques. Puis, les choses ont changé. Group Telecom a été acquis par Bell Canada, et les avantages sociaux de monsieur Musso ont été transférés à un « régime d'avantages sociaux adaptés aux besoins des employés ». En vertu de ce régime, chaque employé bénéficiait d'une allocation annuelle de 500 \$ pour l'achat d'un régime de soins médicaux et d'une assurance-médicaments. Après avoir utilisé cette allocation, les employés devaient payer le coût de toute protection supplémentaire.

Pour monsieur Musso, ce changement s'est avéré un véritable cauchemar. Le ménage doit maintenant absorber des coûts mensuels de plus de 1 600 \$.

Dans son mémoire, Tom Graham, du Syndicat canadien de la fonction publique de la Saskatchewan, a souligné que les régimes d'assurance-maladie complémentaires sont non seulement plus dispendieux qu'un régime public unique, mais créent également des injustices flagrantes parmi les travailleuses et les travailleurs. À titre d'exemple, plusieurs personnes qui travaillent dans les emplois les moins rémunérés au sein de la fonction publique, notamment dans les garderies, les foyers de groupe et les centres d'activités, ne bénéficient d'aucun régime d'assurance-médicaments au travail. Les rares personnes qui adhèrent à un régime paient 50 % des primes.

Plusieurs travailleuses et travailleurs syndiqués qui ont participé aux audiences ont décrit les stratagèmes utilisés par leur employeur lors des négociations pour refiler aux employés les coûts de l'assurance-médicaments. Ceci implique que les travailleuses et les travailleurs paient une plus grande part des primes d'assurance-médicaments ou paient plus cher à la pharmacie. Malheureusement, les employés et leur famille souffrant d'une maladie qui exige des médicaments onéreux paient les montants les plus élevés. La hausse vertigineuse du coût des médicaments incite les employeurs à faire davantage pour les réduire, et de plus en plus d'employés verront des compressions dans leurs régimes d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments.

« Nous devons créer un régime universel en fonction des besoins médicaux et non de l'endroit où vous travaillez », déclarait Wendy Sol, du SCEP.

## ANNULATION DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS À LA SUITE D'UNE MISE À PIED

Après 30 années de service, le conjoint d'Irene Ian, âgé de 57 ans, a dû prendre une retraite forcée par son employeur, avec des prestations de retraite réduites et aucun régime d'avantages sociaux. Irene a elle-même été mise à pied en 2001 et, en raison de problèmes de santé, a été incapable de travailler régulièrement. Elle a maintenant 59 ans et estime que ses médicaments coûtent annuellement entre 25 000 \$ et 30 000 \$.

Son conjoint a également besoin de médicaments pour combattre l'hypertension, le cholestérol et les reflux gastriques.

Un régime d'avantages sociaux de base offert par l'employeur de son conjoint aurait pu leur coûter 2 500 \$ par année. Toutefois, leurs médicaments étant tellement dispendieux, les conjoints auraient atteint le plafond imposé par le régime d'assurance-médicaments après seulement deux mois. Ils n'avaient donc aucun avantage à adhérer au régime parce qu'ils auraient dû tout de même payer leurs médicaments sur ordonnance pour le reste de l'année.

Lors des audiences à Halifax, Sandra Whirehead, du Syndicat international des travailleurs et travailleuses de la boulangerie, de la confiserie, du tabac et de la meunerie, a raconté le sort réservé aux travailleuses et aux travailleurs lorsque Hershey a fermé son établissement en Nouvelle-Écosse en 2007; 600 employés ont été mis à pied avec quelques mois de protection du régime d'assurance-médicaments de l'employeur.

« Plusieurs doivent prendre des médicaments sur ordonnance fortement recommandés... Ils ignorent ce que leur réserve l'avenir. Une travailleuse m'a raconté qu'elle pensait divorcer pour bénéficier de l'aide sociale et obtenir une assurance-médicaments. Il s'agit d'un geste désespéré », a conclu madame Whirehead.

Ritchie Mihalick, un représentant national du SCEP résidant à Sudbury, a fait remarquer que le SCEP, le Syndicat canadien des métallurgistes unis d'Amérique et plusieurs autres syndicats comptent des milliers de membres en chômage en raison de fermetures d'usines.

« Ces confrères et ces consœurs ont été licenciés. Ils ont perdu leur emploi, et la plupart d'entre eux ont perdu leur régime d'avantages sociaux peu après. Ils n'ont pas de travail et croulent maintenant sous le fardeau financier que représente le coût des médicaments dont ils pourraient avoir besoin. Dans les villes mono industrielles qui comptent une main-d'œuvre plus âgée, ces personnes doivent choisir entre leurs médicaments et leur nourriture. Dois-je vous dire ce qu'ils ont préféré? », a conclu monsieur Mihalick.

« La plupart des gens sont trop fiers pour admettre qu'ils n'en ont pas les moyens. Ils quittent donc la pharmacie à regret. »

— Don Mullins, Community Advocates Network, Halifax, Nouvelle-Écosse

## RÉPERCUSSIONS DU COÛT EXORBITANT DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Mary Lowther, de Mesachie Lake, en Colombie-Britannique, a relaté l'expérience de son fils de 4 ans toujours incontinent et affichant des troubles de comportement. Lorsqu'elle a consulté un médecin, ce dernier lui a prescrit du Ritalin, un médicament souvent utilisé pour traiter les enfants ayant reçu un diagnostic de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA). Mais, lorsqu'elle a consulté un autre médecin reconnu pour son recours aux vitamines et aux régimes diététiques de concert avec d'autres traitements, son fils semblait souffrir d'une allergie alimentaire. Madame Lowther a donc préparé à son fils des repas diététiques et a entrepris une vitaminothérapie. En l'espace de quatre jours, son fils ne souffrait plus d'incontinence, et les autres symptômes avaient disparu.

Il est indispensable que les médicaments appropriés soient prescrits aux patients afin de limiter leurs coûts parce que beaucoup de Canadiennes et de Canadiens doivent eux-mêmes payer leurs médicaments ou le font par le truchement de leurs impôts.

En 1985, la Conférence d'experts sur l'usage rationnel des médicaments, parrainée par l'Organisation mondiale de la santé, déclarait : « Pour un usage rationnel des médicaments, il faut prescrire le produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée et pendant un laps de temps approprié. »

« Le mois dernier, mon conjoint a consulté notre médecin de famille avec notre fille. Comme cette dernière était absente, il a rencontré un médecin « suppléant ». Nous craignons que notre fille souffre d'asthme. Ce médecin lui a donc prescrit des produits coûtant plus de 100 \$. Nous adhérons au régime d'assurance-médicaments de l'employeur de mon conjoint. J'ai été estomaquée de constater qu'après lui avoir prescrit des médicaments, le médecin a demandé, trois semaines plus tard, qu'elle subisse des examens pour établir s'il s'agissait bien d'asthme. Je me suis renseignée sur les effets secondaires et ai décidé qu'elle ne prendrait pas ces médicaments tant que nous n'obtiendrions les résultats des examens médicaux. Comme il s'agissait d'un nouveau médicament dispendieux, je me suis demandé jusqu'à quel point il était éprouvé sur les enfants. Or, elle ne souffrait pas d'asthme. Je suis très préoccupée du fait que ma fille ait reçu une ordonnance de médicaments coûteux et, qu'en bout de ligne, aucun diagnostic ni examen n'ont confirmé son état de santé. »  
— Gillian Burles, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Toutefois, il est clair que le marketing des entreprises pharmaceutiques fait en sorte que les médecins prescrivent souvent les médicaments les plus récents et les plus dispendieux alors que des marques déjà sur le marché, moins onéreuses, pourraient être tout aussi efficaces. Dans certains cas, ces médicaments éprouvés prescrits pendant de nombreuses années ne représentent pas seulement un meilleur choix, mais sont plus sécuritaires que les médicaments plus récents qui n'ont pas été suffisamment testés sur le marché. Dans certaines circonstances, les médecins pourraient prescrire d'autres traitements que des médicaments, notamment des diètes, des restrictions alimentaires et des exercices, mais préfèrent prescrire des médicaments dispendieux.

Dans une analyse réalisée par Alan Cassels et Joel Lexchin, les auteurs soulignent que le coût des médicaments sur ordonnance pourrait chuter de 45 % si les médecins prescrivaient les médicaments éprouvés et moins dispendieux plutôt que les dix plus récents médicaments sur le marché<sup>16</sup>.

Pourquoi les médecins prescrivent-ils des médicaments plus coûteux alors que d'autres produits tout aussi sécuritaires et efficaces sont disponibles à des prix abordables? Selon les auteurs, la plupart des médecins ne sont tout simplement pas conscients des coûts. Un autre facteur important : les médecins se fient trop aux renseignements qui leur sont fournis par les entreprises pharmaceutiques<sup>17</sup>. Ils sont influencés par les campagnes de marketing et de promotion des fabricants.

Les médecins ne sont peut-être pas conscients des coûts, mais les patients qui n'ont aucune assurance-médicaments les connaissent très bien.

Lors des audiences à Victoria, Linda Segal a indiqué que son médecin lui a prescrit du Fosamax pour combattre son ostéoporose. Il s'agit d'un médicament qui n'est pas couvert par le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique. Elle a donc dû le payer. Qui plus est, le Fosamax a entraîné le développement d'une hernie hiatale parce que l'un de ses médecins traitants ne connaissait pas les effets secondaires du produit.

En Saskatchewan, Marian (elle souhaitait conserver l'anonymat) a raconté à la CCS son expérience personnelle au sujet de médicaments sur ordonnance inappropriés. Après avoir utilisé l'un de ces médicaments pendant huit semaines, elle a commencé à ressentir des malaises. « On m'a prescrit un autre médicament pour résoudre le problème causé par les premiers médicaments, et ce cycle s'est poursuivi pendant plusieurs mois, jusqu'à ce que je développe une autre maladie pour laquelle j'ai reçu, encore une fois, un autre médicament », a déclaré Marian. Au bout du compte, elle a cessé de prendre tous les médicaments, et son état a commencé à s'améliorer.

« Les médicaments moins récents semblaient plus sécuritaires et moins onéreux que les nouveaux remèdes « extra forts ». Cependant, ils ne sont plus prescrits par les médecins. Je comprends mal pourquoi ce ne sont plus les médicaments choisis par les médecins », a-t-elle ajouté.

Cecelie Hewitt œuvre au sein du NWT Council of People with Disabilities. Lors des audiences, elle a fait remarquer que certaines personnes avec qui elle travaille trouvent que les médicaments pour lesquels elles sont assurées ne leur conviennent pas. Mais elles doivent composer avec des médicaments inefficaces parce qu'elles n'ont pas les moyens de s'en procurer de meilleurs. Elle a également cité l'exemple d'un homme qui, souffrant de douleurs chroniques, a demandé qu'un appareil de 110 \$ destiné à alléger ses souffrances soit couvert. Sa demande a été refusée. Il continue donc à prendre, à grands frais, des médicaments contre la douleur qui sont acceptés par le régime provincial d'assurance-médicaments.

Cecelie Hewitt et Gillian Burles, une autre résidente des Territoires du Nord-Ouest, ont raconté les problèmes particuliers auxquels font face les nordistes en ce qui concerne les médecins itinérants connus sous le nom de « suppléants ». Lorsqu'un patient reçoit

un médicament d'ordonnance et retourne consulter pour exprimer ses inquiétudes, il ne voit pas le même médecin. Par conséquent, les patients se retrouvent souvent avec des médicaments dont ils n'ont pas besoin ou qui n'aident en rien leur état de santé.

## COÛTS ASSOCIÉS AU DÉMÉNAGEMENT DANS UNE AUTRE PROVINCE

Comme nous l'avons souligné plus haut, les régimes d'assurance-médicaments offerts et subventionnés par les gouvernements provinciaux et territoriaux manquent d'uniformité. À titre d'exemple, dans les Territoires du Nord-Ouest, le Programme des services de santé non assurés subventionne des médicaments sur ordonnance et des produits en vente libre qui ne sont pas couverts par d'autres régimes privés, provinciaux ou territoriaux. En Alberta, les médicaments anti rétrovirus sont fournis aux patients qui reçoivent le diagnostic du virus de l'immunodéficience humaine, sans franchise ni complication administrative. Au Québec, les résidents qui ne sont pas couverts par le régime d'un employeur le sont automatiquement par le régime public, et c'est le cas de 43 % de la population. À titre de comparaison, seulement 9 % de la population du Manitoba est admissible au régime provincial d'assurance-médicaments<sup>18</sup>.

Que se passe-t-il lorsqu'une personne assurée dans une province déménage ailleurs au Canada pour se rapprocher de sa famille ou pour occuper un nouvel emploi? Plusieurs ont appris à leurs dépens qu'un déménagement dans une autre province implique une augmentation du coût des médicaments.

Nicholas Lane et sa famille ont déménagé du Québec au Nouveau-Brunswick pour se rendre compte que le coût mensuel des médicaments avait monté en flèche. « Ma conjointe prenait déjà du Nexium pour un ulcère à l'estomac, et le coût a atteint environ 85 \$. Elle en a réduit l'usage et en a immédiatement senti les effets, écrivait monsieur Lane dans un mémoire à la CCS. Elle a éventuellement reçu dix ordonnances différentes. Si ma conjointe et mes deux enfants prenaient tous les médicaments qui leur ont été prescrits selon la posologie recommandée, il nous en coûterait 450 \$ par mois, peut-être davantage... ».

Albert Gélinas a déménagé de l'Alberta en Ontario pour un nouvel emploi. Il a réalisé qu'il devrait alors payer les médicaments anti rétrovirus qu'il recevait gratuitement en Alberta. Il a dû également se plier à la lourdeur administrative en remplissant d'interminables demandes et en attendant des remboursements qui tardaient à venir.

« J'ai été complètement désabusé par mon expérience personnelle du Programme de médicaments Trillium, à tel point que j'évite maintenant d'envoyer les reçus pour obtenir le remboursement d'un programme qui me laisse indifférent. Je n'ai pas de temps à perdre devant une lourdeur administrative qui m'oblige à transmettre mes reçus, à justifier mes dépenses et à contester les décisions sur les médicaments qui sont ou ne sont pas admissibles. J'ai réussi à me sortir d'une deuxième faillite largement attribuable aux coûts inattendus des médicaments. Je me contente aujourd'hui de payer mon « amende » mensuelle (20 % du coût des médicaments) et j'évite le stress provoqué par les programmes gouvernementaux qui sont censés aider, mais ne le font pas », écrivait monsieur Gélinas dans un courriel adressé à la CCS.

Les retraités envisagent souvent de déménager ailleurs au pays pour se rapprocher de leur famille ou pour profiter d'une température plus clémente. Mais, avant de mettre leur projet à exécution, ils doivent prendre en compte s'ils ont les moyens de payer leurs médicaments à leur nouveau lieu de résidence. Ils doivent peut-être envisager un déménagement dans une province ou un territoire où les médicaments *sont* couverts.

« Le régime d'assurance-médicaments de mon employeur cessera, et je devrai toujours payer 900 \$ par mois pour mes médicaments, a déclaré monsieur Rozon. Dois-je payer les médicaments ou acheter de la nourriture et entretenir la maison? C'est une situation aberrante dans un pays aussi riche. »

« Depuis 44 ans, je prends de l'insuline pour mon diabète. Ce médicament entraîne des effets secondaires. J'ai été victime d'une crise cardiaque en 1999 et ai fait de l'insuffisance rénale. En 2001, j'ai subi la greffe d'un rein. Je dois prendre une quantité phénoménale de médicaments. En fait, en 2006, le coût total de mes médicaments et de ceux de ma conjointe atteignait un peu plus de 11 000 \$. Heureusement, je bénéficiais d'un bon régime d'avantages sociaux auprès de mon employeur. Malheureusement, mon état de santé ne m'a pas permis de retourner au travail. Je n'ai que 54 ans. Je n'aurai donc aucune assurance-médicaments pendant les dix prochaines années.

« Lorsque nous nous enquêrions auprès d'autres assureurs, même si nous nous attendons à payer des primes exorbitantes, aucun ne veut m'assurer simplement à cause de mon « état de santé antérieur ». Bref, la retraite ne me sourit pas particulièrement. Je rêvais à ce moment tant attendu qui me permettrait de voyager et de visiter des endroits que je n'ai jamais vus. Je dois plutôt penser à la façon dont j'arriverai à payer mes médicaments. Il y a un autre problème; lorsque je prendrai ma retraite, j'aimerais déménager à Halifax pour me rapprocher de la famille de ma conjointe et de nos petits-enfants. Avant de déménager, je dois vérifier si le gouvernement de la Nouvelle-Écosse paiera mes médicaments.

J'ai déjà souligné que mes liens avec le mouvement syndical m'amènent à discuter avec des gens qui prennent leur retraite et perdent leurs avantages sociaux. C'est un véritable fléau. Partout au pays, la situation est la même. Il ne s'agit pas d'exceptions. Des milliers de personnes vivent la même situation que nous. »

— George Rozon, de la section locale 1118 du Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier, Edmonton, Alberta.

Bonnie Thoen est âgée de 50 ans et vit à Saskatoon. Elle est atteinte du diabète de type 1 depuis l'âge de 7 ans. Lors des audiences, elle a raconté qu'elle devait consacrer un minimum de 500 \$ par mois à des fournitures destinées à traiter son diabète. Par contre, si elle déménageait dans les Territoires du Nord-Ouest, sa pompe à perfusion serait couverte par le régime d'assurance-médicaments des T.N.-O. alors que ce n'est pas le cas en Saskatchewan.

« Je ne pourrai pas prendre ma retraite dans cette province. Je dois prendre en considération l'endroit où le coût des médicaments pour mon diabète sera couvert, a-t-elle déclaré lors des audiences...Je vis au Canada et je tiens à demeurer en Saskatchewan, si j'en ai le choix. »

## ASSURANCE-MÉDICAMENTS PENDANT LES ANNÉES PRÉCÉDANT LA RETRAITE

Gerry LeBlanc, coordonnateur du programme des travailleuses et des travailleurs accidentés du Syndicat canadien des métallurgistes unis d'Amérique de la région de Toronto, a révélé, lors des audiences à Toronto, que plusieurs travailleuses et travailleurs se retrouvent « entre deux chaises » lorsqu'il s'agit d'assurance-médicaments. Il a cité l'exemple d'un lieu de travail où, de toute évidence, plusieurs souffraient de la même maladie professionnelle.

La Commission de la santé professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario a reconnu que les travailleuses et les travailleurs devaient quitter le lieu de travail et a offert des cours de recyclage aux plus jeunes et, aux plus âgés, des indemnités en fonction des pertes de salaire. Mais, selon monsieur LeBlanc, plusieurs travailleuses et travailleurs plus âgés ont préféré demeurer au travail sans quoi ils perdraient leur assurance-médicaments.

« Les travailleuses et les travailleurs ont préféré demeurer au travail et aggraver leur état de santé parce que la perte de leur emploi entraînait la cessation du régime qui remboursait leurs médicaments et ceux de leur conjointe ou de leur conjoint, ou encore une nouvelle paire de lunettes pour l'un de leurs enfants. Le revenu de ces personnes était trop élevé pour qu'elles soient assurées par le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario, mais insuffisant pour qu'elles se permettent de renoncer au régime d'avantages sociaux offert par leur employeur. Elles sont donc demeurées au travail, a ajouté monsieur LeBlanc. Cette situation me semble absurde », a-t-il conclu.

À Moncton, au Nouveau-Brunswick, Connie Tanaka a déclaré à la CCS que, chaque mois, elle éprouve des difficultés à payer les médicaments dont elle a besoin pour alléger les symptômes de sa maladie de Crohn. Âgée de 59 ans, elle est affligée par la maladie depuis 15 ans. Son revenu se compose d'une maigre prestation d'invalidité et d'une rente de veuve. Elle a essayé de travailler à temps partiel, mais en a été incapable. Elle n'est pas admissible au régime d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick parce qu'elle détient plus de 1 000 \$ dans un compte bancaire. Elle sait qu'elle devra un jour ou l'autre se soumettre à un examen des ressources si elle désire obtenir la protection, ce qui signifie qu'elle devra comptabiliser chaque sous d'un legs plutôt modeste reçu de son conjoint à la suite de son décès.

Len Carter, de Kitchener, en Ontario, a raconté le cas d'une amie laissée pour compte lorsqu'elle est devenue aveugle à l'âge de 55 ans. Elle était gérante

d'une chaîne de magasins au détail dans le sud-ouest de l'Ontario. Elle a dû abandonner ce travail et un revenu intéressant en raison de sa cécité. Parce qu'elle n'avait pas encore atteint l'âge de 65 ans, elle n'était pas admissible au régime d'assurance-médicaments de l'Ontario pour les personnes âgées. « Le Programme de médicaments Trillium est un borbier indescriptible, surtout pour une personne aveugle », déclarait monsieur Carter. Comme nous l'avons vu dans le cadre d'autres présentations lors des audiences, le Programme de médicaments Trillium exige que les patients paient intégralement leurs médicaments et attendent jusqu'à trois ou quatre mois avant d'être remboursés.

Que se passe-t-il lorsqu'une employée ou un employé âgé de plus de 50 ans est forcé de prendre sa retraite plutôt qu'être mis à pied? Ou encore, lorsque son état de santé ne lui permet plus de travailler? Comme le déclarait Gerry LeBlanc, ces personnes se retrouvent entre deux chaises : trop vieilles pour obtenir un emploi qui offre un régime d'assurance-médicaments et trop jeunes pour être admissibles à un régime provincial pour personnes âgées.

George Rozon, 54 ans, est membre du Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier, à Edmonton. Il craint de se retrouver entre deux chaises lorsqu'il prendra une retraite anticipée dans moins d'un an. Diabétique depuis 44 ans, monsieur Rozon a subi un pontage coronarien et une greffe du rein. Le régime provincial de l'Alberta couvre le coût de ses médicaments anti-rejet, mais l'an dernier, il a dû payer un montant de 11 000 \$ pour les autres médicaments dont lui et sa conjointe ont besoin. Son régime d'assurance-médicaments couvre seulement 80 % de cette somme. Il doit donc combler la différence, c'est-à-dire 180 \$ par mois. Qu'advient-il lorsqu'il prendra sa retraite?

## EXCLUSION DES JEUNES DE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Selon un rapport de Statistique Canada publié en 2007, les jeunes d'aujourd'hui font face à un marché du travail très différent de celui qu'ont connu leurs parents. Pour les jeunes hommes en particulier, le travail à temps plein et à l'année longue est en déclin. Pour les jeunes d'aujourd'hui, l'écart salarial entre les nouveaux employés et ceux plus expérimentés, les emplois temporaires de plus en plus fréquents pour les nouveaux arrivants sur le marché du travail et la diminution du nombre d'employés couverts par un régime de pension agréé sont de véritables problèmes parce que les nouveaux employés doivent eux-mêmes épargner en vue de leur retraite sans l'appui d'un régime subventionné par leur employeur.<sup>19</sup> Plusieurs jeunes consacrent davantage d'années aux études postsecondaires que les générations antérieures. Ils doivent donc trouver des emplois à temps partiel ou temporaires plutôt qu'à temps plein pendant plusieurs années afin de poursuivre leurs études. Ce genre d'emploi ne leur permet pas d'adhérer à un régime d'assurance-médicaments offert par l'employeur.

Lors des audiences, Wendy Renaud, une travailleuse sociale de l'unité de traumatologie de l'hôpital Foothills, en Alberta, a raconté l'histoire d'un travailleur de la construction de 25 ans qui a dû subir une intervention chirurgicale à la suite de voies de fait au cours desquelles il a été poignardé. Lorsqu'il a reçu son congé quelques jours plus tard, il a cessé de prendre ses antibiotiques et ses médicaments antidouleurs parce qu'il n'avait pas les moyens de les payer. Dans les quelques jours qui ont suivi, il est retourné à l'hôpital, souffrant d'une grave infection, et a dû être hospitalisé pour une période plus prolongée.

Selon madame Renaud, il ne s'agit pas d'un cas isolé. « Il s'agissait d'un travailleur à très faible revenu. Il travaillait au jour le jour, moyennant des sommes au comptant.

« J'aimerais vous raconter les difficultés que j'ai éprouvées durant la période de transition à la fin de mes études au niveau de la maîtrise (alors que j'étais assurée en vertu du régime de l'Université) lors de ma recherche d'emploi et pour rembourser la dette d'un prêt étudiant. On a ensuite diagnostiqué une maladie mentale. J'ai dû sans cesse quémander pour payer la somme de 200 \$ par mois pour des médicaments sur ordonnance. Ma vie personnelle a chaviré depuis les six derniers mois, et ma situation financière s'est aggravée. Il était vraiment pénible de penser que je devais utiliser davantage ma carte de crédit pour des médicaments sur ordonnance et que je m'enlisais davantage dans l'endettement. Même aujourd'hui, je viens de dénicher un emploi où un régime couvrira mes médicaments, mais je dois attendre trois mois avant d'être admissible.

— Nicole Wazir,  
Kitchener, en Ontario

Il ne bénéficiait donc d'aucun régime d'avantages sociaux. Il aurait pu s'adresser aux Services sociaux et demander une assurance-médicaments, mais son état de santé et l'absence de moyen de transport l'en ont empêché. Ainsi, le coût absorbé par le système de soin de santé a été beaucoup plus élevé que celui d'une ordonnance », a commenté madame Renaud.

En Saskatchewan, l'histoire d'un jeune homme atteint de maladie mentale a été rendue publique. Peter est âgé de 25 ans et peut travailler à temps partiel s'il prend ses médicaments. Mais ceux-ci coûtent 1 000 \$ par mois et sont payés par ses parents, même s'ils ne bénéficient pas d'un régime d'assurance-médicaments.

Lena Sutton s'est adressée à la CCS au nom de l'Organisation des retraités actifs du Syndicat canadien des métallurgistes unis d'Amérique, à Hamilton, en Ontario. Elle a raconté que plusieurs retraités qui bénéficient d'un régime d'assurance-médicaments paient les médicaments des membres de leur famille parce qu'aucun régime gouvernemental ne les couvre.

« Nous comptons également des membres qui subventionnent le coût des médicaments pour les membres de leur famille parce que le régime d'assurance-médicaments de leur employeur est plafonné à environ 5 000 \$ par année et que les médicaments coûtent 2 500 \$ par mois », a-t-elle déclaré.

Pour plusieurs jeunes, le travail à temps partiel ou les emplois temporaires sont monnaie courante. Pourtant, au fur et à mesure que les séjours à l'hôpital sont écourtés et que le coût des médicaments augmente, ils sont souvent obligés de se débrouiller seuls pour obtenir les médicaments dont ils ont besoin. Ou leurs parents doivent payer une partie de la facture.

## MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON COUVERTS PAR LES RÉGIMES PROVINCIAUX

Le Dr Decker Butzner est chef du service de gastroentérologie pédiatrique et de la nutrition au Alberta Children's Hospital, à Calgary. Il est responsable d'une clinique fréquentée par 355 enfants du sud de l'Alberta qui sont atteints de maladie intestinale inflammatoire. Il a fait état de ses frustrations devant son incapacité à obtenir une protection pour ses patients à qui il prescrit un médicament appelé « infliximab », aussi connu sous le nom de Remicade, utilisé dans le traitement de la maladie intestinale inflammatoire, notamment la maladie de Crohn. Entre 5 et 10 % des patients du Dr Butzner doivent prendre ce médicament. Son coût s'établit à 940 \$ le flacon, et la plupart des patients ont besoin de trois flacons par traitement. En général, le coût du traitement atteint environ 23 000 \$ la première année et 17 500 \$ la deuxième année.

Même si le médicament a été déclaré efficace en 1998 et si les pédiatres le prescrivaient à leurs patients en 2002, deux ans plus tard, le Dr. Butzner devait toujours écrire à l'Alberta Health and Wellness et à la Croix-Bleue (le partenaire du gouvernement de l'Alberta dans le secteur privé en matière d'assurance) chaque fois qu'il le prescrivait à un patient. De plus, il a découvert que la Croix-Bleue de l'Alberta était disposée à payer le coût du médicament si le demandeur adhérait déjà à un régime privé d'assurance, ce qui signifiait qu'un autre assureur participerait aux coûts. Si le demandeur adhérait seulement au régime de base de la Croix-Bleue de l'Alberta, la demande était refusée.

Selon le Dr Butzner, la Croix-Bleue a refusé la demande parce que le médicament n'avait pas encore été approuvé pour le traitement des enfants. Pourtant, si le demandeur adhérait à un autre régime, le médicament était approuvé, peu importe l'âge du patient. Ce n'est qu'en 2005 que le médicament a été approuvé pour le traitement des

enfants en Alberta. Il a fallu attendre 2007 avant que Santé Canada ne l'approuve à l'échelle nationale.

De nouveaux médicaments expérimentaux pour le traitement de maladies rares sont souvent très dispendieux. Darren Nesbit, de Sarnia, en Ontario, sait trop bien à quel point ces médicaments peuvent être onéreux. Il souffre d'une maladie génétique rare, mais fatale, connue sous le nom de la maladie de Fabry. À l'âge de 31 ans, monsieur Nesbit a découvert aux États-Unis un traitement qui pourrait lui sauver la vie et, pendant dix ans, il a servi de sujet d'expérience.

En 2005, l'usage du médicament a été approuvé au Canada, et le fabricant a retiré du marché ses médicaments expérimentaux. Par la suite, monsieur Nesbit a découvert qu'il en coûterait 300 000 \$ par année pour le maintenir en vie. D'emblée, le gouvernement de l'Ontario a refusé d'en rembourser le coût. Monsieur Nesbit a donc croisé le fer avec le gouvernement fédéral. En fin de compte, les gouvernements fédéral et provincial ont accepté de commanditer une étude indépendante post-commercialisation pour le médicament, lui assurant ainsi le remboursement du coût de ses traitements.

« Je peux enfin penser à vivre en santé plutôt qu'à la façon dont j'aurai à gérer le coût exorbitant des traitements », a-t-il déclaré lors des audiences.

Khaled Salam, du Comité du SIDA d'Ottawa, a déclaré que son organisme œuvre auprès de plusieurs personnes qui doivent prendre une multitude de médicaments pour traiter leur état séropositif. « Ce cocktail coûte jusqu'à 2 000 \$ par mois, a-t-il déclaré. En vertu du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, le coût intégral des médicaments est assuré. Toutefois, si la personne travaille, elle doit elle-même en payer le coût, en tout ou en partie. Même le Programme de médicaments Trillium cause des problèmes, a-t-il souligné, parce que les personnes à faible revenu n'ont tout simplement pas l'argent nécessaire pour payer immédiatement et attendre le remboursement qui peut prendre des mois.»

À Vancouver, Ken Buchanan, secrétaire de la B.C. Persons with AIDS Society, a louangé le programme d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique parce que ce régime rembourse aux résidents de la province le plein montant des dépenses liées à l'achat et à la distribution de tous les médicaments destinés à combattre le VIH/SIDA. Un programme similaire existe en Alberta, ce qui, encore une fois, met en lumière les disparités partout au Canada lorsqu'il s'agit des protections d'assurance-médicaments et même de médicaments essentiels au maintien de la vie.

Monsieur Buchanan a également fait remarquer que même si le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique assure le coût des médicaments anti-rétrovirus, il ne couvre pas tous les médicaments nécessaires au traitement des personnes séropositives. Certains médicaments, notamment les antibiotiques, les antifongiques, les produits chimiothérapeutiques ainsi que les médicaments pour combattre la douleur et la dépression, sont distribués par les pharmacies communautaires. « La facilité ou la difficulté d'obtenir un médicament dépend du médicament lui-même et de la situation personnelle du patient », a déclaré monsieur Buchanan lors des audiences.

## 5 Régime québécois d'assurance-médicaments

LE RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS est parfois considéré comme universel parce que tous les résidents sont couverts jusqu'à un certain point. Toutefois, ce régime n'est pas universel dans le sens où chacun bénéficie d'une protection équivalente. En fait, il s'agit d'un régime hybride entre les secteurs public et privé qui offre différents niveaux de protection à différentes personnes. Tous les résidents qui sont couverts par un régime privé, généralement par l'entremise de l'employeur, doivent adhérer à ce régime ainsi que leur conjoint ou conjointe et leurs personnes à charge. Tous les autres résidents sont couverts par un régime public d'assurance-médicaments. On compte actuellement 4,3 millions d'adhérents à des régimes privés et 3,2 millions au régime public.

Les deux régimes comportent d'importantes différences. À titre d'exemple :

- En vertu des régimes privés, les médicaments ne sont pas gratuits pour les enfants de moins de 18 ans ni pour les étudiants âgés de 18 à 21 ans. Ces résidents sont assurés par le régime public.
- En vertu des régimes privés, les adhérents doivent payer des taxes cumulatives de 11,35 % sur leurs primes, ce qui n'est pas le cas en vertu du régime public.
- Pour des revenus comparables, les primes ne sont pas les mêmes entre les régimes privés et le régime public. Dans les régimes privés, ces primes peuvent coûter deux fois plus cher. Cette situation est particulièrement pénible pour les travailleuses et les travailleurs à faible revenu ou ceux qui occupent des emplois à temps partiel.

Même le régime public comporte d'énormes disparités. Les cotisations maximales sont calculées en fonction de la source du revenu plutôt qu'en fonction du revenu lui-même. À titre d'exemple, un bénéficiaire de l'aide sociale paie un maximum de 16,67 \$ par mois et une personne âgée qui reçoit une partie du supplément de revenu garanti paie un maximum de 46,47 \$ par mois. Cependant, un employé à faible revenu tiré d'un emploi doit payer un maximum mensuel de 71,42 \$, même si le revenu réel exprimé en dollars est identique à celui d'une personne âgée.<sup>20</sup>

Outre ces iniquités entre les résidents, la mosaïque des régimes privés et public soulève d'autres problèmes. Les régimes privés couvrent les soi-disant « bons risques », c'est-à-dire les personnes qui travaillent et qui sont le plus susceptibles d'être en bonne santé. Cette sélection laisse au régime public les soi-disant « mauvais risques »,

notamment les personnes sur l'aide sociale, les personnes handicapées qui sont sans emploi ainsi que les personnes âgées, c'est-à-dire celles qui sont les plus susceptibles de prendre des médicaments. L'absence d'un régime unique et universel dans lequel tous les risques seraient partagés avantage le secteur privé parce que le régime public doit absorber les résidents les plus à risque. Aucun interfinancement n'est autorisé pour permettre de corriger ce déséquilibre.<sup>21</sup>

Partout au Canada, le bilan des régimes privés est lamentable en ce qui a trait au contrôle des coûts. Le Mellon Group estime que l'augmentation moyenne des primes d'assurance pour les entreprises canadiennes atteindra 15,1 % en 2005, tandis que l'augmentation était estimée à 15,6 % en 2004. L'escalade des coûts est bien réelle. Les médicaments absorbent la plus importante part de ces augmentations dans l'ensemble du système de la santé. Les dépenses en médicaments exercent une pression considérable sur nos systèmes de santé et de services sociaux et compromettent l'accès de la population à ces services essentiels.

Au Québec, la Coalition Solidarité Santé rassemble 52 organisations syndicales, communautaires, religieuses et populaires. Créée en 1991, cette organisation défend le droit à la santé et aux soins de santé pour tous. La Coalition exige l'élaboration d'une politique provinciale en matière de médicaments axée sur la santé du public plutôt que sur les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique. Elle considère qu'« un régime public universel d'assurance-médicaments assorti d'une politique efficace relative aux médicaments est la meilleure façon d'assurer l'égalité d'accès aux médicaments, leur usage rationnel et le contrôle des coûts.<sup>22</sup> »



« La situation à laquelle nous faisons face le plus souvent est de nature financière; nous recevons au moins deux demandes d'aide financière par mois. Nous venons en aide aux gens et bénéficions de la générosité d'une pharmacie et de médecins (la pharmacie donne des quantités de médicaments génériques, et les médecins renvoient leurs ordonnances). Nous fournissons également une quantité de médicaments et de produits, notamment des comprimés d'acétaminophène, des produits de premiers soins, etc. Nos travailleuses et nos travailleurs sociaux connaissent bien les mécanismes de la sécurité du revenu et la façon d'obtenir de l'aide financière. Bref, compte tenu de ce qui se fait ailleurs, la clinique et ses partenaires offrent un bon contrepois à cette situation problématique, bien que l'accès aux médicaments soit toujours difficile. En bout de compte, les utilisateurs doivent se présenter à la clinique et expliquer clairement ce dont ils ont besoin, etc.

— Luc, Clinique communautaire de la Pointe Saint-Charles, Montréal, Québec

## 6 Conclusion

LORSQUE LE RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE a été créé il y a plus de 40 ans, les médicaments sur ordonnance ou le système de soins de santé en général ne tenaient pas une place aussi importante dans la vie quotidienne des Canadiennes et des Canadiens. De nos jours, les médicaments sur ordonnance sont essentiels pour soulager plusieurs de nos maux. Ils protègent les enfants de la maladie, guérissent des états pathologiques qui, auparavant, étaient mortels et aident à contrôler les maladies chroniques de milliers de Canadiennes et de Canadiens. Les médicaments ont également permis d'éviter des chirurgies élaborées et contribué à réduire les délais de rétablissement des patients qui peuvent maintenant amorcer leur convalescence à la maison plutôt qu'à l'hôpital. Il ne fait aucun doute que les médicaments ont changé fondamentalement la nature des soins de santé au Canada.

Toutefois, nous ne connaissons la portée véritable des nombreux avantages que comportent les médicaments sur ordonnance que lorsque ceux-ci seront intégrés à notre système de soins de santé de façon à en assurer un usage rationnel et à les rendre disponibles à tous ceux qui en ont besoin.

Au cours des audiences partout au Canada, les intervenants ont fait état des coûts sans cesse croissants des médicaments qui les empêchent d'obtenir les traitements dont ils ont besoin. Les intervenants ont également souligné les disparités entre les différents régimes au Canada et réproposé leur régime provincial pour ses lourdeurs administratives et sa complexité. Ils ont également remis en question le coût et l'efficacité des régimes d'assurance-médicaments offerts par les employeurs.

Dans un rapport exhaustif publié en 2002 sur le système de soins de santé au Canada, l'ancien premier ministre de la Saskatchewan, monsieur Roy Romanow, a constaté qu'en dépit des efforts considérables déployés par les provinces et les territoires, le coût des médicaments n'a cessé d'augmenter pour accaparer une part de plus en plus importante des budgets de soins de santé partout au pays. De plus, les médicaments sur ordonnance sont toujours en marge du système canadien de soins de santé plutôt que d'être intégrés, comme il se doit, avec les soins de santé de base et d'autres aspects du système de soins de santé.<sup>23</sup>

La situation des Canadiennes et des Canadiens en ce qui concerne l'accès aux médicaments sur ordonnance ressemble étrangement à celle qui prévalait durant les années qui ont précédé l'instauration du régime national d'assurance-maladie. À cette époque, les gens qui devaient consulter un médecin devaient le faire à leurs frais. S'ils n'avaient pas les moyens de payer la consultation, ils devaient convaincre le médecin de les soigner gratuitement. Ou alors, ils devaient simplement se priver des traitements et des interventions nécessaires. C'est exactement la situation aujourd'hui dans le cas des

médicaments sur ordonnance. Les Canadiennes et les Canadiens se privent souvent des médicaments dont ils ont besoin parce qu'ils ne peuvent les payer ou ils doivent persuader le médecin ou l'entreprise pharmaceutique de leur remettre gratuitement des échantillons ou des fournitures.

Au cours des audiences, plusieurs Canadiennes et Canadiens se sont exprimées ou ont présenté des mémoires insistant sur la création d'un régime universel d'assurance-médicaments afin d'éliminer les iniquités auxquelles fait face quotidiennement la population lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des médicaments sur ordonnance. Un régime d'assurance-médicaments contribuerait non seulement à améliorer l'accès aux médicaments nécessaires, mais également à réduire les coûts par le truchement d'un système plus efficace et mieux contrôlé.

Allan Blakeney, un ancien premier ministre de la Saskatchewan qui a également fait partie du cabinet du premier ministre Tommy Douglas, a rappelé aux participants que la couverture des médicaments sur ordonnance est toujours dans le champ de mire de ce dernier, qui prône un régime universel de soins de santé.

Selon Philip Lillies, de Moncton, dont la conjointe est atteinte de sclérose en plaques : « L'efficacité est l'un des principaux arguments qui milite en faveur de la mise en place d'un régime complet et universel d'assurance-médicaments. La brochette de programmes disparates qui s'impose actuellement est non seulement injuste, mais dispendieuse, tant sur le plan financier que social. »

Ken Buchanan, secrétaire de la B.C. Persons with AIDS Society, a déclaré lors des audiences : « Nous devons intervenir le plus rapidement possible sans quoi les coûts continueront de grimper, l'accès aux médicaments deviendra forcément plus difficile et, de façon générale, tout cela entraînera une détérioration inutile de notre système de soins de santé... Ce n'est pas l'intention de la *Loi canadienne sur la santé*, mais c'est ce qui se produit. Le gouvernement fédéral doit créer dès maintenant un régime national d'assurance-médicaments. »



« Je suis le conjoint d'une femme merveilleuse, instruite, qui a malheureusement été atteinte de sclérose en plaques dans la force de l'âge, plus précisément à la fin de la trentaine. Aujourd'hui au début de la cinquantaine, elle est en fauteuil roulant et ne peut plus marcher. Elle n'est pas admissible aux prestations du régime de pension du Canada, et le Nouveau-Brunswick, contrairement à la plupart des autres provinces, n'offre aucune prestation d'invalidité... Nous avons dû composer avec des décisions arbitraires et des attitudes inflexibles qui font fi des besoins et entraînent des coûts additionnels pour toutes les parties intéressées. Les Canadiennes et les Canadiens sont empreints de justice sociale, et c'est précisément ce qui devrait nous mobiliser pour exiger un régime universel et complet d'assurance-médicaments. Mais, l'efficacité est l'un des principaux arguments qui milite en faveur de la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments pour remplacer la brochette de programmes disparates qui est non seulement injuste, mais dispendieuse, tant sur le plan financier que social. »

— Philip Lillies, Alliance de la fonction publique du Canada, section locale 60350, Moncton, Nouveau-Brunswick

## 7 Recommandations

- La mise sur pied d'un régime universel d'assurance-médicaments pour remplacer la brochette de régimes coûteux, privés et publics. Le coût du régime public serait partagé entre les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les employeurs et administré par les provinces et les territoires.
- Un Formulaire National pour couvrir le coût intégral de tous les médicaments essentiels. Les décisions relatives au paiement des médicaments sont fondées sur une évaluation indépendante de l'aspect sécuritaire, de l'efficacité et du rapport qualité-prix. Des exceptions seront prévues pour des besoins spéciaux ou dans des circonstances particulières.
- Une stratégie nationale visant à obtenir une réduction du prix des médicaments par le truchement d'achats massifs.
- Un système d'information national public, exempt de conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, afin de fournir à tous les professionnels de la santé et au public en général des renseignements impartiaux sur les médicaments.
- La consolidation et l'application stricte des législations visant à bannir toute forme de publicité directe des médicaments sur ordonnance auprès des consommateurs.
- Faire prendre conscience aux professionnels de la santé que les médicaments sur ordonnance ne doivent être prescrits qu'au besoin et qu'ils doivent correspondre à l'état pathologique traité.
- Accélérer l'accès à des médicaments plus abordables, non brevetés, et abroger les règlements relatifs aux brevets qui confèrent à leurs titulaires un monopole au-delà de 20 ans.

Pour de plus amples renseignements, consultez la politique de la Coalition canadienne de la santé, *More For Less: Pharmacare – A National Drug Plan*, sur le site Web [www.healthcoalition.ca/mfl2007.pdf](http://www.healthcoalition.ca/mfl2007.pdf)

## NOTES

---

- <sup>1</sup> INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2006), *Dépenses nationales en santé, 1975-2006*, p.19. (À remarquer que, dans cette comparaison, tous les médicaments sont inclus.)
- <sup>2</sup> DEMERS, V., MELO, M., JACKEVICIUS, C., COX, J., KALAVROUZIOS, D., RINFRET, S., HUMPHRIES, K., JOHANSEN, H., TU, J., & PILOTE, L. (2008). *Comparaison des plans de prescription de médicaments dans les provinces canadiennes et leur impact sur la dépense pharmaceutique annuelle à la charge des patients*, Journal de l'Association médicale canadienne, 178(4), pp. 405 à 409.
- <sup>3</sup> Ibid.
- <sup>4</sup> COALITION CANADIENNE DE LA SANTÉ (2007), *More for Less: Pharmacare – a National Drug Plan*, p. 8.
- <sup>5</sup> NAYLOR, D. (1986), *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966*, Kingston et Montréal, Presses de l'Université McGill et de l'Université Queen's.
- <sup>6</sup> DEMERS ET AL., 2008.
- <sup>7</sup> Ibid.
- <sup>8</sup> LEXCHIN, J. (2007) *No Excuse for Denying Drug Coverage*, Canadian Centre for Policy Alternatives Monitor. [www.policyalternatives.ca/MonitorIssues/2007/12/MonitorIssue1795/index.cfm?pa=DDC3F905](http://www.policyalternatives.ca/MonitorIssues/2007/12/MonitorIssue1795/index.cfm?pa=DDC3F905), rapporté le 14 avril 2008.
- <sup>9</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment*, [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/), rapporté le 10 avril 2008.
- <sup>10</sup> ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE (2005), *Le visage du diabète au Canada*, [www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/face-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/face-fra.php).
- <sup>11</sup> Ibid.
- <sup>12</sup> Ibid.
- <sup>13</sup> DEMERS ET AL., 2008.
- <sup>14</sup> COALITION CANADIENNE DE LA SANTÉ, 2007, p. 10.
- <sup>15</sup> O'BRIEN, S. (2006). *A bitter pill*, magazine Benefits Canada, [www.benefitscanada.com/news/article.jsp?content=20060713\\_134247\\_4176](http://www.benefitscanada.com/news/article.jsp?content=20060713_134247_4176), rapporté le 16 avril 2008.
- <sup>16</sup> CASSELS, A. et LEXCHIN, J. (2004), *Potential savings from therapeutic substitution of 10 of Canada's most dispensed prescription drugs*. Dans N. Temple & M. Thompson (éditeurs.), *Excessive Medical Spending*, (pp. 80 à 92), Oxford : Radcliffe Publishing.
- <sup>17</sup> Ibid.
- <sup>18</sup> DEMERS ET AL., 2008.
- <sup>19</sup> CLARK, W. (2007), *Transitions différées des jeunes adultes*, Tendances sociales canadiennes, Ottawa, Statistique Canada. [www.statcan.ca/francais/freepub/11-008-XIF/2007004/11-008-XIF200700410311.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/11-008-XIF/2007004/11-008-XIF200700410311.htm), rapporté le 25 avril 2008.
- <sup>20</sup> COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ, *Pour une politique du médicament qui fait passer la santé de la population avant l'intérêt des compagnies pharmaceutiques*, avril 2005.
- <sup>21</sup> PRÉMONT, Marie-Claude, *A Pharmacare Program for Canada: the Quebec Model*, présentation lors de la convention du Congrès du travail du Canada, le 28 mai 2008.
- <sup>22</sup> COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ, avril 2005.
- <sup>23</sup> COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (2002), *Les médicaments sur ordonnance*, p.19, [www.hc-sc.gc.ca/francais/care/romanow/hcc0023.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/care/romanow/hcc0023.html), rapporté le 28 avril 2008.

## LISTE DES PARTICIPANTES ET DES PARTICIPANTS AUX AUDIENCES

---

### SASKATOON, LE 25 OCTOBRE 2007

Kathy Storrie, Coalition de la santé de la Saskatchewan  
Derwyn Crozier-Smith  
Alan Blakeney, ancien premier ministre de la Saskatchewan  
Lorne Calvert, premier ministre de la Saskatchewan  
Sandra Finley, Parti Vert de la Saskatchewan  
Roy Atkinson, Syndicat national des monteuses de charpentes  
John Bury, MD  
Don Fletcher  
Jim Holmes, Coalition de la santé de la Saskatchewan  
Ingrid Larson, Clinique communautaire de Saskatoon  
Blake McGrath, Association des syndicalistes retraités de la Saskatchewan  
Wendy Sol, Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier (SCEP)  
Bonnie Thoen  
Howard Leeson, département des sciences politiques, Université de Regina  
Marian (pseudonyme)  
«Un pharmacien» (présentation écrite)  
Carla (présentation écrite)  
Stan Rice (présentation écrite)  
Tom Graham, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) Saskatchewan (présentation écrite)  
Dan Danacher (présentation écrite)  
Étudiants du baccalauréat en service social, Université de Regina

### EDMONTON, LE 29 OCTOBRE 2007

Keith Wiley, Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta  
Wendy Armstrong, Association des consommateurs de l'Alberta  
Brain Mason, MAL, chef du NPD Alberta  
Thea Stobbe, Société pour les droits des diabétiques  
John Kolkman, Conseil de la planification sociale d'Edmonton  
Bill Chan, PAH Society  
Susan Morrissey, Conseil de la planification sociale d'Edmonton

George Rozon, président, section locale 1118, SCEP  
Noel Somerville, Intérêts publics Alberta  
Aileen Taylor, Équipe d'action et de liaison des aînés  
John Shaw, Alberta Society of Seniors United Now  
Jack Goldberg, Amis de l'assurance-maladie  
Irene Slater, Aînés unis  
Verna Milligan  
Terry O'Connor (présentation écrite)

### CALGARY, LE 30 OCTOBRE 2007

Wendy Renaud, travailleuse sociale  
Carol Lawson, travailleuse sociale  
D'Arcy Lanovaz, président, SCFP Alberta  
Decker Butzner, MD, chef de la division de la gastroentérologie pédiatrique, Faculté de médecine, Université de Calgary  
Rick Klimchuk, SCEP  
David Wood  
Brenda May, inf. aut.  
Gord Christie, Conseil du travail de Calgary et du district  
Avalon Roberts, MD  
Ted Woynillowicz, Amis de l'assurance-maladie, Calgary  
Pat Brownlee, président, Coalition of Seniors Advocates  
Donna Ingwersen  
Heather Smith, inf. aut., présidente, Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta  
Al Santos  
Joan Teghtmeyer  
Bev MacKay  
Beryl Wood

### YELLOWKNIFE, LE 1<sup>ER</sup> NOVEMBRE 2007

Ben McDonald, Alternatives Nord  
Kerri King, Centre des familles du Nord  
Doug Ritchie, Ecologie Nord  
Gillian Burles  
Suzette Montreuil, AFPC Nord  
Lona Hegeman  
Cecelie Hewitt, Council of People With Disabilities, T.N.-O.

Heather Clark, Council of People With Disabilities, T.N.-O.  
Eddie Kolosuk  
Ernie Lennie, Centre pour les familles du Nord  
Jean-Francois Des Lauriers, vice-président régional, AFPC Nord  
Dennis Bevington, député, Arctique Ouest (présentation écrite)

### HALIFAX, LE 6 NOVEMBRE 2007

René Quigley, président, Fédération des syndicalistes retraités de la Nouvelle-Écosse  
Ian Johnson, Réseau de santé des citoyens de la Nouvelle-Écosse  
Alexa McDonough, députée, Halifax  
John Cox, Community Advocates Network  
Don Mullins, Community Advocates Network  
Sandra Whitehead, retraitée, Syndicat international des travailleurs et travailleuses de la boulangerie, de la confiserie, du tabac et de la meunerie  
Anne Smith, Réseau des soins de santé aux citoyens de la Nouvelle-Écosse  
Jim Connors  
Maureen MacDonald, MAL, Halifax Needham  
Bill Swan  
Roch Longuepée, Community Advocates Network.  
Kyle Buott, Réseau de santé des citoyens de la Nouvelle-Écosse

### CHARLOTTETOWN, LE 7 NOVEMBRE 2007

Mary Boyd, Coalition de la santé de l'Î-P-E  
Mary McNeil, AFPC  
Linda Webber, Juge à la Cour suprême de l'ÎPE (retraîtée)  
Pat Crawford, pharmacien, Ministère de la Santé, gouvernement de l'Î-P-E  
Sean Murphy, député, Hillsborough  
Herb Dickinson, MD  
Dave Clow, AFPC  
Barb Boudreau  
Brenda Young  
Jim Wicks  
Bruce Garrity  
Marilyn Yap Yu, MD  
Carol Evans

Aquinas Ryan, Seniors United Network  
Ann McNivan, Abolissons la pauvreté  
Wallace White  
Ifo Ikede  
Leo Garland  
Tracy Gillis  
Edith Perry  
Noel Pauley, président, section  
locale 401, SCEP  
Graham Gaudiest, Association  
des soins palliatifs  
Mary Hagen, Ligue des femmes catholiques

#### MONCTON, LE 8 NOVEMBRE 2007

Linda Silas, inf. aut., présidente,  
Fédération canadienne des  
infirmières et des infirmiers  
Philip Lillies, président, section  
locale 60350, AFPC  
Agathe Lapointe, Dieppe (présentation écrite)  
Réjeanne Roy, Petit-Rocher  
(présentation écrite)  
Connie Tanaka  
Greg Murphy, Conseil des pensionnés du CN,  
Conseil des pensionnés no 1, Moncton  
Art Richard, Association acadienne  
et francophone des aînées et  
aînés du Nouveau-Brunswick  
Cécile Cassista, Coalition pour les droits  
des résidents des maisons des soins  
Hector Cormier, président de la SERFNB  
Rino Ouellet, SCEP  
Roger Duguay, chef du NPD,  
Nouveau-Brunswick  
Jean-Luc Bélanger, président, Association  
acadienne et francophone des aînées  
et aînés du Nouveau-Brunswick  
Jean-Claude Basque, Congrès du travail  
du Canada, région Atlantique  
Paulette Sadoway, Congrès du travail  
du Canada, région Atlantique  
Florian Levesque, Coalition de la  
santé du Nouveau-Brunswick

#### TORONTO, LE 20 NOVEMBRE 2007

Julie Devaney, Coalition de la santé de Toronto  
Gerry LeBlanc, Programme des travailleuses  
et des travailleurs blessés des Métallos  
Dave Parker, Centre action  
emploi des Métallos  
Doris Grinspun, inf. aut., Association  
des infirmières et des infirmiers  
autorisés de l'Ontario  
Ruth MacNeil, Organisation des retraités  
actifs des Métallos, chapitre 1 (SOAR)

Jack Pinkus, pharmacien à la retraite  
Darrell Dular, Alliance des aînés  
Richard Kratz, Conseil des travailleuses  
et des travailleurs retraités –  
TCA, région de Toronto  
Laura Hanson, inf. aut., présentation  
écrite, Toronto  
Carolyn Egan, Métallos

#### ST. JOHN'S, LE 26 NOVEMBRE 2007

Kathleen Connors, Coalition de la santé  
de Terre-Neuve-et-Labrador  
Reg Anstey, président, Fédération du  
travail de Terre-Neuve-et-Labrador  
Shawn Strickland  
Lorraine Michael, DCA, chef du NPD  
Ralph Morris, président, section locale  
7022, retraités de NAPE  
Mary Clark, Coalition de la santé de  
Terre-Neuve-et-Labrador  
Mary Shortall, Congrès du travail du  
Canada, région de l'Atlantique  
Carol Furlong, présidente, Association  
des employés publics et  
privés de Terre-Neuve  
Debbie Forward, inf. aut., présidente,  
Syndicat des infirmières et des  
infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador  
Sharon King, présidente, Association des  
professionnels unis de la santé  
Chris Rolton, MD

#### WINNIPEG, LE 6 DÉCEMBRE 2007

Madeline Boscoe, Clinique des  
femmes, Winnipeg  
Sid Frankel, Université de Winnipeg  
Laurie Helgason, Disabled Women's  
Network, Manitoba  
Robert Chernomas, département des sciences  
économiques, Université du Manitoba  
Wayne Helgason, directeur exécutif, Conseil  
de la planification sociale de Winnipeg  
Judy Wasylcia-Leis, députée, Winnipeg  
Centre Nord, porte-parole du NPD  
sur les dossiers de la santé  
Colleen Metge, Faculté de pharmacologie,  
Université du Manitoba  
Barbara Scheuneman, pharmacienne, Mount  
Carmel Community Health Centre  
Marianne Cerilli, West Central  
Woman's Resource Centre  
David Northcott, Winnipeg  
Harvest Food Bank  
Vivian Studen, Association nationale  
des retraités fédéraux

David Alper, travailleur social,  
Hôpital général St-Boniface  
Ron Guse, Manitoba Pharmaceutical  
Association  
David Steen, Society of Manitobans  
with Disabilities  
Tim Sale, ancien ministre de la  
Santé du Manitoba  
Diane Castonguay, présentation  
écrite, Winnipeg

#### VANCOUVER, LE 10 DÉCEMBRE 2007

Colleen Fuller, PharmaWatch  
Monica Ghosh Malcolm, Federation of  
Retired Union Members of BC  
Joy Langan, Federation of Retired  
Union Members of BC  
Barbara Mintzes, Université de la  
Colombie-Britannique  
Steve Morgan, Université de la  
Colombie-Britannique, Centre for  
Health and Policy Research  
Jim Sinclair, président, Fédération  
du travail de la C.-B.  
Adrian Dix, député Vancouver-  
Kingsway, porte-parole du NPD  
dans les dossiers de la santé  
Terry Engler, SIDM, section locale 400  
Art Kube, Conseil des organisations  
de citoyens âgés de la C.-B.  
Ken Buchanan, Société des personnes  
atteintes du sida, C.-B.  
Lorraine Logan, BC FORUM/COSCO  
Russ St. Eloi, Conseil des métiers de la  
construction de la C.-B. et du Yukon  
Avelina Vasquez, Syndicat des  
employés d'hôpitaux, Campagne  
pour un salaire décent

#### VICTORIA, LE 11 DÉCEMBRE 2007

Alan Cassels, Université de Victoria  
Phil Lyons, Coalition de la santé  
de South Island  
Sukhi Lalli, pharmacien  
Rob Fleming, député, Victoria  
Carole Pickup, Coalition de la  
santé de South Island  
Denise Savoie, députée, Victoria,  
(présentation écrite)  
Max Halbert, Greater Victoria Seniors  
Mary Lowther  
Linda Segal, Conseil des Canadiens  
Linda Carter, inf. aut., Syndicat des  
infirmières et des infirmiers de la C.-B.  
Gail Nestel

Graeme McCreath  
Lois Sampson  
Jane Brett  
Jim Hackler, professeur de  
criminologie à la retraite  
Judith Williamson  
Vicki  
Henry McCandless

#### SARNIA, LE 4 FÉVRIER 2008

Arlene Patterson, Coalition de  
la santé de Sarnia  
Natalie Mehra, Coalition de la  
santé de l'Ontario  
Tim Fugard  
Roger Gallaway  
Andy Bruziewicz  
Gail Hauke  
Darren Nesbit  
Marsha Menard  
Glenn Sonier, SCEP  
Gretta Ross  
Kathy, VON

#### KITCHENER, LE 6 FÉVRIER 2008

Orville Thacker, Fédération des  
employés retraités de l'Ontario  
France Gélinas, députée, Nickle  
Belt, porte-parole du NPD dans  
les dossiers de la santé  
Keith Thompson  
Frank Krenue  
Len Carter  
Joyce Cruchank  
Nicole Wazir, travailleuse en  
santé communautaire  
Sandy Ellis, Congrès du travail du  
Canada, région de l'Ontario  
McGee McGuire, inf. aut.

#### LONDON, LE 7 FÉVRIER 2008

Jim Kennedy, Coalition de la santé de London  
Tim Kerry, président, TCA, section locale 27  
David Leeson, pharmacien  
Mike Prudhomme, représentant,  
TCA, section locale 27  
Erin Wilcox, inf. aut.  
Tommy McSwigin, retraité, TCA  
Robert Buchahan, TCA  
Stan Korchuk  
Josie Renesse  
Brian Ginty, TCA, section locale 88  
Hector McCallum

#### SUDBURY, LE 8 FÉVRIER 2008

Carol Hughes  
John Filo  
Ritchie Mihalick, SCEP  
Norm Shamas  
Anne Marie MacInnis

#### OTTAWA, LE 12 FÉVRIER 2008

Pat Kerwin, Association des  
syndicalistes retraités  
Marlene Rivier, Coalition de la santé d'Ottawa  
Marion Dewar  
Qais Ghanem, MD  
Khaled Salam, Comité sur le sida d'Ottawa  
Haoua Inoua  
Una Ferguson, inf. aut. Association  
des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario  
Richard Kitchen, SCEP  
Sheila Pepper, Conseil sur le vieillissement  
Jo Ann Cook, travailleuse sociale  
Dave Batho, SCEP (présentation écrite)

#### HAMILTON, LE 29 FÉVRIER 2008

Malcolm Buchanan, ASRC/membre  
retraité actif – FEESO  
Matthew Adams, Coalition de  
la santé de l'Ontario  
Chris Charlton, député, Hamilton Mountain  
Wayne Marston, député, Hamilton  
East-Stoney Creek  
Dave Christopherson, député,  
Hamilton Center  
Paul Miller, député, Hamilton  
East-Stoney Creek  
Mahadeo Pandey, retraité  
Lena Sutton, présidente, chapitre  
10, Organisation des retraités  
actifs des Métallos [SOAR]  
Karl Crevar, Réseau des travailleuses et  
des travailleurs blessés de l'Ontario  
Bill Fuller, SOAR  
George Sentak, Citoyens aînés  
unis de l'Ontario  
Lucy Morton, VON  
Barry Cowles, retraité SCFP  
Betty-Ann Bushell, ASRC/membre  
retraitée active-FEESO  
Jack Wilkinson, vétéran de la marine  
Ed Falkenor, retraité SEFPO  
Jane Noble

#### NEW GLASGOW, LE 12 MARS 2008

Barbara Hodgins  
June Cameron  
Jim Cameron  
Ross Tugreault  
Bert Martin  
Laura Fraser  
Kattie Brennan  
Stan Kivovich  
Don Elleworth  
Joe Van Bucker

#### PORT HAWKESBURY, LE 13 MARS 2008

Bob Crane, Métallos  
Clotilda Yakimchuk, Conseil des  
aînés de Cape Breton  
Rita O'Keefe, Conseil des aînés  
de Inverness/Victoria

#### MONTRÉAL, LE 9 AVRIL 2008

Claude Saint-Georges, Coalition  
Solidarité Santé  
Claudelle Cyr, Coalition Solidarité Santé  
Marie Pelchat, Clinique communautaire  
de Pointe Saint-Charles  
René Charest, Confédération des  
syndicats nationaux – CSN  
Karine Crépeau, Fédération  
Interprofessionnelle de la  
Santé du Québec – FIQ  
Marie-Hélène Bolduc, Confédération  
des organismes de personnes  
handicapées du Québec  
Mercedez Roberge, Table des regroupements  
provinciaux d'organismes  
communautaires et bénévoles  
Courriels et présentations écrites:  
Nicholas Lane, Nouveau-Brunswick  
Albert Gélinas, Ottawa  
Gerry Goheen, Sudbury  
Erin Wilcox, London  
Irene, London  
Carol Romanow, C.-B.  
Rebekah Peters, inf. aut., Winnipeg  
Christina Osmond, Mt. Pearl, TNL  
Curtis Snow, Terre-Neuve  
Elizabeth, Alberta  
Lillian Edwards  
A. Brown  
Diane Middleton, Windsor  
Gilbert Young, Toronto

# Coalition says pharmacare argument simple it will cost less and help more people

Canadian Health Coalition co-ordinator tells Charlottetown meeting there is no economic or medical reason to charge for prescription drugs to those who can afford to pay or who have a good drug plan

Poor often have to choose between food and filling prescriptions

A coalition advocating pharmacare is travelling across the country collecting stories for

His EI sick benefits paid less than \$1,500 a month

aged much faster

patients can lead normal lives instead of being institutional.

Laid-off employees struggle to pay rising drug prices

Une coalition se penche sur les problèmes d'accès aux médicaments

BY ANNE KELLY  
RECORD STAFF

WATERLOO REGION

credit card for medication.

"The past six months very hard," she said sobbing she now has a job as a health worker at the Downtown Community Project. "Benefits don't kick in until you're on a

L'organisme a pris le pouls de la population, hier, à Moncton

Saskatoon, Saskatchewan

Friday, October 26, 2007

## New Zealand example touted at hearing on universal drug plan

By Lana Haight  
of The StarPhoenix

The campaign for a national drug plan arrived in Saskatoon smack in the middle of a provincial election where drug coverage is an issue. "It is a coincidence that we are here during an election."

"One of the biggest threats to medicare is skyrocketing drug costs."

In making the case for a universal drug plan, the co-ordinator of the Canadian Health Coalition pointed to the plan in New Zealand. The cost of four categories of drugs

### People 'falling through the cracks'

Health Coalition hears from residents

Tous y  
e leur  
t que