

Mood Disorders Society of Canada
Société pour les troubles de l'humeur du Canada



SYSTÈME BRISÉ

Dans quelle mesure la couverture publique des médicaments ne répond-elle pas aux besoins des Canadiens atteints de maladies mentales?

Table des matières

Sommaire

Introduction

Partie 1. Le Contexte

Comprendre la maladie mentale

6

Une maladie dévastatrice

6

Le parcours de rétablissement

7

Accès aux médicaments

8

Partie 2. L'évaluation

Mesure de l'accès aux médicaments pour les maladies mentales

10

Système de remboursement canadien

10

Approche de recherche

11

Processus réglementaire et de remboursement au Canada
(pour les médicaments non oncologiques)

11

Contexte canadien

12

Observations du contexte canadien : Ce que les données nous disent

14

Comment le Canada se compare-t-il?

15

Comment le Canada compare-t-il les observations?

16

Accès international aux médicaments pour les maladies mentales

Partie 3. L'appel à l'action

Les arguments pour faire mieux

17

Discussion

17

Conclusion

18

Reconnaisances

18

Annexe

19

Glossaire

23

Remarque : Les mots et les termes soulignés tout au long du rapport apparaîtront dans le glossaire



Sommaire

Après la pandémie mondiale, le Canada est confronté à une crise de santé mentale croissante. L'accès aux médicaments est un élément crucial du rétablissement des personnes atteintes d'une maladie mentale, en complément avec le soutien des pairs, la psychothérapie, des interventions sur le mode de vie et des traitements non conventionnels. Cependant, l'accès est difficile au Canada en raison du système de santé et de ses lacunes.

Le système de soins de santé complexe du Canada est décentralisé dans ses 10 provinces et ses trois territoires, avec des responsabilités variées, y compris l'accès aux médicaments du public. Certains Canadiens bénéficient également d'une assurance privée ou professionnelle qui peut couvrir une partie ou la totalité du coût des médicaments. Des recherches récentes mettent en évidence une dépendance croissante à l'égard des régimes publics assurance médicaments pour l'accès aux médicaments nécessaires au traitement des maladies mentales. ¹

Compte tenu de la toile de fond de cette crise et de notre système complexe de santé mentale, les Canadiens aux prises avec une maladie mentale méritent un meilleur accès aux médicaments modernes, reconnus pour leur efficacité, leur tolérabilité accrue, des effets secondaires minimisés et d'autres avantages distincts. Malheureusement, d'importants obstacles à l'accès empêchent la disponibilité de ces médicaments dans les régimes publics. Il est nécessaire de mieux comprendre les obstacles qui existent dans les processus de remboursement des médicaments pour les maladies mentales au Canada afin de déterminer pourquoi les Canadiens qui ont besoin de ces médicaments passent à travers les mailles du filet.

Pour identifier ces obstacles, la Mood Disorders Society of Canada (La Société pour les troubles de l'humeur du Canada [STHC]) a mandaté **un nouveau rapport, Système brisé : Dans quelle mesure la couverture publique des médicaments ne répond-elle pas aux besoins des Canadiens atteints de maladies mentales?**, qui révèle la dure réalité : l'accès du public aux médicaments les plus récents contre les maladies mentales est entravé par un système complexe qui prend **trop de temps** et se traduit par un **accès inéquitable** - ou, dans de nombreux cas, pas d'accès du tout.

1. Temps :

Le processus de remboursement au Canada prend trop de temps, ce qui entraîne des retards importants dans l'accès aux nouveaux médicaments pour la maladie mentale. Le rapport démontre qu'au mieux, il faut 2,5 ans et, **au pire, jusqu'à 6 ans pour que ces médicaments deviennent accessibles au public. À titre de comparaison, le délai de prise en charge moyen de tous les médicaments remboursés par l'État est de deux ans au Canada.** ²

2. Inégalité d'accès :

Les recommandations négatives en matière d'ETS (L'évaluation des technologies de la santé) entraînent l'absence de remboursement par le régime public de certains médicaments, ce qui les rend accessibles uniquement par des moyens privés. Le rapport a révélé que les médicaments pour la maladie mentale ont un taux plus élevé d'évaluations négatives de l'ETS par rapport aux médicaments pour d'autres troubles médicaux (**54 % des évaluations négatives de l'agence de l'ETS qui examinent les médicaments pour la majeure partie du Canada, comparativement à seulement 17 % des évaluations négatives pour d'autres troubles non oncologiques de la même agence**). Cela entraîne un manque de couverture publique, ce qui crée des inégalités entre les personnes couvertes par un régime privé et celles qui n'en bénéficient pas. En raison du système décentralisé du Canada, même en présence de résultats positifs en matière d'ETS, les médicaments sont souvent remboursés différemment d'une région à l'autre, ce qui exacerbe davantage les disparités régionales en matière d'accès.

Collaborer avec toutes les parties prenantes, y compris le gouvernement, pour étudier les causes sous-jacentes de ces obstacles aidera à créer des stratégies visant à améliorer l'accès des Canadiens à ces médicaments.

Nous incitons toutes les parties prenantes du système de santé mentale, y compris les représentants du gouvernement et les décideurs, à travailler avec nous pour mener des recherches approfondies, explorer les causes profondes et discuter et prioriser les solutions viables qui peuvent être mises en œuvre efficacement. Ensemble, nous pouvons démanteler ces obstacles, en assurant un accès équitable à ces médicaments essentiels pour tous les Canadiens.



¹ <https://mdsc.ca/research/2022-mental-health-care-system-study-report/>

² MNC appelle les chefs de file canadiens pour améliorer l'accès des patients aux médicaments

Introduction

Chelsea Meldrum avait 12 ans et se sentait suicidaire.

Submergée par la peur, pleurant de façon incontrôlée, se sentant seule mais incapable de socialiser, subissant des hauts et des bas émotionnels et des hallucinations auditives, Chelsea s'automutile fréquemment et s'absente à plusieurs reprises de l'école. Elle voulait et avait besoin d'aide pour mener une vie normale. Il a fallu plusieurs années et plusieurs visites chez des médecins de famille, des psychiatres et différents spécialistes pour confirmer le diagnostic de Chelsea. « Lorsque j'avais 13 ans, mes psychiatres m'ont diagnostiqué une dépression et de l'anxiété. À 14 ans, j'ai reçu un diagnostic de schizophrénie, puis à l'âge de 20 ans, j'ai également reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite, » a dit Chelsea. À l'adolescence, une fois en contact avec le bon psychiatre, elle a passé six semaines au service psychiatrique de l'hôpital local pour enfants. Par la suite, Chelsea a entrepris un programme d'apprentissage spécialisé pour recevoir un traitement continu en parallèle avec son éducation à l'école secondaire. Elle a poursuivi son plan de traitement jusqu'à l'âge adulte.

Aujourd'hui, à l'âge de 28 ans, Chelsea se considère chanceuse d'avoir une famille qui la soutient et d'avoir accès aux soins, notamment à la couverture privée de soins de santé de sa famille, qui comprend un régime complet d'assurance médicaments qui offre l'accès aux médicaments les plus récents pour traiter ses maladies mentales. La gestion de l'ensemble de ses symptômes reste un combat permanent et nécessite une combinaison d'exercices, de sommeil, de médicaments et de thérapie par la parole. Avec tout ce soutien, Chelsea vit sa vie comme elle l'entend : elle est en troisième année d'université et, pendant son temps libre, elle aime peindre et s'occuper de son chat et de ses deux chiens. Elle partage ouvertement son expérience personnelle avec la maladie mentale pour aider à réduire la stigmatisation et aider les autres dans le besoin. Comme elle le mentionne, «... **avoir des problèmes de santé mentale n'est pas un défaut de personnalité, mais un défaut de chimie.** »³

La situation de Chelsea n'est pas unique. En fait, elle n'est que trop fréquente : au cours d'une année donnée, un Canadien sur cinq souffre d'une maladie mentale⁴ et, lorsqu'il atteint l'âge de 40 ans, un Canadien sur deux est atteint - ou a été atteint - d'une maladie mentale.⁵ Bien que la maladie mentale englobe une gamme de troubles avec des symptômes et des degrés de gravité différents, mais qui se chevauchent, le lien commun est un changement dans la façon dont une personne pense, se sent ou se comporte, ce qui est habituellement associé à une détresse importante ou à un fonctionnement altéré dans les activités sociales, professionnelles ou autres.

Chelsea reconnaît que les médicaments ont joué un rôle important dans son parcours de guérison. Sans ces médicaments, dit-elle, elle serait très instable et sa situation serait bien pire. Elle est reconnaissante d'avoir trouvé les médicaments qui lui conviennent (par essais et erreurs), mais si elle était diagnostiquée aujourd'hui, elle voudrait avoir accès



Le traitement des maladies mentales n'est pas une priorité dans le système de soins de santé canadien et il existe des obstacles complexes à l'accès que les personnes doivent franchir pour obtenir le soutien dont elles ont besoin. Des réformes significatives sont absolument nécessaires pour que les Canadiens atteints de maladies mentales puissent avoir un accès vital aux aides nécessaires pour continuer à vivre en bonne santé et à contribuer à la société.

Cynthia Black, soignante, défenseuse de la santé mentale et présidente du conseil d'administration, la Société des troubles de l'humeur du Canada

3 <https://federatedhealth.ca/2021/04/02/federated-health-campaign-support-mental-health-in-challenging-times/>

4 Smetanin et al., (2011). Les répercussions sur la vie et l'économie des principales maladies mentales au Canada : 2011-2041. Préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada. Toronto : RiskAnalytica. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf

5 <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics#:~:text=Prevalence,Canadians%20experiences%20a%20mental%20illness.&text=By%20the%20time%20Canadians%20reach,have%20had%20%E2%80%93%93%20a%20mental%20illness.>

aux dernières avancées. Malheureusement, l'accès des Canadiens aux médicaments destinés au traitement des maladies mentales par l'intermédiaire des régimes publics d'assurance médicaments se heurte à des obstacles : la procédure d'accès aux médicaments les plus récents est trop longue et il existe des inégalités dans cet accès à travers le pays. Chelsea sait qu'elle a pu se concentrer sur ses objectifs personnels et ses études futures parce qu'elle a accès, grâce au régime privé d'assurance médicaments de ses parents, aux médicaments qui l'ont aidée à se rétablir et qui l'ont maintenue en bonne santé. Si elle devait quitter la maison et vivre de façon autonome, elle perdrait l'accès à ce régime privé d'assurance médicaments, et il est peu probable qu'elle puisse payer ses médicaments actuels par elle-même.

Des recherches récentes menées par la Société des troubles de l'humeur du Canada (STHC) montrent que les Canadiens touchés par la maladie mentale dépendent davantage des ⁶ régimes publics d'assurance médicaments pour avoir accès à leurs médicaments. Cette forte confiance peut être due en partie au fait que de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont confrontées à des taux de chômage importants – jusqu'à 90 % des Canadiens atteints d'une maladie mentale grave sont sans emploi. ⁷ Par conséquent, ces personnes peuvent ne pas avoir accès à des régimes d'assurance privés ou en milieu de travail qui offrent une meilleure couverture (mais pas toujours complète) et l'accès aux derniers médicaments dont elles pourraient avoir besoin pour prendre en charge leurs symptômes.

De plus, le passage à un régime public d'assurance médicaments est très préoccupant, car les processus actuels visant à déterminer si un médicament devrait être financé par l'État sont très complexes et longs, et entraînent des inégalités de couverture selon l'endroit où les personnes vivent ou leur situation d'emploi (c.-à-d., avec l'accès à un régime d'assurance médicaments en milieu de travail).

En bref, le système de soins de santé, avec ses régimes publics d'assurance médicaments, est brisé pour les Canadiens atteints de maladies mentales qui ont besoin d'avoir accès à des médicaments pour bien les obtenir et les garder en bonne santé.

Les Canadiens qui ont besoin d'accéder à des médicaments pour soigner leur maladie mentale passent à travers les mailles du filet de notre système public assurance médicaments. Pour bien comprendre et combler ces lacunes, nous devons d'abord comprendre les obstacles. Pour découvrir les obstacles, la STHC* a entrepris l'élaboration de ce rapport.

*La STHC a entrepris l'élaboration de ce rapport en reconnaissant qu'il a exploré d'autres aspects des aides et des traitements en matière de santé mentale dans le cadre d'autres recherches.



L'ouverture au public

Selon un récent sondage de la Société des troubles de l'humeur du Canada (STHC), les Canadiens comptent de plus en plus sur les régimes publics d'assurance médicaments plutôt que sur les régimes privés/d'employeurs. ⁸

Comparativement à 2015, lorsque la STHC a mené un sondage similaire, l'accès se détériore pour les personnes atteintes de maladies mentales :

46 %

ont accès à des régimes assurance médicaments publics et privés (contre 50 % en 2015).

42 %

n'ont accès qu'à un régime public assurance médicaments (contre 39 % en 2015).

63 %

des personnes bénéficiant d'une couverture privée ont déclaré qu'elle était inadéquate pour les soins de santé mentale dont elles ont besoin (contre 54 % en 2015).

6 Source : <https://mdsc.ca/research/2022-mental-health-care-system-study-report/>

7 Source : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-06/Workplace_MHCC_Aspiring_Workforce_Report_ENG_0.pdf

8 Source : https://mdsc.ca/wp-content/uploads/2022/10/MDSC-2022-Mental-Health-Care-Study-Report_Oct-12.pdf

Partie 1. Le Contexte : Comprendre la maladie mentale

Une maladie dévastatrice

Notre état de santé mentale collectif et individuel a atteint des proportions de crise.⁹ Ce problème est de plus en plus préoccupant depuis quelques années, en raison de son exacerbation due à la pandémie mondiale de COVID-19. La peur d'un virus mal compris, combinée à des changements importants dans la manière dont nous interagissons les uns avec les autres pour limiter sa propagation, a fait des ravages. La COVID-19 a entraîné environ 53,2 millions de cas supplémentaires de trouble dépressif majeur à l'échelle mondiale en 2020.¹⁰ D'ici la fin de 2020, 84 % des Canadiens interrogés ont déclaré que leur santé mentale s'était aggravée depuis le début de la COVID-19, et 41 % des jeunes ont signalé des symptômes d'anxiété et des niveaux de stress élevés.¹¹ Un autre sondage a également révélé qu'entre 2022 et 2023 ans, plus d'un Canadien sur 10 a déclaré avoir pensé au suicide.¹²

Il y a cependant une différence entre la santé mentale et la maladie mentale. Il est courant de connaître des hauts et des bas en matière de santé physique et mentale - nous avons tous des jours difficiles où notre santé mentale n'est pas au mieux. Cependant, tout le monde n'a pas une maladie mentale. **L'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel l'individu se rend compte de ses propres capacités, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, et est capable d'apporter une contribution à sa communauté ».**¹³

Comme la plupart des aspects de la vie, notre santé mentale se situe sur un spectre :

- Parfois, nous nous sentons mentalement en bonne santé, surtout lorsque nous avons accès à un système de soutien solide. À ces moments, nous avons le sentiment de contrôler nos pensées, nos sentiments et nos comportements, et nous sommes en mesure de fonctionner de manière optimale dans nos rôles habituels. Parfois, nous sommes plus irritables et anxieux, mais nous sommes toujours capables de fonctionner adéquatement dans nos rôles habituels.
- Une nouvelle dégradation du spectre de la santé mentale conduit à la déficience fonctionnelle, c'est-à-dire à l'incapacité de fonctionner de manière adéquate dans nos rôles habituels, que ce soit à la maison, au travail ou à l'école. Dans ce cas, nous avons l'impression de perdre le contrôle et pouvons nous tourner vers l'automédication pour gérer l'anxiété, le manque de sommeil et d'autres problèmes.
- S'il n'y a pas d'intervention, au stade de la déficience fonctionnelle ou avant, nous pouvons passer à l'extrémité « crise » du spectre de la santé mentale, qui correspond à l'établissement d'un diagnostic de maladie mentale.

Les maladies mentales sont des affections médicales qui influencent les émotions, la pensée et le comportement. Une maladie mentale est diagnostiquée lorsqu'il existe une constellation de symptômes (p. ex., humeur dépressive, insomnie, forte anxiété) qui persistent pendant au



La maladie mentale peut se manifester lentement et, parce qu'elle peut être une maladie invisible, les personnes peuvent souffrir gravement sans que personne ne le sache. Pour ma part, ce n'est que lorsque quelque chose m'a fait comprendre que j'avais changé que j'ai réalisé que la personne que j'étais était partie. Je n'ai plus été moi-même et j'avais été remplacé par quelqu'un que je ne voulais pas être.

Michael Landsberg, fondateur, Sick Not Weak, personne ayant une expérience vécue/vivace

moins plusieurs semaines (chaque diagnostic a une période précise allant de quelques semaines à quelques mois) et qui provoquent une détresse émotionnelle marquée et une altération du fonctionnement.

La gravité de la maladie mentale peut varier de légère à extrêmement grave et inclure des symptômes émotionnels, physiques et cognitifs, certains observables et d'autres invisibles. Même une personne atteinte d'une maladie mentale peut ne pas se rendre compte de l'ampleur de ses symptômes. Les symptômes émotionnels comprennent un sentiment de tristesse ou d'abattement, de désespoir, de dévalorisation ou d'inutilité. En outre, les symptômes d'anxiété - tels que la tension, l'énerverment, l'agitation, la nervosité ou l'irritabilité - sont des symptômes émotionnels courants. Les hallucinations auditives et les délires (fausses croyances) - le plus souvent associés à la schizophrénie - et la manie associée au trouble bipolaire I, sont des symptômes très gênants qui ne sont pas toujours reconnus comme liés à la maladie par la personne qui les éprouve. Les maladies mentales peuvent également se manifester par des symptômes physiques tels que la perte d'appétit, des douleurs telles que des maux de tête, de corps ou de dos chroniques, une perte d'énergie et de la fatigue, ainsi que des problèmes gastro-intestinaux



9 <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real>

10 Collaborateurs COVID-19 pour les troubles mentaux. Lancet 2021; 398 : 1 700 à 12

11 <https://www.gov.nl.ca/cssd/files/2.-Conference-Board-of-Canada.pdf>

12 Recherche en santé mentale Canada. <https://www.mhrc.ca/findings-of-poll-16>, mai 2023

13 Organisation mondiale de la Santé. Promouvoir la santé mentale : concepts, nouvelles preuves, pratique (Rapport sommaire) Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2004

chroniques. Les symptômes cognitifs comprennent une incapacité à se concentrer, une mauvaise mémoire à court terme et une désorganisation.*

Les maladies mentales peuvent conduire à des pensées suicidaires et le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ce qui peut persister, s'intensifier et submerger la pensée quotidienne - pire encore, les pensées suicidaires peuvent se transformer en actes suicidaires. Au Canada, nous perdons environ 4 500 personnes par an à cause du suicide.¹⁴

Une maladie mentale non prise en charge peut avoir des répercussions importantes et dévastatrices non seulement sur la personne éprouvant les symptômes, mais aussi sur ses amis, sa famille, ses collègues, ses voisins, ses proches et ses communautés. Cet impact est encore plus exacerbé lorsque la maladie mentale entraîne la perte d'une vie.

* Le degré et la gravité des maladies mentales sont généralement évalués à l'aide d'échelles d'évaluation clinique. Ces échelles permettent également de suivre l'évolution dans le temps, par exemple en évaluant si les symptômes s'améliorent en réponse à un traitement. Les échelles d'évaluation des cliniciens sont remplies par un professionnel de la santé, tandis que les échelles d'auto-évaluation sont remplies par la personne qui demande l'évaluation (voir l'annexe III pour une liste de certaines des échelles d'évaluation couramment utilisées).



Le parcours de rétablissement

Peu importe la gravité des symptômes, il est essentiel d'obtenir le bon diagnostic et d'avoir accès à un traitement approprié pour aider les personnes à gérer leurs symptômes, surmonter les défis et mener une vie heureuse et productive.¹⁵ Travailler avec un professionnel de la santé qualifié est essentiel pour élaborer un plan de traitement holistique, avec des options qui peuvent comprendre le soutien par les pairs, les médicaments, la psychothérapie, les interventions sur le mode de vie, y compris une alimentation saine, de bonnes habitudes de sommeil et une activité physique régulière, ainsi que des thérapies non conventionnelles fondées sur des données probantes.

Les médicaments ne sont pas toujours nécessaires pour traiter une maladie mentale. Cependant, si les symptômes sont graves, très pénibles et gênent le fonctionnement, les médicaments peuvent être utiles, et parfois, ils sont absolument indispensables. Il est essentiel que ceux qui ont besoin de médicaments pour traiter une maladie mentale aient accès au traitement qui fonctionne pour eux et pour leurs besoins uniques, en particulier les nouveaux médicaments qui sont efficaces, qui sont mieux tolérés, qui causent moins d'effets secondaires et qui ont des avantages uniques.

On estime qu'au Canada, les maladies mentales ont un coût économique d'au moins 50 milliards de dollars par année, un chiffre qui devrait dépasser 2,5 billions de dollars au cours des 20 prochaines années.¹⁶ Certains de ces coûts sont associés à la productivité en milieu de travail, y compris l'absentéisme, le présentéisme et la rotation du personnel, mais la plupart sont liés à l'utilisation des services sociaux, à l'aide financière et aux soins de santé. Par exemple, depuis 2006/2007, le nombre de visites aux services d'urgence liées à la santé mentale a augmenté de 75 % chez les enfants et les jeunes âgés de cinq à 24 ans.¹⁷

Si Chelsea Meldrum a eu la chance de bénéficier du soutien nécessaire pour naviguer avec succès dans le système de santé et accéder aux



Notre système de santé mentale est brisé. Il existe un manque d'accès à des soins de haute qualité en temps opportun et un manque de compassion pour ceux qui demandent des soins. Il en résulte encore plus de souffrances et de pertes humaines. De nombreuses personnes ne peuvent pas accéder aux soins de santé mentale à moins d'être en crise. Ils sont alors contraints de se rendre dans un service d'urgence, où ils peuvent attendre 12 ou 15 heures simplement pour être évalués. Accéder à des conseils psychologiques et à des médicaments acceptables est très compliqué. Aucune partie de notre système ne fonctionne, et nos dirigeants ne prennent pas les bonnes mesures pour combler les lacunes.

Dre Diane McIntosh, B.Sc. Pharmacie, M.D., FRCPC; psychiatre communautaire, professeure adjointe clinique à l'Université de la Colombie-Britannique; fondatrice de SwitchRx.com, PsychedupCME.com et RAPIDS, une technologie novatrice qui aide les cliniciens à fournir des soins psychiatriques personnalisés fondés sur des données probantes.

14 Statistique Canada. Statistiques de l'état civil du Canada – Base de données sur les décès (CVDS). <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233>

15 https://mdsc.ca/docs/MDSC_Quick_Facts_4th_Edition_EN.pdf

16 https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf

17 <https://journals.sagepub.com/eprint/135PD64UCK9G75TVB31B/full>

médicaments dont elle avait besoin, elle n'est que trop consciente, en tant que défenseuse des personnes atteintes de maladies mentales, des lacunes du système qui font que les gens passent entre les mailles du filet. Elle cite le manque de médecins de famille, de psychiatres et d'autres soutiens, ainsi que les longues listes d'attente, comme autant de facteurs susceptibles d'entraver la guérison et le retour à un fonctionnement normal.

Ces mêmes défis ont été identifiés par la STHC et font partie des obstacles les plus importants à l'accès à des soins de santé mentale de haute qualité et en temps opportun, avec la stigmatisation permanente de la maladie mentale, ainsi que le manque de compassion et le racisme franc qui imprègnent certaines structures de soins. Bien que ces obstacles soient très réels et significatifs, l'objectif principal de ce rapport spécifique est de mettre en évidence l'accès inopportun et inéquitable aux médicaments pour la maladie mentale.¹⁸



Les médecins ne sont souvent pas en mesure d'utiliser leur premier choix de médicaments pour leurs patients parce que ces médicaments ne sont pas accessibles. Dans les cas où les patients ne répondent pas à une variété de médicaments, nous devons passer à certains des nouveaux médicaments. Mais comme ils ne sont pas couverts par les régimes gouvernementaux, les patients ne peuvent pas y accéder et nous devons adopter différentes stratégies complémentaires qui ne sont pas la stratégie thérapeutique privilégiée.

Dr Pierre Blier; MD, Ph.D., professeur, département de psychiatrie et de médecine cellulaire et moléculaire, chaire de recherche distinguée, Université d'Ottawa; membre de la Société royale du Canada

Accès aux médicaments

Les maladies mentales sont des troubles médicaux complexes. Dans le cas du trouble dépressif majeur (TDM), par exemple, un diagnostic nécessite cinq des neuf symptômes, ce qui signifie qu'il existe 227 façons possibles de répondre aux critères diagnostiques.¹⁹ Par conséquent, la dépression peut être vécue différemment en fonction des personnes et le traitement doit également être personnalisé. Par exemple, une personne atteinte de TDM peut souffrir d'insomnie grave et bénéficier d'un médicament favorisant le sommeil, tandis qu'une autre peut souffrir d'un sommeil excessif (hypersomnie) dans le cadre de sa dépression, ce qui serait aggravé par un médicament plus sédatif. De même, un médicament peut être efficace pour gérer les symptômes de la dépression, mais il peut ne pas être bien toléré (c'est-à-dire qu'il a des

effets secondaires qui le rendent difficile à prendre). Ce qui fonctionne pour une personne atteinte de TDM peut ne pas fonctionner pour une autre personne ayant le même diagnostic, et les médicaments peuvent avoir un effet ou des répercussions différentes d'une personne à l'autre.

Personnaliser le traitement signifie fournir le bon traitement à la bonne personne au bon moment. Contrairement à d'autres spécialités médicales, la psychiatrie manque actuellement de mesures objectives telles que des tests de laboratoire, des radiographies ou des scintigraphies cérébrales, pour déterminer le meilleur traitement. Cela signifie que les essais et les erreurs de médication font souvent partie du processus de traitement, ce qui est particulièrement difficile à supporter car il faut parfois plusieurs semaines, voire plusieurs mois ou même plusieurs années, pour trouver un traitement efficace et tolérable. Pendant ce temps, la personne souffre, est parfois incapable de travailler, d'aller à l'école, de prendre soin de ses enfants ou de fonctionner efficacement dans la vie quotidienne.

Pourtant, les experts cliniques décrivent les difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'ils tentent d'accéder à des choix de médicaments mieux adaptés aux besoins de leurs patients, que ce soit pour des raisons d'efficacité, de tolérabilité ou les deux. Les cliniciens savent que la personnalisation des choix de traitement peut faire une différence significative dans le parcours de rétablissement de leur patient. Le manque d'accès aux options approuvées par Santé Canada est le résultat d'un certain nombre d'obstacles au sein du système public d'accès aux médicaments.

Pour ceux qui sont passés par le processus « d'essai et d'erreur » des médicaments et qui ont épuisé les options disponibles, les cliniciens ont ensuite du mal à fournir aux patients des traitements plus récents, que ce soit en raison d'un accès retardé, parfois des années après l'approbation de Santé Canada, ou pas d'accès du tout. **« Les médicaments qui sont à la fois efficaces et bien tolérés sont rares, malgré l'idée fautive d'une abondance de choix », remarque le Dr McIntosh. « Les nouveaux médicaments psychiatriques sont souvent mieux tolérés, notamment en réduisant certains des effets secondaires les plus gênants, comme les troubles sexuels et la prise de poids, et ils peuvent également offrir des avantages uniques. Les patients sont plus disposés à prendre un traitement et à le poursuivre plus longtemps lorsqu'il est tolérable et efficace, et un traitement rapide est essentiel. Par exemple, les symptômes du TDM sont plus susceptibles de se résorber complètement s'ils sont traités dans les six mois suivant leur apparition. Le retard du traitement augmente le risque de dépression résistante au traitement (30 % des cas), ce qui est lié à une déficience plus grave, à un risque de suicide plus élevé et à des coûts de soins de santé plus élevés ».**

18 <https://mdsc.ca/people-with-mental-illness-continue-to-face-barriers-to-accessing-care-and-treatment/>

19 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266848/>

La Dre Diane McIntosh estime que les obstacles à un accès rapide et équitable aux médicaments pour les maladies mentales au Canada sont les suivants :

« Le processus de remboursement au Canada comporte trop d'étapes séquentielles qui ralentissent l'ensemble du système.

Les organismes sur place semblent ne pas comprendre les paramètres d'évaluation significatifs des essais cliniques pour les médicaments utilisés pour traiter la maladie mentale.

Les psychiatres sont des experts cliniques sur la prise en charge pharmacologique des troubles psychiatriques. Le groupe de prise de décision manque de données adéquates ou ne semble pas écouter ou réellement prendre en considération les commentaires des experts cliniques qui traitent les patients.

Les personnes atteintes d'une maladie mentale et les aidants ne sont pas bien représentées dans le processus décisionnel.

Les décideurs ne comprennent pas parfaitement comment les médicaments prescrits fonctionnent dans des contextes réels et comment les nouveaux traitements pourraient apporter des avantages essentiels. L'amélioration de la tolérabilité, par exemple, en réduisant le risque de syndrome métabolique ou de dysfonction sexuelle, peut augmenter considérablement l'observance du traitement.

La valeur économique associée à la fourniture de médicaments à la fois efficaces et bien tolérés, permettant aux patients de se rétablir et de rester en bonne santé parce qu'ils adhèrent au traitement, n'est généralement pas prise en compte.

Il existe généralement un manque général de reconnaissance de la stigmatisation qui continue à entourer les diagnostics et les traitements de maladie mentale, qui existe dans la communauté et dans le domaine médical, et qui peut créer des préjugés inconscients chez les décideurs en matière de remboursement. »



La maladie mentale en chiffres

Au cours d'une année donnée, **1 Canadien sur 5** souffre d'une maladie mentale. ²⁰

Un Canadien sur trois sera atteint d'une maladie mentale au cours de sa vie. ²¹

Près de **50 %** des aidants qui s'occupent d'un proche atteint d'une maladie ou d'un problème de santé mentale déclarent que leur rôle a un impact négatif sur leur propre santé mentale. ²²

On estime que **3 millions** de Canadiens sont atteints d'un trouble de l'humeur (comme la dépression) et/ou d'un trouble anxieux, ce qui fait de ces troubles l'un des plus répandus dans le pays. ²³

5 % des Canadiens déclarent avoir reçu un diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT). ²⁴

2,2 % des Canadiens seront atteints de troubles bipolaires à un moment donné de leur vie. ²⁵

Plus de **360 000** Canadiens sont atteints d'une forme ou d'une autre de schizophrénie et 3 % de la population sera atteinte de psychose à un moment ou à un autre de sa vie. ²⁶

Jusqu'à **80 %** des personnes atteintes d'une maladie mentale sont affectées par un mauvais sommeil, y compris s'endormir, rester endormi ou se réveiller plus tôt que prévu. ²⁷

20 Smetanin et al., (2011). Les répercussions sur la vie et l'économie des principales maladies mentales au Canada : 2011-2041. Préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada. Toronto : RiskAnalytica.

21 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/about-mental-illness.html>

22 <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/caregiving>

23 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/mood-anxiety-disorders-canada.html>

24 <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-eng.htm>

25 <https://cpa.ca/psychology-works-fact-sheet-bipolar-disorder/>

26 Rapport annuel 2020/2021 de la Société canadienne de la schizophrénie <https://schizophrenia.ca/wp-content/uploads/2022/03/SSC-annual-report-2021-v03-3-compressed.pdf>

27 <https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/mental-illness-associated-with-poor-sleep-quality>

Partie 2. L'évaluation : Mesure de l'accès aux médicaments pour les maladies mentales

Système de remboursement canadien

Avant de révéler les performances du Canada en matière d'accès rapide et équitable aux médicaments contre les maladies mentales, il est important de comprendre comment fonctionne le système de remboursement des médicaments au Canada.

Le système de santé complexe du Canada se caractérise par son financement public et sa nature décentralisée. La responsabilité de la prestation des soins de santé revient principalement aux 10 provinces et aux trois territoires. De plus, de nombreux Canadiens ont accès à des régimes d'assurance privés ou en milieu de travail par l'entremise de leurs employeurs, ce qui peut inclure une certaine couverture de médicaments.

De nombreux hôpitaux au Canada disposent de leur propre formulaire de médicaments, une liste approvisionnée par la pharmacie de l'hôpital, qui est généralement approuvée par le comité interne de liste et qui est fournie gratuitement aux patients hospitalisés. La liste de médicaments d'un hôpital peut correspondre ou non à la liste de médicaments provinciale. Pour qu'un patient externe (une personne qui reçoit des soins de santé en dehors d'un hôpital hospitalier) puisse avoir accès à un médicament prescrit, il doit être inscrit sur la liste de médicaments publique de sa province ou de son territoire ou être couvert par son régime privé d'assurance maladie/employeur.



Lorsque j'ai consulté un psychiatre pour la première fois, j'étais comme un mort-vivant et je savais que j'avais besoin de quelque chose pour m'aider. J'ai été mise sous traitement pour la première fois et, quelques jours après avoir commencé, je me souviens de ce moment incroyablement émouvant où j'ai réalisé que je me sentais mieux. C'était la première petite, minuscule pause dans les nuages sombres et profonds que je pouvais voir.

Michael Landsberg, fondateur, Sick Not Weak, personne ayant une expérience vécue/vivace

Le parcours de l'accès aux médicaments au Canada est illustré dans le diagramme à la page suivante. Elle commence par l'approbation de Santé Canada, l'organisme de réglementation qui évalue l'innocuité et l'efficacité de tous les médicaments mis à la disposition des Canadiens. Par la suite, l'accès aux médicaments sur ordonnance suit deux voies distinctes : publique ou privée. Afin d'évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité d'un médicament en vue d'une couverture publique, la plupart des provinces s'appuient sur une évaluation des technologies de la santé (ETS), réalisée par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Le Québec

fait exception, puisqu'il s'appuie sur une évaluation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Il n'est pas rare que les recommandations de l'ACMTS et de l'INESSS diffèrent, et les provinces ne sont pas tenues de suivre les recommandations de l'ETS, ce qui complique le processus et entraîne des inégalités pour la couverture des médicaments partout au Canada.

Une recommandation de l'ETS est généralement nécessaire pour passer à l'étape suivante du processus de remboursement provincial. Le processus d'ETS peut être l'étape la plus longue du parcours d'accès aux médicaments – il peut s'étendre sur de nombreuses années, surtout si un médicament nécessite plusieurs réexamens et resoumissions – mais certaines mesures ont été prises pour aligner les examens réglementaires et les examens d'ETS. Il n'y a pas d'experts cliniques (psychiatres praticiens) au sein du comité des délibérations de l'ACMTS, particulièrement pertinents pour les traitements de la maladie mentale. Une autre complication, due à la complexité du processus de remboursement au Canada, est que certains fabricants de médicaments ont choisi de ne pas participer au processus d'ETS. Par conséquent, leurs médicaments peuvent être accessibles uniquement par l'intermédiaire de régimes privés d'assurance médicaments, ce qui aggrave les disparités existantes.

À la suite de l'examen de l'ETS, les régimes publics d'assurance médicaments collaborent au moyen d'un processus relativement nouveau (depuis 2010), par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), pour négocier les critères de tarification et de remboursement avec le fabricant du médicament. L'APP est généralement réticente à négocier en l'absence d'une ETS positive.²⁸ Les négociations fructueuses entre l'APP et la société pharmaceutique entraînent une lettre d'intention (LI), établissant les modalités de paiement pour le médicament examiné. Ce processus peut à lui seul prolonger le parcours d'accès de plus de six mois ; il n'y a pas de délais clairs ni de transparence dans le processus de prise de décision. Une fois la lettre d'intention complétée, la couverture des médicaments dépend toujours de l'achèvement d'une entente sur la liste des produits (ELP) entre la compagnie pharmaceutique et chaque province ou territoire. Il n'y a pas non plus de calendrier fixe ou de cohérence pour les ELP, ce qui allonge le processus et entraîne une couverture inégale des médicaments au Canada. Dans l'ensemble, le système canadien peut être décrit comme une course lente, où, le plus souvent, chaque coureur ne peut aller de l'avant qu'après avoir reçu un bâton de la précédente, ce qui entraîne des retards alors que les décisions prises à des stades plus précoces déterminent le rythme des progrès.

Les régimes privés d'assurance médicaments suivent des processus différents de ceux décrits ci-dessus, bien qu'ils disposent généralement de leurs propres approches pour l'analyse coût-avantage, certains après l'hémodialyse par voie orale (en raison des retards). Cependant, les régimes privés couvrent généralement plus de médicaments et le font plus rapidement que les régimes publics.^{29,30}

28 [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(23\)00062-1/pdf#:~:text=%E2%80%A1Not%20all%20drugs%20reviewed,initiate%20a%20negotiation%20or%20not.](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(23)00062-1/pdf#:~:text=%E2%80%A1Not%20all%20drugs%20reviewed,initiate%20a%20negotiation%20or%20not.)

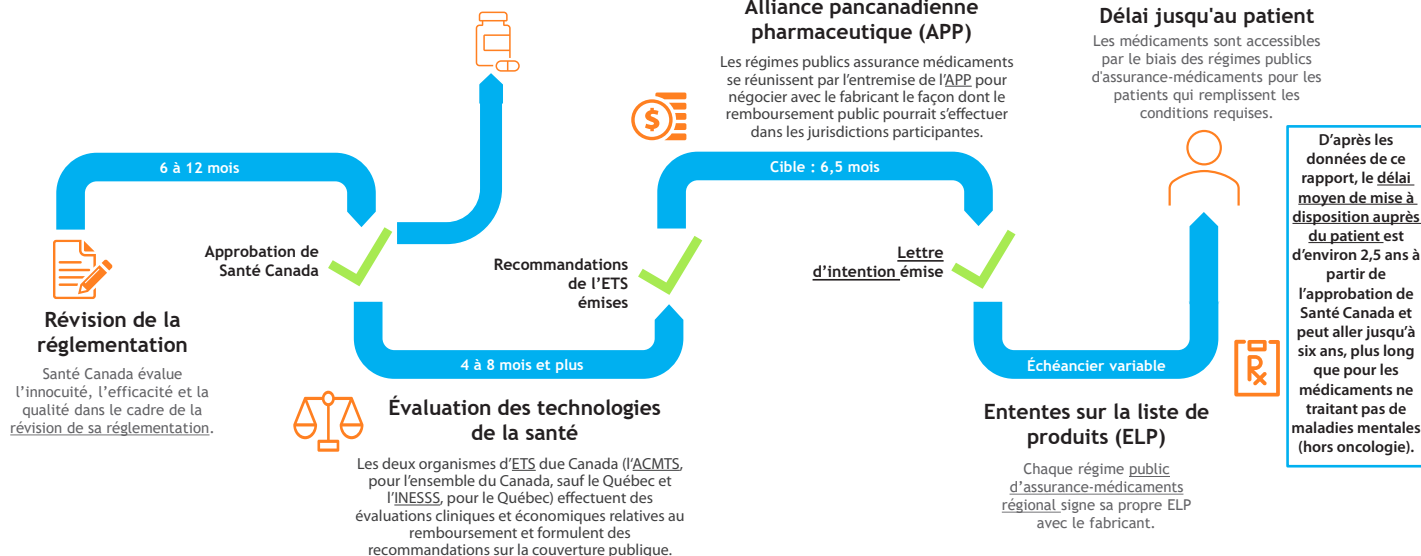
29 <https://innovativemedicines.ca/browse-by/private-drug-coverage/>

30 Parmi les 182 nouveaux médicaments autorisés pour la commercialisation par Santé Canada de 2016 à 2020, les régimes publics d'assurance médicaments n'en couvrent que 43 (24 pour cent) d'ici la fin de 2021, comparativement à 116 (64 pour cent) des régimes privés d'assurance médicaments. En moyenne, l'attente pour l'accès à de nouveaux médicaments dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments était de 724 jours contre 227 jours dans le cadre d'un régime privé d'assurance médicaments : https://www.thestar.com/opinion/contributors/canada-has-in-fact-achieved-universal-drug-insurance-coverage/article_65bc7a1e-8fb2-56d5-abb8-1b5890909597.amp.html

Processus de réglementation et de remboursement au Canada (pour les médicaments non oncologiques)

Régimes privés d'assurance médicaments

Les régimes privés d'assurance médicaments (c'est-à-dire les compagnies d'assurance) effectuent des évaluations cliniques et économiques et prennent des décisions en matière de couverture (généralement plus rapidement que les régimes publics d'assurance-médicaments) dans le cadre de la couverture offerte par les employeurs.



Approche de recherche

Pour élaborer ce rapport, la STHC a collaboré avec une société nationale indépendante de conseil en soins de santé afin de rassembler et d'évaluer les données pertinentes accessibles au public concernant les performances du Canada en matière d'accès équitable et rapide aux médicaments pour les maladies mentales.

Bien qu'il existe de nombreux médicaments utilisés pour traiter les maladies mentales, ce rapport portait sur les médicaments qui :

- ✓ Sont indiqués pour le traitement d'une ou de plusieurs des **maladies mentales** suivantes :
 - o **Troubles de l'anxiété**, y compris trouble de l'anxiété généralisée, trouble panique et trouble de l'anxiété sociale (phobies sociales),
 - o **Trouble bipolaire**,
 - o **Dépression**, y compris le trouble dépressif majeur et la dépression résistante au traitement,
 - o **Insomnie**,
 - o **Schizophrénie**.
- ✓ Sont novateurs : **médicaments de marque** originaux plutôt que des versions **génériques** de traitements novateurs.
- ✓ A subi une évaluation initiale ou subséquente des **technologies de la santé (ETS) entre 2012 et 2022 au Canada par l'ACMTS et/ou l'INESSS**.
 - o Dans les cas où un médicament était indiqué pour plus d'une maladie mentale et faisait l'objet d'un examen ETS pour chaque indication, chaque examen ETS était évalué séparément.

- ✓ N'a pas subi d'ETS au Canada dans les délais de 2012 et 2022, mais a **reçu l'approbation de Santé Canada** au cours de la même période de 10 ans.

Plus précisément, ce rapport évaluait le statut de remboursement et les échéanciers pour l'accès des patients aux médicaments pour la maladie mentale qui répondaient aux paramètres ci-dessus dans quatre juridictions canadiennes : **Colombie-Britannique, Alberta, Ontario et Québec**. Ces quatre provinces représentent plus de 85 % de la population du pays et permettent de tirer des conclusions générales sur la rapidité et la variabilité du remboursement par le régime public pour une grande partie de la population canadienne.

Les éléments suivants ont également été examinés et évalués, à des fins de comparaison, pour éclairer les inégalités systémiques potentielles au Canada et à l'étranger :

- ✓ **Traitements approuvés par Santé Canada dans d'autres domaines thérapeutiques** (à l'exclusion de l'oncologie) qui ont subi un examen de l'ETS (en particulier par l'ACMTS) entre 2012 et 2022
- ✓ Statut et délais d'accès des patients, de l'approbation au **remboursement public, en Australie, au Royaume-Uni (R.-U.) et en Écosse (juridictions avec des processus d'ETS semblables à ceux du Canada)** pour les médicaments novateurs qui :
 - o Ont été approuvés et indiqués pour une ou plusieurs des cinq indications énoncées ci-dessus.
 - o Ont fait l'objet d'un examen ETS au cours de la même période (2012-2022), y compris ceux qui n'ont pas fait l'objet d'un examen ETS au Canada au cours de cette période.

Contexte canadien

Selon les critères susmentionnés, 12 médicaments et 13 évaluations de l'ACMTS ou 13 évaluations de l'INESSS ont été évalués pour ce rapport selon le tableau 1 (certains médicaments avaient plusieurs indications, mais il n'existait pas de registre public d'ETS pour chaque indication).

Remarques : Au moment de la publication de ce rapport, un médicament était toujours en négociation active avec l'APP, donc les résultats du remboursement ne sont pas encore connus. Dans d'autres cas, le statut de remboursement n'était pas accessible au public ou la date d'inscription spécifique n'a pas été publiée.

Les données du tableau 1 sont limitées par ce qui est disponible auprès de sources accessibles au public (liens fournis), sauf dans deux cas précis.

Recommandations canadiennes de l'ETS pour les médicaments contre les maladies mentales comparativement à d'autres médicaments

À titre de comparateur, les recommandations de l'ACMTS en matière de remboursement des médicaments non mentaux (à l'exclusion des médicaments oncologiques) ont été examinées sur la même période, comme indiqué dans le tableau 2.

Tableau 1. Statut de remboursement et « délai de prise en charge » total des médicaments pour les maladies mentales soumis à une ETS entre 2012 et 2022 pour certaines indications, dans les quatre provinces les plus peuplées du Canada.

Nom de marque du médicament (nom chimique du médicament)	Indication	Approbation de Santé Canada	Recommandations de l'ETS ^c		Signature de la lettre d'intention de l'APP (LDI)	Remboursement provincial ^b			
			ACMTS	INESSS		Total approximatif du « délai de prise en charge » avant l'obtention du remboursement par Santé Canada			
						C.-B.	Alb.	Ont.	QC
Trintellix (bromhydrate de vortioxétine)	Trouble dépressif majeur (adultes)	22-Oct-14	12-Fév-20 ^a	6-Nov-19 ^a	3-Déc-20	6-Juil-21 2 449 jours (6,7 ans)	1-Mar-21 2 322 jours (6,4 ans)	29-Jan-21 2 291 jours (6,3 ans)	3-Fév-21 2 296 jours (6,3 ans)
Rexulti (brexpiprazole)	Schizophrénie	16-Fév-17	22-Nov-17	5-Août-20	14-Déc-18	16-Déc-19 1 033 jours (2,8 ans)	1-Avr-19 774 jours (2,1 ans)	30-Avr-19 803 jours (2,2 ans)	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
	Trouble dépressif majeur	22-Fév-19	Aucun dossier public d'examen de l'ETS spécifiquement pour le TDM ^c	Aucun dossier public d'examen de l'ETS spécifiquement pour le TDM ^c	Aucun dossier public de négociations spécifiquement pour le TDM	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
Saphris (asénapine)	Trouble bipolaire de type I	7-Oct-11	14-Juin-12	1-Fév-13	Aucun dossier public de négociations	14-Mar-13 524 jours (1,4 an)	1-Fév-13 483 jours (1,3 an)	27-Fév-14 874 jours (2,4 ans)	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
	Schizophrénie	7-Oct-11	14-Juin-12	1er octobre 2012	Aucun dossier public de négociations	14-Mar-13 524 jours (1,4 an)	Non couvert pour le moment	27-Fév-14 874 jours (2,4 ans)	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
Latuda (lurasidone)	Schizophrénie	13-Juin-12	20-Déc-13	1-Oct-14	Aucun dossier public de négociations	Non couvert pour le moment	1-Oct-14 840 jours (2,3 ans)	29-Mai-14 715 jours (2 ans)	Oct-14 841 jours (2,4 ans) ^d
Invega Trinza (palipéridone)	Schizophrénie	23-Juin-16	Aucun dossier public d'examen de l'ETS ^c	1-Fév-17	05-Fév-18	15-Mai-18 692 jours (1,9 an)	1-Juil-18 739 jours (2 ans)	29-Mar-18 645 jours (1,8 an)	1-Sept-2018 811 jours (2,3 ans) ^d
Abilify Maintena (aripiprazole)	Schizophrénie	10-Fév-14	19-Déc-14	1-Oct-14	14-Juin-15	11-Août-15 547 jours (1,5 an)	1-Sep-15 568 jours (1,6 an)	29-Juil-15 534 jours (1,5 an)	1-Oct-14 233 jours (0,6 an)

Suite du graphique à la page suivante →

Les dates en **vert** indiquent une recommandation positive de l'ACMTS ou de l'INESSS; les dates en **rouge** indiquent une recommandation négative de l'ACMTS ou de l'INESSS.

Tableau 1. Statut de remboursement et « délai de prise en charge » total des médicaments pour les maladies mentales soumis à une ETS entre 2012 et 2022 pour certaines indications, dans les quatre provinces les plus peuplées du Canada.

Suite ...									
Nom de marque du médicament (nom chimique du médicament)	Indication	Approbation de Santé Canada	Recommandations de l'ETS ^c		Signature de la lettre d'intention de l'APP (LDI)	Remboursement provincial ^b			
			ACMTS	INESSS		Total approximatif du « délai de prise en charge » avant l'obtention du remboursement par Santé Canada			
						C.-B.	Alb.	Ont.	QC
Vraylar (cariprazine)	Trouble bipolaire	22-Avr-22	9-Nov-22	2-Nov-22	Négociations non poursuivies	Non couvert pour le moment	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Non couvert pour cette indication
	Schizophrénie	22-Avr-22	10-Aug-22	7-Oct-22	28-Mar-23	Non couvert pour le moment	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	13-Avr-23 355 jours (,9 an)
Abilify (aripiprazole)	Trouble dépressif majeur	29-Mai-13	22-Oct-14	Aucun dossier public d'examen de l'ETS spécifiquement pour le TDM ^c	Négociations non poursuivies	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
Dayvigo (lemborexant)	Insomnie	4-Nov-20	10-Jan-23 ^a	29-Mar-23 ^a	En négociation	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
Perseris (rispéridone)	Schizophrénie, adultes	19-Nov-20	8-Sep-21	3-Mai-22	Négociations conclues sans accord	Non couvert pour le moment	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
Sublinox (zolpidem)	Insomnie	19-Juil-11	25-Sep-13 ^a	2-Juin-14 ^a	Négociations non poursuivies	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment	Aucun renseignement disponible sur l'inscription
Spravato (chlorhydrate d'eskétamine)	Trouble dépressif majeur, adultes	20-Mai-20	16-Déc-20	5-Nov-20	Négociations non poursuivies	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment	Aucun renseignement disponible sur l'inscription	Non couvert pour le moment

Les dates en **vert** indiquent une recommandation positive de l'ACMTS ou de l'INESSS; les dates en **rouge** indiquent une recommandation négative de l'ACMTS ou de l'INESSS.

^a Comme indiqué dans la [partie 2. Mesure de l'accès aux médicaments pour les maladies mentales, Système canadien de remboursement](#), de multiples raisons peuvent expliquer le retard entre l'approbation de Santé Canada et l'ETS.

^b Les données recueillies pour le tableau 1 l'ont été à partir de sources de données accessibles au public ; elles sont donc limitées par les informations disponibles. Lorsqu'aucun renseignement public n'était disponible sur le financement public provincial, le médicament a été évalué comme non remboursé dans cette province. Les listes provinciales en gris ont été exclues de l'ensemble de données, car aucune information n'a pu être trouvée pour cette indication, mais il n'était pas clair si le médicament avait été remboursé à partir d'une liste d'indications précédente.

^c Les données recueillies pour le tableau 1 l'ont été par l'entremise de sources de données accessibles au public, limitant donc les renseignements disponibles. Lorsqu'aucune information publique n'était disponible concernant l'état de l'inscription à l'ETS, le médicament a été retiré de l'ensemble de données de l'ETS, plutôt que de le compter comme étant négatif ou positif.

^d Données provenant d'IQVIA (www.iqvia.com).

Non couvert pour le moment : Ce médicament a été répertorié sur le site Web de la base de données des listes de médicaments comme non-avantage.

Aucun renseignement disponible sur l'inscription : Ce médicament ne s'est pas affiché dans la base de données de la liste des médicaments ou n'a pas été répertorié pour cette indication spécifique.

Aucun dossier public d'examen de l'ETS : Impossible de trouver une référence publique pour un examen de l'ETS pour cette indication.

Négociations non poursuivies : La notation du site Web de l'APP indique qu'aucune négociation n'a été poursuivie.

Conclusion des négociations sans accord : La notation du site Web de l'APP indique que les négociations ont été menées, mais qu'elles se sont terminées sans accord.

N.-B. : Ce tableau n'a examiné que les données sur le temps écoulé avant le patient. Il n'a pas examiné les raisons pour lesquelles il peut y avoir des retards dans la prise en charge des patients.

Tableau 2. Comparaison des ATH de l'ACMTS pour les médicaments pour les maladies mentales par rapport aux médicaments pour les maladies non mentales (non oncologiques), sous examen de l'ETS entre 2012-2022.

	ETS de l'ACMTS pour les indications de santé mentale sélectionnées dans ce rapport	ETS de l'ACMTS pour les indications non liées à la santé mentale*
Nombre total d'évaluations	13	384
Nombre de recommandations négatives	7	67
Pourcentage d'évaluations ayant reçu une recommandation négative	54 %	17 %

*À l'exception de l'oncologie

N.-B. : Ce tableau ne fait que vérifier s'il existe des différences entre les recommandations de l'ETS pour la maladie mentale et les autres troubles non oncologiques - il n'explore pas les raisons pour lesquelles ces différences peuvent exister.

Observations du contexte canadien : Ce que les données nous disent

Dans le contexte canadien, il est clair que les procédures actuelles utilisées pour déterminer si un nouveau médicament contre les maladies mentales doit être inscrit sur une liste provinciale sont longues, lourdes, mal informées et ne fonctionnent pas dans l'intérêt des personnes qui en ont le plus besoin. Les données évaluées dans ce rapport révèlent un système public disparate, truffé d'incohérences et de barrières arbitraires. Ces problèmes se traduisent par des problèmes **d'équité et de temps d'attente dus à des obstacles arbitraires à l'accès** en fonction de la province de résidence de la personne ou de son statut d'emploi/de couverture privée.

- **La grande majorité des médicaments évalués pour ce rapport ne sont pas équitablement accessibles par les régimes publics d'assurance médicaments à travers le pays, ou ne sont pas accessibles du tout.** Plus d'un tiers des médicaments (38 %) ne sont pas remboursés par l'État dans l'une des quatre provinces les plus peuplées du Canada. **En examinant chaque province individuellement, environ la moitié des médicaments évalués ne sont pas remboursés par le régime public** (Colombie-Britannique : 54 %, Alberta : 54 %, Ontario : 46 %, Québec : 62 %). Le manque d'uniformité des remboursements publics à travers le pays crée des obstacles considérables à l'accès pour les personnes qui vivent ou s'installent dans une province défavorisée. D'autres travaux doivent être effectués pour déterminer pourquoi ces inégalités d'accès aux médicaments existent.
- **Dans la grande majorité des cas, à partir du moment où un médicament est approuvé par Santé Canada, il faut de nombreuses années avant qu'il devienne accessible par les régimes publics d'assurance médicaments.** Cela est démontré en prenant en considération les trois médicaments* qui sont remboursés dans les quatre provinces que nous avons examinées. Le **délai moyen de prise en charge du patient était de 1 177 jours, soit un peu plus de trois ans pour les trois seuls médicaments* remboursés dans les quatre provinces les plus peuplées du Canada.** Pour l'ensemble des médicaments remboursés par l'État, le délai moyen de prise en charge est de 949 jours, soit un peu plus de deux ans et demi. À titre

de comparaison, le délai moyen de prise en charge par le régime public pour tous les médicaments remboursés par l'État est de deux ans au Canada. Ces retards peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé, y compris l'aggravation des symptômes émotionnels et cognitifs, l'augmentation de la résistance au traitement, les changements dans la structure et le fonctionnement du cerveau et le risque accru de suicide. Les prochaines étapes de ce travail comprennent un examen plus approfondi des raisons derrière ces retards.

* Trintellix, Invega Trinza, Abilify Maintena

- Les données canadiennes d'ETS évaluées dans ce rapport suggèrent que **les médicaments pour les maladies mentales sont beaucoup moins susceptibles d'être recommandés pour un remboursement public que les médicaments pour d'autres troubles non oncologiques**, ce qui crée un obstacle important à l'accès du public qui entraîne une plus grande iniquité. La majorité des examens de l'ACMTS (54 %) portant sur des médicaments utilisés dans le traitement des maladies mentales ont donné lieu à une recommandation négative de l'ACMTS, alors que seulement 17 % des médicaments utilisés dans le traitement d'autres troubles non oncologiques ont fait l'objet d'une recommandation négative. Les raisons qui sous-tendent cette inégalité doivent être explorées et comprises.
- **Les recommandations négatives de l'ACMTS et de l'INESSS réduisent considérablement les chances que les médicaments destinés à traiter les maladies mentales soient remboursés par l'État, ce qui contribue à accroître les inégalités pour les Canadiens qui en ont le plus besoin.** Parmi tous les médicaments examinés dans ce rapport, un seul a reçu des recommandations défavorables de l'ACMTS et de l'INESSS, et est passé à l'APP (voir le tableau 3). Dans de tels cas, le remboursement public est obtenu par le biais de soumissions et de réévaluations répétées auprès des organismes d'ETS, ce qui exige de nouvelles données d'essai. Cela entraîne des délais considérables pour les bénéficiaires potentiels et des coûts importants pour le système de santé. Là encore, une analyse plus approfondie est nécessaire pour comprendre pourquoi les médicaments pour les maladies mentales sont plus susceptibles de faire l'objet de décisions négatives.



Dans le système canadien de santé mentale, les médicaments contre les maladies mentales ne sont pas remboursés. Tous les médicaments ne conviennent pas à tout le monde et nous devons uniformiser les règles du jeu afin de créer un environnement dans lequel les Canadiens peuvent avoir accès aux médicaments qui leur conviennent.

Dre Diane McIntosh, B.Sc. Pharmacie, M.D., FRCPC; psychiatre communautaire, professeure adjointe clinique à l'Université de la Colombie-Britannique; fondatrice de SwitchRx.com, PsychedupCME.com et RAPIDS, une technologie novatrice qui aide les cliniciens à fournir des soins psychiatriques personnalisés fondés sur des données probantes.

Comment le Canada se situe-t-il par rapport aux autres pays?

À des fins de comparaison, ce rapport a examiné les processus de remboursement public dans trois autres pays qui réalisent des ETS (Australie, Écosse et Royaume-Uni (Royaume-Uni)).

- En Australie, le Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) (Comité consultatif sur les prestations pharmaceutiques)
- En Écosse, le Scottish Medicines Consortium (SMC) (Consortium écossais des médicaments)
- Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Institut national pour la santé et l'excellence des soins)

Cependant, leurs processus diffèrent de ceux du Canada de deux façons importantes :

- Leurs résultats d'ETS sont contraignants, ce qui signifie que les régimes publics d'assurance médicaments doivent s'aligner sur les directives qu'ils fournissent. Il était important d'examiner cette distinction, étant donné les répercussions potentielles sur l'accès du public à ces médicaments dans les quatre juridictions, en termes de statut de financement et de délai de prise en charge.
- Ils n'ont pas d'organisme semblable à l'APP du Canada, car il n'y a qu'un seul payeur public – le gouvernement fédéral.

Comme pour les données canadiennes, cette analyse a porté sur les médicaments innovants destinés à traiter une ou plusieurs des cinq* maladies mentales ayant fait l'objet d'une ETS dans au moins un des pays de comparaison au cours de la même période de 10 ans. Le tableau 3 présente un aperçu de chaque pays de comparaison ainsi que du Canada. L'annexe fournit un aperçu plus détaillé de chacun des pays comparateurs.

*Troubles de l'anxiété, troubles bipolaires, dépression, insomnie, schizophrénie.



La maladie mentale peut souvent être un précurseur des complications physiques et des problèmes de santé s'il n'est pas pris en charge correctement. Au fur et à mesure que les symptômes s'aggravent, il se peut que les personnes ne se nourrissent plus, ne dorment plus correctement et ne fassent plus assez d'exercice pour rester en bonne santé. Et à mesure que la maladie mentale progresse, elle peut causer des lésions cérébrales en termes de contacts synaptiques ou même un rétrécissement de certaines structures cérébrales.

Dr Pierre Blier; MD, Ph.D., professeur, département de psychiatrie et de médecine cellulaire et moléculaire, chaire de recherche distinguée, Université d'Ottawa; membre de la Société royale du Canada

Tableau 3. Aperçu des résultats du remboursement des médicaments pour les maladies mentales au Canada par rapport à trois autres pays ayant des processus d'ETS similaires, 2012-2022.

	Canada						Australie	Écosse	Royaume-Uni
	ACMTS	INESSS	C.-B.	Alb.	Ont.	QC			
Évaluation de l'ETS									
Nombre d'exams de l'ETS effectués	13	13	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	12	8	4
Recommandations négatives pour l'ETS présentées (#)	7	8	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	4	3	2
Recommandations négatives en matière d'ETS (%)	54 %	62 %	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	33 %	38 %	50 %
Remboursement									
Nbre de médicaments qui ont subi une ETS et qui n'ont pas été remboursés			7	7	6	8	4	3	2
% de médicaments qui ont subi une ETS et qui n'ont pas été remboursés			54 %	54 %	42 %	62 %	33 %	38 %	50 %
Délai de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'un examen ETS (nombre de jours entre l'approbation réglementaire et le remboursement public)			962	954	962	907	214	610	1 414

Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays? Accès international aux médicaments pour les maladies mentales

En examinant les résultats de l'ETS, le statut de remboursement de chaque médicament dans les trois pays sélectionnés, ainsi que le délai de prise en charge total, nous constatons que le **Canada est effectivement à la traîne en matière d'équité et de rapidité**, ce qui désavantage les Canadiens atteints de maladies mentales.

- **Plus de la moitié des recommandations de financement pour les médicaments pour la maladie mentale faites par les processus d'ETS du Canada étaient négatives** (INESSS : 62 %, ACMTS : 54 %). **Comparativement à d'autres pays, le pourcentage de résultats négatifs pour l'ETS au Canada était supérieur à celui du Royaume-Uni (50 %), de l'Australie (33 %) et de l'Écosse (38 %)**. Les raisons de cette différence ne sont pas claires, étant donné que les mêmes données empiriques devraient être disponibles et prises en compte dans chaque pays. Les avantages potentiels pour les patients sont-ils évalués différemment dans d'autres pays? S'appuient-ils sur différentes sources d'information (par exemple, les cliniciens, les patients et les aidants)? Ou bien un autre facteur est-il à l'origine de cette nette différence?
- Même si le Canada a effectué plus d'exams de l'ETS que les pays comparateurs, **les provinces canadiennes étaient moins susceptibles de rembourser les médicaments que les pays comparateurs**. Par exemple, au Québec (62 %), en Colombie-Britannique et en Alberta (54 %) et en Ontario (46 %), environ la moitié des médicaments examinés ne sont pas remboursés, alors que dans deux pays comparateurs, le pourcentage de médicaments non



remboursés est beaucoup plus faible (Australie : 33 %, Écosse : 38 %), à une exception près (le Royaume-Uni, avec 50 %, est plus élevé que l'Ontario, avec 46 %).

- **La grande majorité des Canadiens ont attendu plus d'un an de plus que les habitants de certains pays de comparaison pour avoir accès à des médicaments contre les maladies mentales financés par l'État**. Les Ontariens (962 jours), les Albertains (954 jours), les Québécois (907 jours) et les Colombiens-Britanniques (962 jours) ont attendu près de trois ans pour obtenir l'accès, alors que le délai de remboursement en Australie (214 jours) et en Écosse (610 jours) était considérablement plus court, le Royaume-Uni étant une valeur aberrante (1 414 jours).

Partie 3. L'appel à l'action : Les arguments pour faire mieux

Discussion

La dure réalité au Canada, révélée par ce rapport, est que l'accès aux médicaments innovants pour les maladies mentales est entravé par un système complexe qui prend **beaucoup trop de temps** et se traduit par un **accès inéquitable** ou, dans de nombreux cas, pas d'accès du tout.

Parmi les médicaments examinés aux fins de remboursement sur une période de dix ans :

- **Moins d'un quart (23 %) des Canadiens ont accès aux régimes publics d'assurance médicaments.**
- **Un peu moins de la moitié (38 %) ne sont pas accessibles du tout.**
- Les autres médicaments sont remboursés de manière plus ou moins inéquitable dans l'ensemble du pays.
- **Et même si l'on tient compte des inégalités interprovinciales, les personnes qui ont finalement accès à ces médicaments doivent attendre entre 2,5 et 6 ans.**



Il n'y a pas de solution miracle pour traiter les maladies mentales - c'est un processus d'essais et d'erreurs. Ce dont nous avons besoin, c'est de médicaments mieux tolérés qui offrent des avantages uniques pour les aspects cliniques des troubles qui ne sont pas bien pris en charge, mais qui sont profondément gênants, tels que les symptômes cognitifs ou les symptômes négatifs de la schizophrénie. Pourtant, presque toutes les options de médicaments novatrices sont inaccessibles. C'est extrêmement frustrant et déroutant pour moi, pour mes patients et leurs familles.

Dre Diane McIntosh, B.Sc. Pharmacie, M.D., FRCPC; psychiatre communautaire, professeure adjointe clinique à l'Université de la Colombie-Britannique; fondatrice de SwitchRx.com, PsychedupCME.com et RAPIDS, une technologie novatrice qui aide les cliniciens à fournir des soins psychiatriques personnalisés fondés sur des données probantes.

En examinant à la fois le contexte canadien et les pays comparateurs, il existe de nombreux domaines de préoccupation qui méritent une exploration plus approfondie :

1. **Inégalité : Il existe une disparité inexcusable entre les médicaments pour traiter les maladies mentales et les médicaments pour traiter d'autres troubles (non oncologiques).**

Cette disparité est nulle lorsque l'on compare le pourcentage élevé de recommandations négatives en matière d'ETS pour les médicaments utilisés pour traiter la maladie mentale à ceux prescrits pour d'autres troubles.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs qui contribuent aux recommandations

négatives de l'ETS, ainsi qu'aux recommandations incohérentes entre l'ACMTS et l'INESSS, afin de remédier aux inégalités dans l'accès aux médicaments pour les maladies mentales.

2. **Délai : La complexité de la procédure de remboursement par l'État crée des inefficacités flagrantes qui ont un impact réel sur les patients.**

L'ETS n'est qu'une étape d'un processus en plusieurs étapes qui entraîne un retard inacceptable dans l'accès à des médicaments novateurs pour les maladies mentales. À la suite d'un ETS, la négociation du rôle de l'APP entre les sociétés pharmaceutiques et les régimes publics d'assurance médicaments était censé garantir un certain niveau de coordination entre les instances de financement. En réalité, il a ajouté une autre couche de bureaucratie à un long processus de remboursement. Au-delà de l'étape de l'APP, il existe de nombreuses autres étapes et délais dans la négociation avec chaque juridiction.

Ces couches entraînent des délais supplémentaires inacceptables pour les patients, comme le montrent les différences significatives dans les délais de prise en charge et d'accès aux soins dans les juridictions canadiennes par rapport à d'autres pays.

3. **Inégalité : L'accès inéquitable aux médicaments est le statu quo. Cela ne devrait pas être le cas.**

En raison de la multiplicité des payeurs publics dans les différentes juridictions du système de santé canadien, qui peuvent tous prendre des décisions différentes en matière de couverture, l'accès aux médicaments est variable dans tout le pays, ce qui peut mettre en danger de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales. Dans ce rapport, nous avons vu que Santé Canada a approuvé 12 médicaments pour traiter les maladies mentales - certains avec des indications multiples. Pourquoi, alors, n'y a-t-il que trois cas où ces médicaments sont remboursés par les quatre provinces les plus peuplées du pays?

4. **Inégalité : Les recommandations d'ETS divergentes entre l'ACMTS et l'INESSS reflètent-elles des variations régionales ou pourraient-elles indiquer des possibilités d'amélioration collective?**

Les différences dans les recommandations d'ETS entre les organismes d'ETS canadiens (ACMTS et INESSS) et étrangers (PBAC, SMC, NICE), qui examinent vraisemblablement des données cliniques et économiques similaires, sont déconcertantes. **Pourquoi une ETS réalisée dans une juridiction peut-elle faire l'objet d'une recommandation positive et d'une recommandation négative dans une autre?** De nombreux organismes d'ETS donnent la possibilité aux personnes atteintes de maladies mentales, aux aidants et aux experts cliniques d'apporter leur contribution au cours du processus, mais il n'y a aucun moyen de savoir si cette contribution est réellement prise en compte. Les processus et les normes suivis par les organismes d'ETS sont opaques : une plus grande transparence et une meilleure compréhension des diverses approches adoptées par les différents organismes d'ETS sont nécessaires pour mettre en lumière les incohérences et les opportunités, surtout dans les cas qui conduisent à un accès inéquitable.

Conclusion

Le Canada dispose d'un système de santé public qui a été créé pour répondre aux besoins de ses citoyens – mais ce n'est pas la réalité pour de nombreux Canadiens qui dépendent de l'accès public aux médicaments pour traiter leur maladie mentale. Comme tous les secteurs de notre société, il doit progresser pour répondre à l'évolution de la recherche et à nos besoins. La santé et le bien-être de notre population sont essentiels à la force de notre pays. Nous devons constamment nous efforcer d'obtenir de meilleurs résultats, d'améliorer les systèmes et les politiques, et de ne pas accepter le statu quo lorsque nous reconnaissons qu'il ne répond plus aux besoins de nos communautés.

Alors que nous sommes confrontés à une crise de santé mentale généralisée et croissante, la nécessité de changer notre système défaillant est évidente. Les informations détaillées dans ce rapport indiquent qu'il existe des lacunes inhérentes dans l'accès des Canadiens aux médicaments pour les maladies mentales – des lacunes qui mettent en lumière les inégalités, y compris les retards, et soulignent à quel point la maladie mentale continue d'être stigmatisée dans notre société. Les personnes vivant avec une maladie mentale méritent mieux. Il pourrait s'agir de vous ou d'un membre de votre famille aimée. Lorsque la maladie mentale frappe, nous méritons tous d'avoir le traitement dont nous avons besoin pour nous rétablir le plus rapidement possible.

Une analyse plus approfondie des domaines spécifiques du parcours d'accès aux médicaments, tels qu'identifiés dans ce rapport, est nécessaire. La STHC et ses partenaires sont prêts à contribuer à ce travail. Ensemble, réparons le processus canadien d'accès aux médicaments, ce qui permettra un accès grandement amélioré aux traitements pour les maladies mentales et fera une différence significative pour les millions de Canadiens dont la vie et les moyens de subsistance en dépendent.

Reconnaisances

L'élaboration du rapport a été guidée par un comité directeur composé des représentants suivants (par ordre alphabétique) d'organisations à but non lucratif vouées au soutien des Canadiens atteints de maladies mentales : des cliniciens spécialisés dans le diagnostic et les soins des patients atteints de maladies mentales ; Canadiens ayant une expérience vécue/vivante ; et les soignants. La STHC est reconnaissant pour sa générosité en temps, ses connaissances et ses contributions réfléchies. Pour rémunérer les membres du comité directeur pour le temps qu'ils consacrent à leurs fonctions quotidiennes, la STHC a offert des honoraires aux membres du comité directeur. La STHC a fait appel à EVERSANA pour préparer ce rapport.

- Mary Alberti, PDG, Institute for Advancements in Mental Health (IAM) (Institut pour les progrès en santé mentale)
- Ella Amir, directrice administrative, Ami-Québec
- Dr Pierre Blier, MD, Ph.D., professeur, département de psychiatrie et de médecine cellulaire et moléculaire, chaire de recherche distinguée, Université d'Ottawa; membre de la Société royale du Canada
- Dave Gallson, directeur général national, la Société canadienne du trouble de l'humeur, président du comité directeur

Divulgestion

En tant qu'organisme sans but lucratif, la Société des troubles de l'humeur du Canada (STHC) n'a pas de financement de base ni de financement gouvernemental continu. Nous comptons sur le soutien financier du projet pour nous permettre de mener d'importantes activités de recherche axées sur le patient, comme ce rapport. Notre objectif principal dans le cadre de ce projet était d'examiner les données concernant l'accès aux médicaments afin de mettre en lumière l'impact de toute lacune sur les personnes atteintes de maladies mentales – la prochaine est d'essayer d'améliorer/de résoudre ces problèmes. La STHC souhaite faire avancer cette recherche et trouver des solutions aux obstacles du système décrits dans ce rapport. La STHC souhaite exprimer sa gratitude pour le soutien financier des entreprises suivantes qui ont permis ce travail sur ce projet : AbbVie Inc., Eisai Canada, Janssen Canada et Lundbeck. Si un organisme gouvernemental, une entité commerciale ou une autre organisation souhaite soutenir financièrement cet effort (de façon similaire, sans lien de dépendance et sans influence, comme nos bailleurs de fonds actuels), veuillez communiquer avec nous à info@mood.ca.



Chaque jour, nous faisons face à une souffrance humaine exacerbée par un système défaillant. Ce système n'a pas évolué pour répondre aux besoins scientifiques et à ceux de notre communauté. Pour vivre ce moment, nous ne pouvons pas continuer à faire les mêmes choses encore et encore. Nous devons sortir des sentiers battus, chercher des stratégies novatrices et éduquer tout le monde sur la maladie mentale et les raisons pour lesquelles des changements systémiques sont désespérément nécessaires. Cela n'arrivera pas si nous ne prenons pas courageusement la parole, ne partageons pas les données, ne montrons pas les preuves et n'aidons pas à expliquer exactement ce que vivent les personnes vivant avec une maladie mentale et leurs proches.

Dre Diane McIntosh, B.Sc. Pharmacie, M.D., FRCPC; psychiatre communautaire, professeure adjointe clinique à l'Université de la Colombie-Britannique; fondatrice de SwitchRx.com, PsychedupCME.com et RAPIDS, une technologie novatrice qui aide les cliniciens à fournir des soins psychiatriques personnalisés fondés sur des données probantes.

- Wendy Gerhart, directrice générale, Migraine Canada
- Brad Glynn, directeur exécutif, Lifewise
- Michael Landsberg ; personne ayant une expérience vécue/vivace ; Fondateur, Sick Not Weak
- Dre Diane McIntosh, B.Sc. Pharmacie, M.D., FRCPC; psychiatre communautaire, professeure adjointe clinique à l'Université de la Colombie-Britannique; fondatrice de SwitchRx.com, PsychedupCME.com et RAPIDS, une technologie novatrice qui aide les cliniciens à fournir des soins psychiatriques personnalisés fondés sur des données probantes.
- Chelsea Meldrum, personne ayant une expérience vécue/vivace
- Perla Muyal, aidante d'une personne ayant une expérience vécue/vivace; membre de la direction, Ami Québec
- Ken Porter, directeur national du programme, la Société canadienne du trouble de l'humeur; personne ayant une expérience vécue/vivace; aidant
- Chris Summerville, PDG, Société canadienne de la schizophrénie

Annexe I : Médicaments inclus

Le tableau ci-dessous résume les médicaments alignés sur les critères indiqués pour ce rapport et quantifie le nombre de médicaments ayant fait l'objet d'une évaluation ETS au Canada et/ou dans l'un des trois pays de comparaison au cours de la période de 10 ans couverte par cette recherche.

MÉDICAMENT	PAYS ET INDICATION			
	CANADA	AUSTRALIE	ÉCOSSE	ROYAUME-UNI
Abilify* (aripiprazole)	Dépression et Trouble dépressif majeur	-	-	Trouble bipolaire
Abilify Maintena (aripiprazole)	Schizophrénie	Schizophrénie	Schizophrénie	-
Adasuve (loxapine)	-	-	-	Schizophrénie et trouble bipolaire
Dayvigo (lémboresant)	Insomnie d'endormissement et de maintien du sommeil	-	-	-
Invega Hafyera (palipéridone)	-	Schizophrénie	-	-
Invega Trinza* (palipéridone)	Schizophrénie	Schizophrénie	-	-
Latuda (lurasidone)	Schizophrénie	Schizophrénie	Schizophrénie	-
Lexapro (escitalopram)	-	Trouble dépressif majeur	-	-
Perseris (rispéridone)	Schizophrénie	-	-	-
Rexulti (brexpiprazole)	Schizophrénie ** Trouble dépressif majeur**	Schizophrénie	-	-
Saphris/Sycrest (asenapine)	Schizophrénie** Trouble bipolaire de type I**	-	Trouble bipolaire	-
Seroquel XR (quétiapine)	-	Trouble bipolaire	-	-
Slentyto (mélatonine)	-	Insomnie	Insomnie	-
Spravato (chlorhydrate d'eskétagamine)	Trouble dépressif majeur	Dépression difficile à traiter	Trouble dépressif majeur Dépression difficile à traiter	Dépression difficile à traiter
Sublinox (zolpidem)	Soulagement à court terme et symp- tomatique des troubles du sommeil	-	-	-
Trintellix / Brintellix (bromhydrate de vortioxétine)	Trouble dépressif majeur	Trouble dépressif majeur	Trouble dépressif majeur	Trouble dépressif majeur
Valdoxan (agomélatine)	-	Dépression	-	-
Vraylar/Reagila (cariprazine)	Trouble bipolaire** Schizophrénie**	Schizophrénie	Schizophrénie	-
Nombre d'examen de l'ETS effectués	13 – ACMTS 13 – INESSS	12	8	4

*ETS réalisée par l'INESSS mais pas l'ACMTS ou CADTH mais pas l'INESSS

**A fait l'objet d'une ETS distincte au Canada pour chaque indication

Annexe II : Évaluation de l'ETS par pays

Tableau i. Évaluations de l'ETS liées aux médicaments pour les maladies mentales effectuées par le Australia's Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) (Comité consultatif australien sur les avantages pharmaceutiques), 2012-22

Nom du médicament	Indication	Date de l'approbation réglementaire	Date de la recommandation de l'ETS*	Date du remboursement par le régime public	Nombre total de jours passés au patient
Abilify Maintena** (aripiprazole)	Schizophrénie	25-Juil-14	1-Juil-14	1-Mar-15	219
Invega Hafyera (palipéridone)	Schizophrénie	10-Fév-22	1-Mar-22	1-Août-22	172
Invega Trinza** (palipéridone)	Schizophrénie	23-Sep-16	Examen effectué, mais date de recommandation inconnue	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	90
Latuda** (lurasidone)	Schizophrénie	16-Avr-15	1-Mar-15	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	136
Rexulti (brexpiprazole)	Schizophrénie	30-Juin-17	1-Mar-17	1-Oct-17	93
Seroquel XR (quétiapine)	Trouble bipolaire	30-Jan-08	1-Juil-13	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Slenyto** (mélatonine)	Insomnie	20-Mai-20	3-Nov-21	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	622
Spravato (chlorhydrate d'eskétagamine)	Dépression difficile à traiter	05-Mar-21	1-Juil-22	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Brintellix (bromhydrate de vortioxétine)	Trouble dépressif majeur, adultes	31-Mar-14	1-Juil-14	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Valdoxan (agomélatine)	Dépression	09-Août-10	1-Mar-12	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Vraylar (cariprazine)	Schizophrénie	18-Nov-20	1-Nov-20	1-Sep-21	287
Zyprexa Relprev (olanzapine)	Trouble bipolaire	Les données n'étaient pas accessibles au public	1-Juil-13	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	90

Les dates sont formatées comme JJ-MM-AA.

*Résultat – positif ou négatif

**Dans les cas où la date de remboursement public est inconnue, le nombre de jours jusqu'au patient a été calculé en totalisant les jours entre l'approbation réglementaire et la recommandation de l'ETS, puis en ajoutant 90 jours supplémentaires à compter de la date de la recommandation de l'ETS, étant donné qu'elle est contraignante et qu'il reste quelques obstacles à l'inscription sur les régimes publics assurance médicaments. Lorsque seule la date d'approbation réglementaire est connue, mais que le médicament est répertorié sur une période de 90 jours.

Tableau ii. Évaluations de l'ETS liées aux médicaments pour les maladies mentales effectuées par le Scottish Medicines Consortium (SMC) (Consortium écossais des médicaments), 2012-22

Nom du médicament	Indication	Date de l'approbation réglementaire	Date de la recommandation de l'ETS*	Date du remboursement par le régime public	Nombre total de jours passés au patient
Abilify Maintena** (aripiprazole)	Schizophrénie	15-Nov-13	12-Mai-14	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	268
Latuda** (lurasidone)	Schizophrénie	21-Mar-14	13-Oct-14	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	296
Saphris/Sycrest (asénapine)	Trouble bipolaire de type I	1-Sep-10	12-Mar-12	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Slenyto (mélatonine)	Insomnie	20-Sep-18	18-Jan-21	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Spravato** (chlorhydrate d'eskétagamine)	Dépression difficile à traiter	4-Fév-21	7-Oct-22	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	700
Spravato (chlorhydrate d'eskétagamine)	Trouble dépressif majeur, adultes	4-Fév-21	7-Oct-22	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Trintellix / Brintellix** (bromhydrate de vortioxétine)	Trouble dépressif majeur, adultes	18-Déc-13	11-Juil-16	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	1 026
Vraylar/Reagila** (cariprazine)	Schizophrénie	13-Juil-17	13-Mai-19	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	759

*Résultat – positif ou négatif

**Dans les cas où la date de remboursement public est inconnue, le nombre de jours jusqu'au patient a été calculé en totalisant les jours entre l'approbation réglementaire et la recommandation de l'ETS, puis en ajoutant 90 jours supplémentaires à compter de la date de la recommandation de l'ETS, étant donné qu'elle est contraignante et qu'il reste quelques obstacles à l'inscription sur les régimes publics assurance médicaments.

Tableau iii. Évaluations de l'ETS liées aux médicaments pour les maladies mentales effectuées par le United Kingdom's Health and Care Excellence (NICE) (Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins du Royaume-Uni), 2012-22

Nom du médicament	Indication	Date de l'approbation réglementaire	Date de la recommandation de l'ETS*	Date du remboursement par le régime public	Nombre total de jours passés au patient
Abilify** (aripiprazole)	Trouble bipolaire	31-Mar-08	24-Juil-13	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	2 031
Adasuve (loxapine)	Schizophrénie et trouble bipolaire	20-Fév-13	13-Mai-22	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Spravato (chlorhydrate d'eskétagamine)	Trouble dépressif majeur, adultes	18-Déc-19	14-Déc-22	Non couvert pour le moment	Non couvert pour le moment
Trintellix / Brintellix** (bromhydrate de vortioxétine)	Trouble dépressif majeur, adultes	18-Déc-13	25-Nov-15	Médicament couvert, mais date d'inscription inconnue	797

*Résultat – positif ou négatif

**Dans les cas où la date de remboursement public est inconnue, le nombre de jours jusqu'au patient a été calculé en totalisant les jours entre l'approbation réglementaire et la recommandation de l'ETS, puis en ajoutant 90 jours supplémentaires à compter de la date de la recommandation de l'ETS, étant donné qu'elle est contraignante et qu'il reste quelques obstacles à l'inscription sur les régimes publics assurance médicaments.

Annexe III : Échelles d'évaluation clinique courantes pour les maladies mentales

Dépression :

Questionnaire sur la santé des patients-9 (PHQ-9) : Un bref questionnaire auto-administré pour évaluer la gravité de la dépression.

Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D) : Échelle administrée par le clinicien pour mesurer la gravité des symptômes de dépression.

Anxiété :

Trouble anxieux généralisé 7 éléments (TAG-7) : Un questionnaire d'autoévaluation pour évaluer les symptômes généralisés du trouble anxieux.

Échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAM-A) : Échelle administrée par le clinicien pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété.

ESPT (état de stress post-traumatique) :

Liste de vérification de l'état de stress post-traumatique pour le DSM-5 (PCL-5) : Une mesure d'autoévaluation pour évaluer les symptômes de l'ESPT.

Échelle de l'ESPT administré par le clinicien pour le DSM-5 (CAPS-5) : Une entrevue structurée pour évaluer les symptômes de l'ESPT.

Trouble bipolaire :

Échelle d'évaluation Young Mania (Young Mania Rating Scale, YMRS) : Échelle administrée par le clinicien pour évaluer la gravité des épisodes maniaques.

Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D) : Également utilisé pour évaluer les symptômes dépressifs associés au trouble bipolaire.

Schizophrénie :

Échelle PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) : Échelle largement utilisée pour évaluer les symptômes de la schizophrénie, y compris les symptômes positifs, négatifs et psychopathologiques généraux.

Échelle d'évaluation psychiatrique (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) : Une autre échelle utilisée pour évaluer divers symptômes de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques.

Insomnie :

Indice de gravité de l'insomnie (ISI) : Un questionnaire d'autoévaluation visant à évaluer la gravité des symptômes d'insomnie.

Indice de la qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) : Une échelle d'auto-évaluation pour évaluer la qualité du sommeil et les perturbations.

Veillez noter qu'il existe de nombreuses autres échelles d'évaluation pour chacune de ces affections, et que le choix de l'échelle à utiliser peut varier selon le contexte et les exigences spécifiques de l'évaluation. De plus, les professionnels de la santé mentale peuvent également se fier à leur jugement clinique et à leurs observations pendant le processus d'évaluation.



Absentéisme Une tendance habituelle d'absence d'un devoir ou d'une obligation sans raison valable. Dans le contexte de ce rapport, le terme est utilisé pour décrire l'absentéisme en milieu de travail.

Troubles anxieux Les personnes atteintes de troubles anxieux éprouvent une anxiété excessive, de la peur ou de l'inquiétude, les obligeant à éviter les situations qui pourraient précipiter l'anxiété ou à développer des rituels compulsifs qui réduisent l'anxiété. Alors que tout le monde se sent anxieux face à des événements spécifiques, les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréalistes qui interfèrent avec leur vie dans leurs relations, leurs performances scolaires et professionnelles, leurs activités sociales et leurs loisirs.

Trouble bipolaire Une maladie mentale qui provoque des changements inhabituels dans l'humeur, l'énergie, les niveaux d'activité et la concentration d'une personne. Ces changements peuvent rendre difficile l'exécution des tâches quotidiennes. Il existe trois types de troubles bipolaires. Les trois types impliquent des changements clairs d'humeur, d'énergie et de niveau d'activité. Ces humeurs vont de périodes de comportement extrêmement « up », exalté, irritable ou énergique (appelées épisodes maniaques) à des périodes très « déprimées », tristes, indifférentes ou désespérées (appelées épisodes dépressifs). Les périodes maniaques moins graves sont appelées épisodes hypomaniaques.

Médicaments de marque La première version d'un médicament à être vendu dans un pays. Un médicament de marque est vendu par le fabricant du médicament qui a d'abord étudié et mis au point le médicament.

L'ACMTS L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) effectue des examens de l'ETS à l'échelle nationale (à l'exclusion de la province de Québec).

Dépression La dépression (ou trouble dépressif majeur) n'est pas simplement un changement temporaire d'humeur ou un signe de faiblesse. Il s'agit d'une affection médicale caractérisée par de nombreux symptômes émotionnels, physiques, comportementaux et cognitifs. Elle se caractérise par une période assez longue pendant laquelle une personne se sent triste, désespérée ou manque de concentration dans la vie, quotidiennement ou presque, pendant la majeure partie de chaque journée. Cette affection est associée à de nombreux autres symptômes qui peuvent avoir des répercussions émotionnelles, sociales, professionnelles et dans d'autres domaines importants de la vie.

Rotation des employés Les employés qui quittent une organisation pendant une période donnée.

Liste de médicaments Une liste des médicaments approuvés.

Médicaments génériques Une copie légale d'un médicament de marque.

Soins de santé Efforts déployés pour maintenir ou rétablir le bien-être physique, mental ou émotionnel, en particulier par des professionnels formés et agréés, qui incluent les coûts financés par l'État impliqués dans le fonctionnement et la prestation de soins de santé, par exemple les hôpitaux et les unités de santé publique.

31 Source: <https://en.wikipedia.org/wiki/Absenteeism>

32 Source: <https://mdsc.ca/edu/what-are-anxiety-disorders/>

33 Source: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>

34 Source: <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Generic-Brand-Name-Prescription-Drugs-FAQ.pdf>

35 Source: <https://depressionhurts.ca/en/about/>

36 Source: <https://www.forbes.com/advisor/business/employee-turnover-rate/>

37 Source: <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Generic-Brand-Name-Prescription-Drugs-FAQ.pdf>

38 Source: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/health%20care>

L'évaluation des technologies de la santé (ETS)

Évaluations des technologies de la santé (ETS), aussi appelée examen des remboursements, est une évaluation de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité d'un médicament. Le résultat de l'ETS est une recommandation qui consiste soit à inscrire le médicament sur la liste (positive), soit à ne pas inscrire le médicament (négatif). Une recommandation positive de l'ETS est généralement nécessaire pour le remboursement public final des nouvelles thérapies. Cependant, au Canada, les recommandations de l'ETS ne sont que des recommandations : autrement dit, les juridictions ne sont pas tenues de les suivre.

Soutien au revenu

Programmes gouvernementaux qui fournissent un soutien financier aux personnes qui n'ont aucun revenu ou qui ont un revenu très faible.

Indication

Avec des médicaments, une indication fait référence à l'utilisation de ce médicament pour traiter une maladie particulière.

L'INESSS

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) effectue des examens de l'ETS pour la province de Québec.

Insomnie

Un trouble du sommeil courant. En cas d'insomnie, une personne peut avoir du mal à s'endormir, à rester endormie ou à avoir un sommeil de bonne qualité. L'insomnie à court terme peut être causée par le stress ou par des changements dans l'horaire ou l'environnement d'une personne. Elle peut durer de quelques jours à quelques semaines. L'insomnie chronique (à long terme) survient trois nuits ou plus par semaine, dure plus de trois mois et ne peut pas être entièrement expliquée par un autre problème de santé.

Lettre d'intention (LI)

À la fin d'une négociation fructueuse entre l'APP et les fabricants, une lettre d'intention (LI) est créée. La lettre d'intention énumère les modalités pour le financement d'un médicament qui sont utilisées pour créer une entente d'inscription de produits (AIP) entre chaque juridiction du membre participant et le fabricant.

Santé mentale

L'état d'esprit, les sentiments et les émotions d'une personne.

Maladie mentale

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à une détresse importante et à un fonctionnement altéré.

Non-observance

Incapacité d'un individu à suivre un traitement prescrit. Bien que la non-observance ait traditionnellement été attribuée à un comportement d'opposition, elle est plus probablement due à une communication inadéquate entre le praticien et l'individu, à des limitations physiques ou cognitives qui empêchent le patient de suivre les recommandations thérapeutiques (par exemple, handicaps physiques), ou à des effets indésirables qui ne sont pas liés au traitement. Être abordée de manière adéquate.

APP

Une alliance de gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéraux qui collaborent à une gamme d'initiatives du régime public d'assurance médicaments. L'un de ses rôles clés est de mener des négociations pour les médicaments entre le fabricant et la juridiction.

Présentéisme

Travailler malgré la maladie; l'acte d'un employé qui continue à travailler malgré une baisse de productivité ou des conséquences négatives.

39 Source: https://www.medicinenet.com/indications_for_drugs__approved_vs_non-approved/views.htm

40 Source: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/insomnia>

41 Source: <https://wellbeing.gov.bc.ca/blog/difference-between-mental-health-and-mental-illness>

42 Source: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/mental-illness.html>

43 Source: <https://dictionary.apa.org/nonadherence>

44 Source: <https://www.pcpacanada.ca/>

45 Source: <https://en.wikipedia.org/wiki/Presenteeism>

Régimes d'assurance privés ou professionnels	Un régime, un programme ou un compte d'employeur, collectif ou individuel, quelle que soit sa description, qui pourrait offrir une couverture pour les médicaments, y compris la fourniture de financement qui pourrait être utilisé pour payer les médicaments .	Approbation réglementaire	Dans le contexte d'un médicament, l'approbation réglementaire fait référence à un médicament dont la vente est autorisée dans un pays après une évaluation scientifique rigoureuse de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité. Au Canada, Santé Canada est responsable de l'approbation réglementaire des médicaments.
Les régimes privés assurance médicaments	les assureurs, dont la Sun Life, Manuvie et la Croix Bleue) prennent des décisions relatives à la couverture des médicaments.	Schizophrénie	Une maladie mentale grave qui nuit à la capacité d'une personne à penser clairement, à gérer ses émotions, à prendre des décisions et à entrer en relation avec les autres. Bien qu'elle touche les hommes et les femmes à fréquence égale, la schizophrénie touche le plus souvent les hommes à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine, tandis que celle-ci touche les femmes à la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine.
EIP	Une entente de liste de produits est une entente négociée entre un fabricant de produits pharmaceutiques et le régime assurance médicaments de la juridiction.	Services sociaux	Soutiens et services financés par l'État au profit de la communauté, comme l'éducation, les soins médicaux et le logement.
L'ESPT (état de stress post-traumatique)	L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble qui se développe chez certaines personnes qui ont subi un événement choquant, effrayant ou dangereux.	Délai de prise en charge ou jours de prise en charge	Durée en jours entre l'approbation réglementaire d'un médicament et son remboursement public et son accès aux patients qui en ont besoin.
PWLE (Person with Lived/Living Experience)	Personne ayant une expérience vécue/vivace.	Résistance au traitement – dépression ou dépression difficile à traiter	La dépression résistante au traitement est un terme utilisé en psychiatrie pour décrire les personnes atteintes de trouble dépressif majeur (TDM) qui ne répondent pas de manière adéquate à un traitement antidépresseur approprié dans un certain délai.
Les régimes publics assurance médicaments	Il y a 19 régimes publics assurance médicaments. Dix sont provinciaux, trois territoriaux et le gouvernement fédéral gère les six régimes publics assurance médicaments suivants; Services aux Autochtones Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Prestations de soins de santé non assurés, Régime assurance médicaments des Forces canadiennes, Anciens combattants Canada, Programme d'avantages thérapeutiques, Programme royal d'avantages sociaux de la Gendarmerie du Canada , Citoyenneté et Immigration Canada, Programme fédéral de santé , Service correctionnel du Canada, Services de santé.		

46 Source: https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/opdp_eo/notices/fq_pat_exec_office_20190311.pdf

47 Source: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

48 Source: <https://schizophrenia.ca/learn-more-about-schizophrenia/>

49 Source: https://en.wikipedia.org/wiki/Treatment-resistant_depression