



**Comité ACE
(Arthritis Consumer Experts)**

**Élections 2008 - Document d'information
sur le programme de
Services de santé non assurés (SSNA)**

Septembre 2008

Sommaire :

L’objectif du programme des Services de santé non assurés (SSNA) est de permettre aux Canadiens des Premières nations et Inuits d’atteindre un niveau de santé global comparable à celui des autres Canadiens. Toutefois, le programme rate la cible et de loin. Dans les faits, les politiques du SSNA vont à l’encontre de ce but premier.

Selon le SSNA, « L’utilisation optimale de la pharmacothérapie consiste à fournir le bon médicament au bon patient, selon la bonne dose et au bon moment ». Malheureusement, la réalité est tout autre.

- Le SSNA impose unilatéralement aux Premières nations et aux Inuits atteints de polyarthrite rhumatoïde son propre choix de modificateurs de la réponse biologique plutôt que de laisser au patient et à son médecin l’occasion de choisir, parmi les cinq « biologiques » actuellement disponibles, celui le plus approprié à l’état du patient, à sa capacité d’autoadministration, à ses croyances et à quantité d’autres considérations.
- Quant aux membres des Premières nations et aux Inuits atteints de spondylarthrite ankylosante et d’arthrite psoriasique, le SSNA va encore plus loin en refusant tout simplement la couverture pour des médicaments nécessaires, créant ainsi dans les faits des citoyens de seconde zone, au Canada.

Au nom de ses membres autochtones et inuits souffrant d’arthrite inflammatoire, le comité ACE demande au gouvernement de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour mettre fin aux politiques restrictives du SSNA et d’ajouter à la liste des médicaments remboursables tous les médicaments de la classe des modificateurs de la réponse biologique afin que tous les membres des Premières nations et du peuple Inuit souffrant d’arthrite inflammatoire aient accès aux meilleurs médicaments en vertu du programme des SSNA. *Cette mesure mettra fin aux pratiques discriminatoires du programme des SSNA en matière de couverture des médicaments et permettra aux Canadiens, membres des Premières nations et Inuits qui ne peuvent compter que sur ce programme d’assurance-médicaments, de recevoir la même qualité de soins et de traitement que tous les autres Canadiens atteints d’arthrite inflammatoire.*

Introduction – Qu’est-ce que l’arthrite ?

Il existe plus d’une centaine de formes d’arthrite, que l’on peut classer en deux groupes principaux : l’arthrose et l’arthrite inflammatoire. Forme d’arthrite la plus répandue au Canada, l’arthrose affecte trois millions de Canadiens, soit environ un sur dix¹. L’arthrose est causée par la détérioration du cartilage des articulations. Avec le temps, les os de l’articulation frottent les uns sur les autres, causant de la douleur, de la raideur et éventuellement, une perte de mobilité. Quant à l’arthrite inflammatoire qui englobe plusieurs formes d’arthrite, le système immunitaire attaque les articulations et les tissus sains, causant de l’inflammation et des dommages aux articulations. La polyarthrite rhumatoïde en est la forme la plus répandue. Au Canada, 300 000 personnes environ en sont atteintes, soit une sur cent². Parmi les autres formes d’arthrite inflammatoire, mentionnons l’arthrite juvénile idiopatique, la spondylarthrite ankylosante, l’arthrite psoriasique et le lupus.³

Pour un traitement efficace de l'arthrite inflammatoire

Peu importe la forme parmi la centaine existante, l'arthrite reste encore incurable aujourd'hui. Toutefois, la recherche a prouvé que certains médicaments peuvent ralentir et même stopper la progression de la maladie et qu'un diagnostic précoce et des médicaments appropriés administrés en temps opportun sont des éléments critiques pour réduire ou retarder les dommages articulaires associés à la maladie, particulièrement dans ses formes inflammatoires. En fait, la recherche a démontré qu'un traitement précoce^{4, 5, 6, 7} peut :

- Contrôler les formes agressives de la maladie
- Minimiser les besoins en procédures et tests périodiques
- Réduire les besoins en hospitalisation et les visites chez le médecin
- Retarder ou éliminer les besoins en chirurgie de remplacement de certaines articulations, réduisant ainsi les listes d'attente toujours plus importantes
- Diminuer les coûts associés à la prestation de soins intermédiaires et de longue durée

Jusqu'à tout récemment, l'approche du traitement de l'arthrite se concentrait sur le soulagement de la douleur, les médecins recommandant des analgésiques comme l'acétaminophène (Tylenol®) ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pendant une longue période avant de passer aux médicaments plus agressifs. Aujourd'hui, cette approche a évolué grâce au développement de nouveaux médicaments qui ont vite pris la tête. Pour traiter les symptômes associés à l'arthrite, l'arsenal d'aujourd'hui est constitué d'analgésiques, de corticostéroïdes et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) alors que pour les affections sous-jacentes, les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) et les modificateurs de la réponse biologique (communément appelés « biologiques ») seront largement utilisés.

Les biologiques constituent la classe de médicaments la plus récente et la plus efficace dans la lutte contre des formes d'arthrite inflammatoire. En association avec d'autres médicaments, ils sont considérés comme « la règle d'or » dans le traitement de l'arthrite inflammatoire sévère. À ce stade de la maladie, leur efficacité est appuyée par des preuves irréfutables, particulièrement dans la réduction de l'activité de la maladie et la gestion des modifications physiques qu'elle entraîne et qui mènent malheureusement à la déformation des articulations et à l'invalidité.^{8, 9, 10}

Cinq biologiques ont reçu l'approbation gouvernementale et sont actuellement utilisés dans le traitement de l'arthrite inflammatoire. Chacun d'eux cible des molécules spécifiques, responsables du processus d'inflammation, ce symptôme à l'effet si dévastateur et si destructeur pour les articulations; trois d'entre eux ciblent une molécule appelée TNF, alors que les deux autres visent respectivement les cellules B et les cellules T.

Chaque personne peut réagir différemment à un médicament biologique, même s'ils ciblent la même molécule. C'est pourquoi il est d'une importance capitale d'avoir accès à des options différentes de traitement. La recherche a démontré que les besoins en nouveaux médicaments ne seraient toujours pas comblés, les biologiques actuellement disponibles n'atténuant pas les symptômes chez plus de la moitié des personnes souffrant d'arthrite inflammatoire.^{11, 12, 13} Dans le concret, le fait de ne pas inclure tous les biologiques mais seulement quelques-uns à la liste des médicaments remboursables a pour

effet de permettre à certaines personnes de récupérer leur qualité de vie alors que d'autres n'ont pas accès à la même opportunité.

Il est essentiel de réaliser que la négation de couverture de ces médicaments a un impact économique beaucoup plus élevé que le remboursement du médicament aux personnes atteintes. **Chaque dollar investi dans le développement de nouveaux médicaments entraîne des économies de l'ordre de sept fois le montant investi dans d'autres secteurs du système de santé**^{14,15}.

Les dépenses consacrées aux médicaments sont associées à l'amélioration des résultats de santé chez la population canadienne.¹⁶ Par exemple, la rigidité de la colonne vertébrale, l'augmentation du risque de fractures et les dommages à d'autres articulations, conséquences d'un non-traitement ou d'un sous-traitement de la spondylarthrite ankylosante, sont irréversibles et mènent à une plus grande utilisation des services de santé et à l'incapacité de travailler.^{17,18}

Impact de l'arthrite inflammatoire sur la population autochtone au Canada

Chez la population des Premières nations, l'arthrite est la maladie chronique la plus répandue : 19 % de la population autochtone vivant hors réserve a rapporté souffrir d'arthrite. Ce pourcentage équivaudrait à 27 % si la composition de la population autochtone était similaire, en regard des tranches d'âge, à celle de la population canadienne.¹⁹ De plus, chez les Autochtones hors réserve, la prévalence de l'arthrite inflammatoire de type sévère est d'environ 5 %, comparativement à 1 % pour la population totale du Canada. Plus critique encore, l'arthrite prend chez la population autochtone une forme encore plus sévère et plus débilatante que chez la population non autochtone, et menant plus souvent au décès.²⁰

Pauvreté et préoccupations de santé, voilà le contexte susceptible d'être attribué à cette prévalence de l'arthrite chez le peuple autochtone du Canada, une situation grandement préoccupante pour les professionnels de la santé et les collectivités autochtones. Cette préoccupation est aggravée par le fait que plusieurs Canadiens d'origine autochtone n'ont pas accès aux médicaments généralement prescrits par leur spécialiste pour le traitement de la forme d'arthrite dont ils souffrent, résultat de la couverture, l'une des plus restrictives au Canada, offerte par le programme fédéral des Services de santé non assurés (SSNA). Par exemple, contrairement à la presque totalité des régimes publics des autres provinces, les Canadiens d'origine autochtone atteints de spondylarthrite ankylosante et d'arthrite psoriasique et qui ne peuvent compter que sur la couverture du SSNA n'ont accès à aucun des médicaments de cette nouvelle classe, les biologiques, considérés comme la « règle d'or » dans le traitement de leur maladie.²¹

Les membres des Premières nations et les Inuits qui ne peuvent compter que sur le programme fédéral des SSNA pour leurs médicaments n'ont pas accès comme les autres Canadiens aux modificateurs de la réponse biologique utilisés dans le traitement de leur maladie, et ce, en dépit du fait que la prévalence de l'arthrite inflammatoire soit plus élevée et la maladie plus débilatante chez la population autochtone qu'ailleurs au Canada.

Aperçu du programme SSNA : son fonctionnement

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) est un programme complémentaire qui « offre aux Premières nations et aux Inuits une gamme définie de produits et de services médicaux nécessaires en matière de santé lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par un régime d'assurance privé ou par les régimes d'assurance-maladie et les programmes sociaux des provinces et des territoires ». ²² Bien que

chaque province et territoire soit responsable en vertu de la loi canadienne sur la santé de fournir des soins de santé à tous les Canadiens, certains produits et services liés à la santé ne sont pas couverts par les programmes provinciaux et territoriaux. Dans ce cas, le SSNA prend la relève en assumant les coûts, en tout ou en partie, de ces produits et services. Voici quelques exemples :

- Services pharmaceutiques (médicaments d'ordonnance et en vente libre approuvés, fournitures médicales et équipement médical);
- Soins dentaires;
- Transport pour accéder aux services médicalement requis;
- Lunettes et autres aides à la vision et soins de la vue;
- Cotisations de santé en Alberta et en Colombie-Britannique seulement; et
- Autres services en soins de santé dont l'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme.

Les politiques et pratiques du programme se fondent sur la Politique sur la santé des Indiens de 1979 et sur le mandat renouvelé des SSNA de 1997 alors que son objectif est « d'aider les Premières nations et les Inuits admissibles à atteindre un état de santé général du niveau de celui du reste de la population canadienne ». ²³ Les objectifs du programme sont de fournir des services aux membres des Premières nations et à des Inuits admissibles, d'une manière qui :

- répond à leurs besoins uniques en matière de santé
- aide les Premières nations et les Inuits admissibles à atteindre un état de santé général du niveau de celui du reste de la population canadienne
- est rentable
- maintient la santé, prévient la maladie et aide à dépister et à gérer les maladies, les blessures ou les invalidités

Une prestation peut être couverte lorsque :

- l'article ou le service figure sur la liste des prestations du programme des SSNA ou sur la liste des SSNA;
- l'article ou le service doit être utilisé à la maison ou dans d'autres environnements de soins ambulatoires;
- l'approbation préalable ou la prédétermination est obtenue (au besoin);
- elle n'est offerte par aucun autre programme de soins de santé ou programme social fédéral, provincial, territorial ou privé;
- l'article est prescrit par un médecin, un fournisseur de soins dentaires ou un autre professionnel de la santé autorisé à rédiger des ordonnances; et
- l'article est fourni par un fournisseur reconnu.

Pour être admissible au programme, la personne doit résider au Canada et répondre à l'un des critères suivants :²⁴

- être un Indien inscrit aux termes de la Loi sur les Indiens; ou
- être un Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale, ou
- être un enfant de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible.

Ne peuvent bénéficier du programme des SSNA :²⁵

- les conjoints non admissibles
- les enfants de plus d'un an non admissibles

En 2007, le programme des SSNA offrait une couverture complémentaire à environ 792 600 bénéficiaires inscrits (au 31 mars 2007) en tant que membres des Premières nations et Inuits reconnus.

Les médicaments remboursés par le programme des SSNA

« Le programme des SSNA a pour objectif le développement d'une liste exhaustive de médicaments offrant le meilleur rapport coût/efficacité qui permettra aux médecins de prescrire un plan de traitement approprié aux bénéficiaires du programme des SSNA » (SSNA, 2007: 94).

Selon le site Web des SSNA, « L'objectif est de permettre aux clients admissibles d'avoir accès à des services pharmaceutiques qui contribueront à optimiser les résultats sur le plan de la santé, d'une manière juste, équitable et rentable. Les services servent notamment :

- à favoriser l'amélioration de l'état de santé général des clients des Premières nations et des clients inuits, en reconnaissant leurs besoins particuliers en matière de santé et le contexte de la prestation des services de santé; et
- à payer les médicaments et les services pharmaceutiques en se fondant sur le jugement d'un professionnel, conformément aux pratiques exemplaires courantes en ce qui a trait aux services de santé et aux normes fondées sur l'expérience clinique en matière de soins. »

Le programme des SSNA couvre les médicaments délivrés sur ordonnance qui figurent sur la liste des Services de santé non assurés, ainsi que les médicaments en vente libre approuvés. La politique des SSNA consiste à payer « le médicament de substitution qui coûte le moins cher » et à rembourser seulement le produit de rechange ou l'équivalent offrant le meilleur rapport qualité/prix dans un groupe de produits pharmaceutiques interchangeables.

Constat du programme des SSNA : obstacles aux soins et traitement efficace de l'arthrite inflammatoire

Alors que les services du programme des SSNA comprennent cinq secteurs de prestations, les soins et traitement contre l'arthrite sont principalement rattachés à deux d'entre eux : les « services pharmaceutiques » et le « transport pour raison médicale ». Le comité ACE a identifié plusieurs problématiques concernant le programme des SSNA.

Problèmes :

1. Critères stricts, entraînant des délais d’accès aux modificateurs de la réponse biologique dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde

Les cinq biologiques actuellement disponibles pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde figurent tous à la liste des médicaments des SSNA. Toutefois, les critères d’accès à ces médicaments sont à ce point rigides qu’ils entraînent des délais dans le traitement. Les professionnels de la santé ont pourtant signalé avec constance cette aberration : les Premières nations et Inuits doivent tout d’abord prouver la non-efficacité dans leur cas particulier de beaucoup plus de médicaments que requis par les autres régimes provinciaux et territorial avant d’avoir accès aux biologiques.

Pour les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, l’accès à toute la gamme d’options de traitement est essentiel; tout comme pour le traitement du VIH ou du cancer, le médecin doit avoir l’opportunité de confectionner le « cocktail » médical idéal pour chacun de ses patients. La recherche a pourtant démontré que dans 28 % à 58 % des cas, les patients ne répondent pas aux médicaments anti-TNF²⁶. En plus d’un taux de réponse qui varie d’une personne à l’autre, les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde peuvent développer une pharmacorésistance aux anti-TNF dans le cours de leur traitement.²⁷ Enfin, il est bon de préciser que l’ajout de plusieurs biologiques à la liste n’entraîne pas nécessairement des coûts de traitement plus élevés puisque chaque patient souffrant de polyarthrite rhumatoïde ne peut utiliser qu’un biologique à la fois.

Recommandation : Les Canadiens des Premières nations et Inuits qui ne peuvent compter que sur le programme des SSNA devraient être soumis aux mêmes critères de remboursement des médicaments que tous les autres Canadiens profitant de la couverture d’un programme d’assurance-médicaments subventionné par le gouvernement fédéral.

2. Aucun biologique ne figure à la liste des SSNA pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante et de l’arthrite psoriasique

Le programme des SSNA n’a pas inclus à sa liste de médicaments remboursables les biologiques pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante et de l’arthrite psoriasique. En fait, le programme des SSNA a refusé officiellement l’inclusion des biologiques dans le traitement de ces deux formes d’arthrite. Plus précisément, le SSNA a refusé l’inclusion à la liste de l’étanercept (Enbrel[®]) et de l’infliximab (Remicade[®]) dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante. Le programme a récidivé en refusant d’inclure à la liste l’infliximab (Remicade[®]) et l’adalimumab (Humira[®]) pour le traitement de l’arthrite psoriasique.

Ces décisions vont à l’encontre des conclusions de la recherche scientifique et s’inscrivent à l’opposé des traitements fondés sur des faits démontrés. Il existe des données scientifiques probantes démontrant la valeur de l’infliximab (Humira[®]) dans la gestion des aspects physiques de la spondylarthrite ankylosante comme la rigidité de la colonne vertébrale, l’augmentation du risque de fractures et les dommages à d’autres articulations.^{28,29} Dans les faits, le Programme commun d’évaluation des médicaments (PCEM) a recommandé aux provinces et territoires l’inclusion de ce biologique à leur liste respective dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante.³⁰

La recherche a démontré que l’infliximab (Remicade[®]) offre des avantages significatifs dans la gestion de l’arthrite psoriasique et des aspects cutanés de la maladie³¹. Les résultats démontrent que le médicament apporte des avantages sur deux plans : l’amélioration des capacités physiques du patient et de sa qualité de vie.³²

Recommandation : Le programme des SSNA doit prendre immédiatement les mesures nécessaires afin d'inclure les trois médicaments de la classe des modificateurs de la réponse biologique à la liste des médicaments remboursables au bénéfice des Premières nations et des Inuits atteints de spondylarthrite ankylosante et d'arthrite psoriasique.

3. Disparités dans les dépenses en médicaments

Dans le budget 2007-2008 de Santé Canada, le ministre de la Santé, Tony Clement, soulignait quatre résultats stratégiques dont l'un, centré sur de meilleurs résultats de santé et la réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens.³³ En dépit de cette ferme intention du Ministre, l'Institut canadien d'information sur la santé constatait dans son rapport annuel 2006 que les Canadiens des Premières nations étaient victimes de discrimination en recevant une qualité moindre de soins de santé que la population, en général. La comparaison des dépenses en médicaments illustre cette inégalité, sans équivoque. En effet, la moyenne des dépenses en médicaments par personne au Canada est de 750 \$ alors que pour les Premières nations, elle n'est que de 419 \$. Encore plus tragique, le financement provincial en santé a été établi à 6 % alors que Santé Canada a institué une limite de financement des SSNA à 3 %.³⁴

Le sous-financement en médicaments a été dénoncé par l'Assemblée des Premières nations. Dans leur examen du programme des SSNA, l'Assemblée des Premières nations a comparé les dépenses en médicaments des SSNA, un volet de la DGSPNI (Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits) et celles du programme fédéral des vétérans. Les résultats de cette analyse sont convaincants. En 2004-2005, Santé Canada a dépensé en médicaments environ 320,6 millions \$ pour les 765 000 Canadiens admissibles au programme des Premières nations et Inuits, ce qui représente une moyenne de 419 \$ par personne. En comparaison, la dépense moyenne en médicaments consacrée aux 133 000 vétérans canadiens est de 843 \$ par personne. Et pour continuer sur la lancée, les 67 000 membres du ministère de la Défense ont bénéficié de 3 519 \$ par personne et les 21 255 détenus incarcérés dans les prisons fédérales, de 6 492 \$ par personne.³⁵

Recommandation : Le financement du programme des SSNA doit s'aligner sur celui des autres programmes en santé fédéraux et provinciaux.

4. Procédure d'appel restrictive

Lorsque le remboursement d'une certaine prestation est refusé par le programme des SSNA, le bénéficiaire a le droit d'en appeler de la décision. Bien qu'une procédure d'appel soit un élément positif, celle établie par les SSNA entraîne des délais et a des exigences qui peuvent restreindre son utilisation par les bénéficiaires. En effet, tous les appels doivent être entrepris par le patient (bénéficiaire) ou son tuteur et doivent être accompagnés de documents informatifs provenant du fournisseur de soins ou du prescripteur. L'information suivante doit être fournie :³⁶

1. la situation pour laquelle la prestation est demandée;
2. le diagnostic et le pronostic, notamment les solutions de rechange qui ont été mises à l'essai;
3. les résultats des tests diagnostiques pertinents;
4. la justification du traitement proposé et toute autre information complémentaire.

L'obligation de rédiger la lettre de demande de révision est une négation flagrante de la réalité et du contexte particulier des Premières nations et Inuits. Avec un taux d'analphabétisme élevé, la rédaction d'une telle lettre est hors de portée pour plusieurs membres de cette population. Tel que mentionné à l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes 2003, c'est chez les Premières nations que l'on retrouve le niveau d'alphabétisation le plus bas au Canada³⁷, soit moins de 39 % de diplomation au secondaire.³⁸ De plus, plusieurs membres de cette population vivant hors des centres urbains, la collecte des documents requis auprès de leurs fournisseurs de services en santé peut s'avérer extrêmement difficile et même exiger des déplacements sur de longues distances. Non seulement cette procédure d'appel oblige les bénéficiaires à se déplacer en dehors de leur collectivité, mais elle peut également exiger des ressources financières dont cette population ne dispose absolument pas.

Il s'agit ici de la seule procédure d'appel publique exigeant d'être initiée par le bénéficiaire, ou le patient atteint de la maladie. Pourquoi exige-t-on d'une population aux prises avec un fort pourcentage d'analphabétisme, un niveau de pauvreté plus élevé que la moyenne canadienne et des barrières géographiques extrêmes d'initier une procédure d'appel et d'écrire une lettre de demande de révision ?

Recommandation : La procédure d'appel doit être repensée et remaniée afin d'assurer aux bénéficiaires un droit d'appel sans contrainte géographique, économique ou sociale.

5. Non-conformité avec les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments

Tel que mentionné précédemment, aucun biologique n'a été inclus à la liste des médicaments du programme des SSNA pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante, en dépit de la « recommandation d'inclusion » du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM).³⁹ Le non-respect systématique des recommandations du PCEM par le programme des SSNA est mis encore plus en évidence dans une étude commandée par l'Association canadienne des individus retraités (ACIR) dans le but de comparer la couverture des médicaments d'ordonnance offerte aux députés et fonctionnaires et la couverture des régimes publics en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario et celle offerte aux Autochtones, aux vétérans et au personnel militaire, gérées par le gouvernement fédéral. Cette étude a révélé l'existence d'une importante disparité entre la couverture des médicaments et les recommandations du PCEM, respectées par les régimes privés et publics, soit dit en passant financés par les deniers publics au niveau fédéral, offerte aux politiciens et bureaucrates. Par exemple, des recommandations d'inclusion du PCEM concernant 27 médicaments, seules 15 sont respectées par le programme des SSNA, alors que la totalité (27) des médicaments recommandés sont remboursés aux politiciens et fonctionnaires.⁴⁰

L'absence de conformité avec les recommandations du PCEM surprend au plus haut point. Il s'agit pourtant d'un processus d'évaluation effectué au niveau fédéral, par des réviseurs triés sur le volet par Santé Canada. Il semble que le programme des SSNA pourrait très bien éviter les dépenses associées à une évaluation interne en ajoutant automatiquement à sa liste les médicaments recommandés par le PCEM.

Recommandation : Le programme des SSNA devrait inclure à sa liste tous les médicaments faisant l'objet d'une recommandation d'inclusion par le Programme commun d'évaluation des médicaments dans le traitement des formes d'arthrite inflammatoire.

RÉFÉRENCES

-
- ¹ Site Web de l’Institut de recherche en santé du Canada, consulté le 3 septembre 2008: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/35184.html>
- ² Ibid
- ³ Ibid; site Web de Joint Health, consulté le 3 septembre 2008 : <http://www.jointhehealth.org/aboutarthritis.cfm>
- ⁴ Boonen A, van der Linden SM. The burden of ankylosing spondylitis. *Journal of Rheumatology* - Supplement 2006 Sep;78:4-11.
- ⁵ van der Heijde, *Arthritis and Rheumatism*, 2007; vol. 56, n° 9 (supp) : S252;
- ⁶ Keat et al. *Rheumatology*, 2005; 44:939-947;
- ⁷ Boonen et al. *Arthritis Rheum* 2006;65:201–210.
- ⁸ Boonen et al. *Arthritis Rheum* 2006;65:201–8.;
- ⁹ Kavanaugh, A. et al. (2007). *Ann Rheum Dis*, Vol. 66:498-505;
- ¹⁰ van der Heijde, *Arthritis and Rheumatism*, 2007; vol. 56, n° 9 (supp): S252;
- ¹¹ Finchk, et al. (2007). *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 56 (5):1417-1423; Genovese M. et al. (2005). *NEJM*, Vol. 353(11):1114-1123.
- ¹² Finchk et al. (2006). *Ann Rheum Dis*, Vol. 65:746-752
- ¹³ Redlich, et al. (2003). *Arthritis Rheum*, Vol. 48:3308-3319
- ¹⁴ Lichenberg, F.R. (2001) *Are the Benefits of New Drugs Worth Their Cost?* Health Affairs 20 (2001): 241-51.
- ¹⁵ Lichenberg, F. R.(2003). *Pharmaceutical Innovation, Mortality Reduction, and Economic Growth*, in Murphy, Kevin M. and Robert H. Topel, eds., *Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, Chapter 3, University of Chicago Press (2003c).
- ¹⁶ Cremieux
- ¹⁷ Rudwaleit et al. *Arthritis and Rheumatism*, 2007; vol. 56, n° 9 (supp): S871;
- ¹⁸ van der Heijde et al. (2007), *Arthritis and Rheumatism*, 2007; vol. 56, n° 9 (supp): S252
- ¹⁹ L’arthrite au Canada p. 25
- ²⁰ Ibid
- ²¹ Site Web SSNA : – listes des médicaments SSNA
- ²² Site Web SSNA : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php>
- ²³ Site Web SSNA : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php>
- ²⁴ Site Web SSNA : <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/index-fra.php>
- ²⁵ Ibid
- ²⁶ Redlich, et al. (2003). *Arthritis Rheum*, Vol. 48:3308-3319
- ²⁷ Finchk et al. (2006). *Ann Rheum Dis*, Vol. 65:746-752
- ²⁸ Rudwaleit et al. *Arthritis and Rheumatism*, 2007; vol. 56, n° 9 (supp): S871;
- ²⁹ Lambert et al., (2007), *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 56(12):4005-4014.
- ³⁰ ³⁰ http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Humira-Resubmission-Crohns_Dec-19-2007_f.pdf
- ³¹ Ibid;
- ³² Ibid; Mease (2002), *Ann Rheum Dis*, Vol. 61:298-304.
- ³³ Site Web de Santé Canada, consulté le 3 septembre 2008 : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/0708/hlth-sant/hlth-sant01-fra.asp>
- ³⁴ Site Web de l’Assemblée des Premières nations, consulté le 3 septembre 2008 : <http://www.afn.ca/article.asp?id=2668>
- ³⁵ ibid
- ³⁶ NIHB website: (nihb appeal process)
- ³⁷ Site Web de Statistique Canada : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/81-004-XIF/2007005/article/10500-fr.htm>
- ³⁸ Site Web de Santé Canada : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=89-617-X>
- ³⁹ Site Web de l’ACMTS : http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Humira_Resubmission_June-27-
- ⁴⁰ Site Web du CARP (anglais seul.) : http://www.carp.ca/article_display.cfm?documentId=2244