Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board

6e édition

CompasRx

Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments **2018-2019**

Canada

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Décembre 2020

CompasRx, 6e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2018-2019 est offert sur le site Web du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) en format électronique.

Une traduction de ce document est également disponible en anglais sous le titre : *CompassRx, 6th edition: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2018/19.*

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Centre Standard Life
Casier L40
333, avenue Laurier Ouest, bureau 1400
Ottawa (Ontario) K1P 1C1

Tél. : 1-877-861-2350

ATS : 613-288-9654

Courriel : PMPRB.Information-Renseignements.CEPMB@pmprb-cepmb.gc.ca

Site Web : www.pmprb-cepmb.gc.ca/fr

ISSN 2369-0526

N° de cat. : H79-6F-PDF

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2020

Au sujet du CEPMB

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires. Il a été créé par le Parlement en 1987. Le CEPMB est investi d'un double mandat de réglementation et de rapport, qui consiste à : veiller à ce que les prix auxquels les brevetés vendent leurs médicaments brevetés au Canada ne soient pas excessifs et rendre compte des tendances relatives aux prix de vente de tous les médicaments ainsi que des dépenses en recherche et développement (RD) effectuées par les titulaires de brevets pharmaceutiques.

Initiative du SNIUMP

Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) est une initiative de recherche mise sur pied par les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en septembre 2001. Il s'agit d'un partenariat entre le CEPMB et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

En vertu de l'article 90 de la *Loi sur les brevets*, le CEPMB a pour mandat d'effectuer des analyses qui fournissent aux décideurs des renseignements essentiels sur les tendances en matière de prix, d'utilisation et de coûts afin que le système de soins de santé du Canada dispose de renseignements plus complets et exacts sur l'utilisation des médicaments et sur les sources des pressions sur les coûts.

Les priorités et méthodes de recherche propres au SNIUMP sont établies avec l'aide du Comité consultatif du SNIUMP et reflètent les priorités des administrations participantes, tel qu'il est indiqué dans le Programme de recherche du SNIUMP. Le Comité consultatif est constitué de représentants des régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Yukon, du Programme des services de santé non assurés (SSNA) ainsi que de Santé Canada. Il comprend également des observateurs de l'ICIS, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP).

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) dans le cadre de l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).

Le CEPMB tient à remercier les membres du Comité consultatif du SNIUMP pour leur supervision spécialisée et leur orientation dans le cadre de la rédaction du présent rapport. Veuillez noter que les énoncés et les constatations du présent rapport ne reflètent pas nécessairement ceux des membres ou de leurs organisations.

Nous remercions Yvonne Zhang d'avoir dirigé ce projet, ainsi que Tanya Potashnik, et Jeffrey Menzies d'avoir supervisé l'élaboration du rapport. Le CEPMB tient également à souligner la contribution des analystes Nevzeta Bosnic et Ai Chau, et de l'équipe éditoriale, Sarah Parker et Shirin Paynter.

Avis de non-responsabilité

Le SNIUMP fonctionne indépendamment des activités réglementaires du conseil d'administration du CEPMB. Les priorités de recherche, données, déclarations et opinions énoncées dans les rapports du SNIUMP ne représentent pas la position du CEPMB en matière de questions réglementaires. Les rapports du SNIUMP ne contiennent pas d'information confidentielle ou protégée en vertu des articles 87 et 88 de la *Loi sur les brevets*, et la mention d'un médicament dans un rapport du SNIUMP ne revient pas à reconnaître ou à nier que le médicament fait l'objet d'une demande de brevet en vertu des articles 80, 81 ou 82 de la *Loi sur les brevets* ou encore que son prix est ou n'est pas excessif au sens de l'article 85 de la *Loi sur les brevets*.

Bien qu'ils soient en partie fondés sur des données obtenues de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les énoncés, les résultats, les conclusions, les points de vue et les opinions présentés dans ce rapport sont exclusivement ceux du CEPMB et ne sont pas imputables à l'ICIS.

Résumé

Les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont augmenté de 5,6 % en 2018-2019 pour atteindre 12,1 milliards de dollars, une hausse principalement attribuable à une augmentation marquée de l'utilisation de médicaments plus onéreux et au lancement du nouveau programme Assurance-santé Plus de l'Ontario.

Le rapport *CompasRx* du CEPMB suit et analyse les pressions sur les coûts qui ont une incidence sur les variations dans les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada. La sixième édition de *CompasRx* donne un aperçu des facteurs à l'origine de la croissance des coûts des médicaments et des coûts d'exécution d'ordonnance en 2018-2019, ainsi qu'un examen rétrospectif des tendances récentes dans les coûts et l'utilisation des régimes publics d'assurance-médicaments.

La base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), créée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), constitue la principale source de données du rapport en ce qui concerne les administrations suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

Les constatations faites dans le rapport éclaireront les discussions sur les politiques et aideront les décideurs à prévoir l'évolution des pressions qui s'exercent sur les coûts et à y réagir.

Principales constatations

Les dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont augmenté de 5,6 % en 2018-2019, ce qui fait passer les dépenses annuelles à plus de 12 milliards de dollars.

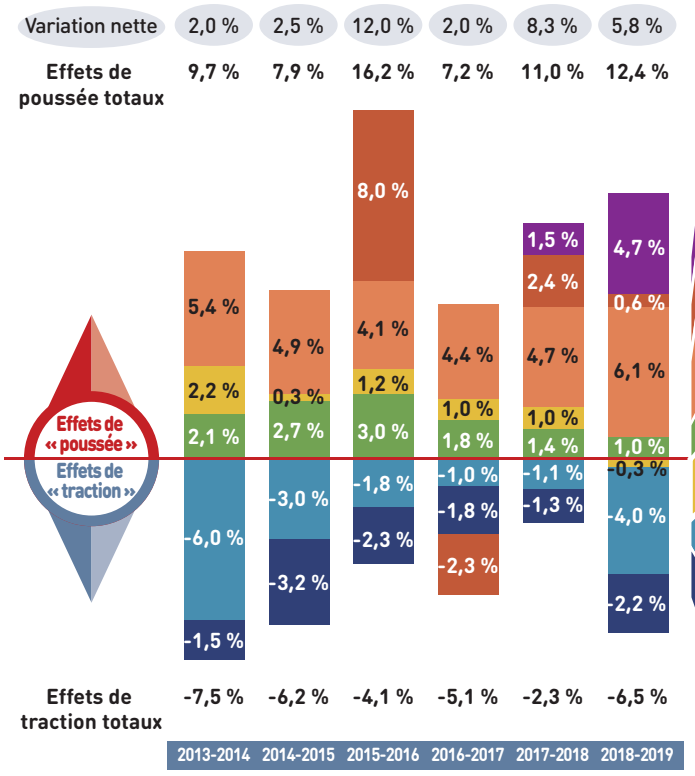
- Entre 2013-2014 et 2018-2019, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada ont augmenté de 3 milliards de dollars, atteignant un taux de croissance annuel composé de 5,5 %.
- Les coûts des médicaments, qui représentent 80 % des dépenses en médicaments d'ordonnance, ont connu une hausse de 5,8 % de 2017-2018 à 2018-2019, tandis que les coûts d'exécution d'ordonnance, qui représentent les 20 % restants des dépenses, ont augmenté de 5,1 %.
- Les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont payé en moyenne 87 % du total des coûts d'ordonnance pour 292 millions d'ordonnances délivrées à près de 8 millions de bénéficiaires actifs en 2018-2019.
- Le programme Assurance-santé Plus a entraîné une hausse de 7,6 % des dépenses totales en médicaments d'ordonnance en Ontario en 2018-2019 et une poussée de 4,4 % sur les dépenses pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.

La croissance des coûts des médicaments enregistrée dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2018-2019 était principalement attribuable à l'utilisation accrue de médicaments plus onéreux ainsi qu'à la mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus en Ontario et a été compensée en partie par les économies découlant de la réduction des prix et des substitutions par des médicaments génériques.

- L'utilisation accrue de médicaments plus onéreux demeure l'inducteur le plus marqué, entraînant une poussée à la hausse de 6,7 % en 2018-2019, malgré l'incidence plus modeste de l'utilisation d'antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C.
- Moins de 5 % des bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments comptent pour plus de la moitié des coûts totaux des médicaments en 2018-2019. Les médicaments onéreux, qui ont été utilisés par moins de 2 % des bénéficiaires, représentaient plus du tiers des coûts.

- La couverture universelle de l'Ontario pour les jeunes de 24 ans et moins a également fortement influé sur l'augmentation globale des coûts. Sans l'Assurance-santé Plus, la croissance de 5,8 % du coût total des médicaments dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP aurait été réduite à 1,1 %.
- En 2018-2019, les politiques relatives à l'établissement des prix et les substitutions ont eu un effet notable de -6,2 % sur les coûts qui s'explique en grande partie par les récentes politiques réduisant le prix de nombreux médicaments génériques les plus vendus de 10 % à 18 % des produits d'origine.
- D'autres facteurs, y compris le volume de médicaments et la taille de la population bénéficiaire, ont eu une influence relativement petite sur la croissance des coûts des médicaments pour les régimes publics.

Aperçu des inducteurs de coûts des médicaments



ASSURANCE-SANTÉ PLUS	Le programme Assurance-santé Plus en Ontario a contribué à hauteur de 7,9 % à la croissance en Ontario et à hauteur de 4,7 % à la croissance dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.
COMBINAISON DE MÉDICAMENTS, AAD	L'utilisation d'antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C a exercé une modeste pression à la hausse de 0,6 % sur les coûts.
COMBINAISON DE MÉDICAMENTS, AUTRES MÉDICAMENTS	L'utilisation accrue de médicaments plus onéreux autres que les AAD a eu l'effet de poussée le plus marqué, avec une incidence globale de 6,1 %. Le nombre de médicaments onéreux a augmenté, passant de 71 en 2013-2014 à 115 en 2018-2019. Les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP, atteignant un nouveau sommet de 28,1 %. Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs représentaient la plus grande part des coûts des médicaments (25,8 %) en 2018-2019. Huit des 10 médicaments les plus onéreux en 2018-2019 avaient des coûts de traitement moyens supérieurs à 100 000 $.
DÉMOGRAPHIE	L'effet « démographie » a fait grimper les coûts des médicaments des régimes publics du SNIUMP de 1,0 %.
VOLUME	L'effet « volume » a été relativement neutre avec une légère contribution à la baisse de 0,3 %.
VARIATION DE PRIX	En 2018-2019, les réductions des prix des médicaments ont fait considérablement baisser les coûts globaux de 4,0 %, par suite d'une récente entente entre l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et l'Association canadienne du médicament générique qui a réduit le prix de nombreux médicaments génériques les plus vendus de 10 % à 18 % des produits d'origine.
SUBSTITUTION	Le passage de médicaments de marque à des médicaments génériques ou biosimilaires a réduit les coûts globaux des médicaments de 2,2 % en 2018-2019. Les économies totales offertes par les médicaments biosimilaires sont demeurées limitées.

Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels sur les prix des médicaments négociés par l'APP au nom des régimes publics.
Les valeurs pour 2016-2017 reflètent une méthodologie révisée; les résultats antérieurs n'ont pas été mis à jour, car il n'y aurait pas eu de changement notable dans la contribution relative de chaque effet. Les données pour le Yukon sont incluses à compter de 2016-2017.
Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les coûts d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics du SNIUMP ont atteint 2,4 milliards de dollars en 2018-2019 et ainsi enregistré une croissance notable par rapport à l'année précédente, dans une large mesure en raison du programme Assurance-santé Plus en Ontario.

- La croissance globale des coûts d'exécution d'ordonnance a été de 5,1 % (117,4 millions de dollars) en 2018-2019, augmentation plus forte que celle observée les trois années précédentes, bien que les résultats varient d'un régime à l'autre.
- Le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario a eu une incidence importante sur la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance, exerçant une poussée à la hausse de 3,5 % (80,5 millions de dollars) à l'échelle nationale et de 6,3 % en Ontario.
- Outre les changements s'expliquant par l'Assurance-santé Plus, une hausse du nombre de bénéficiaires actifs a eu la plus grande incidence sur les coûts d'exécution d'ordonnance en 2018-2019, faisant grimper les coûts globaux de 2,0 %.
- La diminution du volume d'unités délivrées aux patients et une baisse des frais d'exécution moyens globaux par ordonnance ont réduit les coûts d'exécution d'ordonnance de près de 1 %.

Table des matières

Résumé ii

Introduction 2

Méthodes 3

Limites 4

1. Tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2013-2014 à 2018-2019 5

2. Les inducteurs de coûts des médicaments, 2017-2018 et 2018-2019 14

Effet « variation de prix » 17

Effet « substitution » 20

Effet « combinaison de médicaments » 22

3. Les inducteurs de coûts d'exécution d'ordonnance, 2017-2018 et 2018-2019 30

Références 36

Annexe A : Examens et approbations des médicaments 37

Annexe B : Répartition des nouveaux patients prenant certains ARMM par administration 40

Annexe C : Les 50 principaux médicaments brevetés selon le coût du médicament 41

Annexe D : Les 50 principaux médicaments génériques de sources diverses selon le coût du médicament 44

Annexe E : Les 50 principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament 46

Annexe F : Les 50 principaux fabricants selon le coût du médicament 49

Introduction

Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments canadiens représentent une part importante du budget global consacré aux soins de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a estimé le coût total des médicaments d'ordonnance au Canada à 34,3 milliards de dollars en 2019, le volet le plus important (43,1 %) étant financé par les régimes publics d'assurance-médicaments et le solde étant payé par les régimes privés (36,9 %) ou par les ménages et les particuliers (19,9 %)[1].

CompasRx est une publication annuelle du CEPMB qui explore les tendances dans les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Il met l'accent sur l'évolution des pressions qui contribuent à la variation annuelle des coûts des médicaments et des coûts d'exécution d'ordonnance, y compris la transition entre des médicaments à prix plus bas et ceux à prix plus élevé, les changements dans la population des bénéficiaires, les prix des médicaments et le volume de médicaments utilisés, ainsi que d'autres facteurs clés.

La présente édition du rapport porte sur l'exercice 2018-2019 et contient un examen rétrospectif des tendances récentes. Les résultats de l'analyse aideront les intervenants à prévoir l'évolution des pressions exercées sur les coûts qui touchent les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada et à y réagir.

L'analyse porte sur les régimes publics d'assurance-médicaments participant à l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), qui englobe tous les régimes publics provinciaux (à l'exception du Québec), du Yukon et du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Ces régimes représentent environ le tiers des dépenses annuelles totales consacrées aux médicaments d'ordonnance au Canada.

Chacun des régimes publics d'assurance-médicaments rembourse les bénéficiaires admissibles conformément à sa propre structure et met en œuvre des politiques relatives au remboursement des prix des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance. Des résumés de la structure et des politiques des régimes sont disponibles dans la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Santé Canada, le CEPMB et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. Les détails des approbations et des examens de 2018-2019 figurent à l'annexe A du présent rapport.

Méthodes

La base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), créée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), constitue la principale source de données de ce rapport. Cette base de données renferme des renseignements nationaux sur les régimes publics d'assurance-médicaments, notamment des données anonymisées sur les demandes de remboursement recueillies auprès des régimes participant à l'initiative du SNIUMP. Les données sont présentées en fonction de l'exercice.

Les résultats sont présentés pour les régimes publics d'assurance-médicaments suivants : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés (SSNA).

L'analyse porte exclusivement sur les données relatives aux bénéficiaires qui ont atteint le montant de leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Les résultats déclarés pour la Saskatchewan et le Manitoba comprennent les dépenses en médicaments d'ordonnance acceptées pour les personnes admissibles à la couverture, mais qui n'ont pas soumis de demande et, par conséquent, n'ont pas de franchise précise. Les résultats déclarés pour le Nouveau-Brunswick incluent le nombre de bénéficiaires actifs inscrits au programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix-Bleue Medavie et les dépenses en médicaments qui s'y rattachent et qui sont compensées par les primes mensuelles.

En Ontario, les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été séparées de l'analyse des coûts d'exécution d'ordonnance, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires.

Depuis octobre 2017, les demandes de remboursement traitées au nom de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en Colombie-Britannique ne sont plus présentées dans la base de données du SNIUMP, y compris celles entrées auparavant par le Programme des SSNA. Pour atténuer l'incidence d'un tel changement sur les résultats pour 2018-2019, les demandes de remboursement de médicaments couverts par les SSNA en Colombie-Britannique ont été exclues de l'analyse dans les cas où les SSNA sont déclarés individuellement, mais inclus dans les totaux nationaux.

L'analyse des inducteurs de coûts des médicaments et de coûts d'exécution d'ordonnance suit la démarche méthodologique décrite dans le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments prescrits – Un rapport méthodologique*[2]. Les coûts des médicaments comprennent toute marge bénéficiaire connexe. Les analyses de la taille moyenne des ordonnances ainsi que de l'établissement du prix des médicaments se limitent aux formulations solides administrées par voie orale, de façon à éviter les incohérences au niveau de la déclaration des données qui peuvent exister sur le plan du nombre de jours d'approvisionnement et du nombre d'unités des autres formulations. Les niveaux de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) présentés ici reposent sur les données du SNIUMP de l'ICIS et le système de classification ATC maintenu par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux. Les vaccins et les services pharmaceutiques ne sont pas représentés dans le rapport.

L'approche méthodologique utilisée dans *CompasRx* est revue annuellement et mise à jour au besoin pour tenir compte des changements dans le paysage pharmaceutique et l'accès aux données. Par conséquent, la portée du rapport et des données analysées peut varier légèrement d'une année à l'autre. Les nouveaux changements apportés à la méthodologie sont décrits en détail dans les sections Méthodes et Limites de chaque édition.

Vous trouverez un glossaire des termes dans la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Limites

Les niveaux de dépenses et d'utilisation varient considérablement selon la province ou le territoire, et les comparaisons entre régimes sont limitées par la structure et les politiques des différents régimes publics d'assurance-médicaments, ainsi que par les profils démographiques et sanitaires des populations bénéficiaires.

Ainsi, les régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba offrent une couverture universelle fondée sur le revenu, alors que les régimes publics des autres provinces offrent des programmes particuliers aux aînés, aux bénéficiaires de l'aide au revenu et à divers groupes de patients et que les SSNA fournissent une couverture universelle à toute leur population.

La base de données du SNIUMP comprend des données de sous-régimes propres à des administrations particulières. Ces facteurs limitent encore davantage la comparabilité des résultats d'un régime à l'autre. L'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, fournissent des données sur certains de leurs sous-régimes au SNIUMP. Un résumé complet des sous-régimes disponibles dans la base de données du SNIUMP, ainsi que les critères d'admissibilité, est publié dans la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP, sur le site Web du CEPMB.

Les demandes de remboursement de médicaments présentées par des bénéficiaires de l'Ontario qui sont également couverts par les SSNA sont principalement remboursées par le Programme de médicaments de l'Ontario, le reste des coûts des médicaments étant couvert par les SSNA. Par conséquent, les demandes de remboursement déclarées en ce qui concerne les SSNA comprennent celles qui sont coordonnées avec le Programme de médicaments de l'Ontario.

Les totaux des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont très asymétriques dans le cas de l'Ontario en raison de sa taille, de sorte que l'instauration du programme Assurance-santé Plus pour les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins a eu une incidence notable sur les tendances globales pour 2018-2019.

Les médicaments onéreux sont associés à un coût annuel moyen de traitement supérieur à 10 000 $. Si les médicaments atteignent un tel seuil une année donnée, ils sont comptés pour toutes les autres années. Par conséquent, le nombre et la composition des médicaments onéreux une année donnée peuvent varier en fonction du moment de l'analyse.

Comme la méthodologie pour la présente édition du rapport a été révisée afin d'exclure les fournisseurs de services des SSNA en Colombie-Britannique, les résultats historiques pour les SSNA pourraient ne pas correspondre à ceux de l'édition précédente.

Le coût des médicaments dont il est fait rapport est le montant que les régimes publics ont accepté de rembourser, ce qui peut ne pas refléter les montants payés par le régime ou le programme et ne reflète pas les ristournes et les remises déduites de la facture ni les réductions de prix découlant des ententes confidentielles portant sur l'inscription de produits.

Les données sur les dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments qui sont présentées dans le rapport ne représentent qu'un segment du marché canadien des produits pharmaceutiques et c'est pourquoi il ne faut pas extrapoler les constatations du rapport à l'ensemble du marché.

Cette édition du rapport *CompasRx* présente des données couvrant jusqu'à l'exercice 2018-2019 inclusivement. Les changements apportés aux régimes et les autres faits nouveaux survenus depuis lors seront pris en compte dans les futures éditions.

1. Tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2013-2014 à 2018-2019

Les dépenses des régimes publics au titre des médicaments d'ordonnance ont augmenté de 5,6 % en 2018-2019, après une hausse marquée de 7,4 % l'année précédente. L'instauration du programme Assurance-santé Plus en Ontario a considérablement contribué à l'augmentation annuelle globale des dépenses, compensée en partie par les réductions de coûts découlant des récentes initiatives visant à faire baisser les prix des médicaments génériques au Canada.

Aperçu : Structures des régimes d'assurance-médicaments

Les niveaux de dépenses et d'utilisation déclarés dans la présente étude dépendent de la structure et des politiques propres au régime de chaque administration ainsi que des profils démographiques et sanitaires des bénéficiaires. Cela influe sur la comparabilité des résultats entre les régimes.

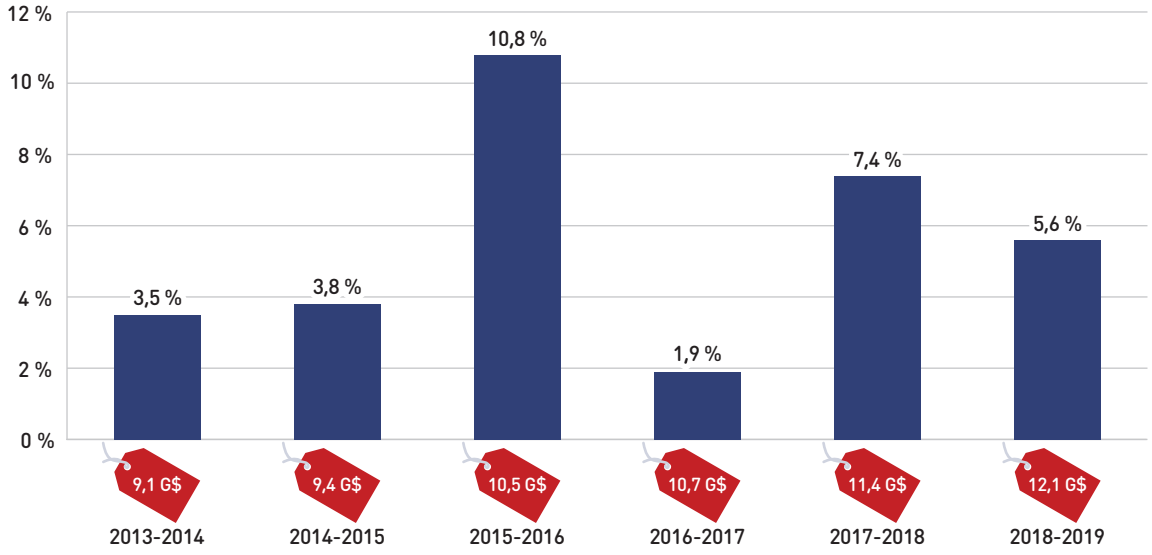
Les changements apportés à la structure ou aux politiques des régimes peuvent avoir un effet important sur les tendances d'une année donnée. L'instauration de la couverture universelle de l'Assurance-santé Plus pour les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins a eu une incidence notable sur les tendances pour 2018-2019. Un résumé du programme et de ses répercussions sur la croissance des dépenses provinciales et globales en médicaments d'ordonnance est présenté à la fin de la présente section.

Les documents de référence complémentaires contenant des renseignements sur la structure de chaque régime public d'assurance-médicaments et les politiques régissant les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance ainsi qu'un glossaire des termes sont disponibles à la page des Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Dépenses en médicaments d'ordonnance = Coûts des médicaments (80 %) + Coûts d'exécution d'ordonnance (20 %)

Entre 2013-2014 et 2018-2019, les dépenses annuelles au titre des médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments ont enregistré un taux de croissance annuel composé de 5,5 %, passant de 9,1 milliards à 12,1 milliards de dollars avec une augmentation soutenue de 0,7 milliard chacune des deux dernières années (figure 1.1).

Figure 1.1 Taux de variation annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2013-2014 à 2018-2019



Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

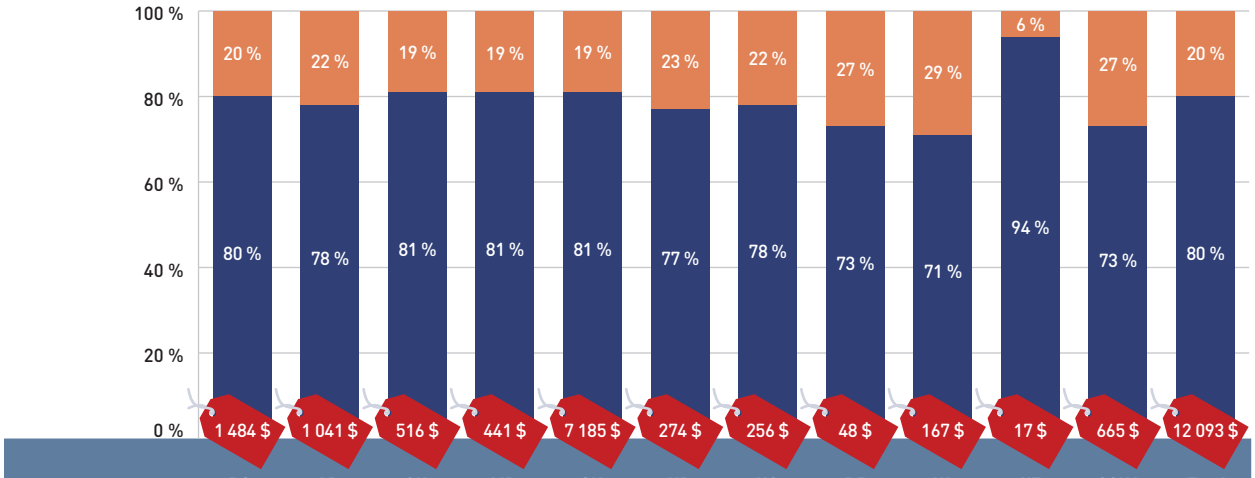
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Les dépenses en médicaments d'ordonnance déclarées dans la présente section représentent les montants totaux que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de rembourser, y compris les coûts des médicaments (avec toute marge bénéficiaire connexe) et les coûts d'exécution d'ordonnance. La croissance globale des dépenses en 2018-2019 représente une croissance de 5,8 % des coûts des médicaments et une augmentation de 5,1 % des coûts d'exécution d'ordonnance. Comme les deux éléments ont connu un taux de croissance semblable, les parts des coûts des médicaments et des coûts d'exécution d'ordonnance concordent encore avec l'année précédente, à 80 % et à 20 %, respectivement (figure 1.2).

Ces dépenses tiennent compte à la fois des portions des coûts d'ordonnance payés par les régimes et ceux payés par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

En 2018-2019, les régimes publics ont payé en moyenne 87 % des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, tandis que le reste a été payé par les bénéficiaires soit de leur poche, soit par un assureur privé tiers. La part des bénéficiaires variait d'une administration à l'autre, soit de 10 à 35 %.

Figure 1.2 Dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019 (en millions de dollars)



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Coûts d'exécution d'ordonnance	292 $	230 $	95 $	84 $	1 381 $	64 $	57 $	13 $	48 $	1 $	174 $	2 441 $
Coûts des médicaments	1 192 $	811 $	420 $	356 $	5 804 $	210 $	199 $	35 $	119 $	16 $	474 $	9 652 $
Montant versé par le régime	1 235 $	874 $	388 $	353 $	6 464 $	247 $	216 $	31 $	145 $	14 $	585 $	10 569 $
Partie payée par le régime du coût total de l'ordonnance	83 %	84 %	75 %	80 %	90 %	90 %	85 %	65 %	87 %	78 %	90 %	87 %
Taux de variation des coûts d'ordonnance, 2017-2018 par rapport à 2018-2019	5,0 %	1,9 %	6,1 %	0,6 %	7,8 %	2,0 %	3,3 %	4,3 %	1,0 %	12,9 %	3,9 %	5,6 %

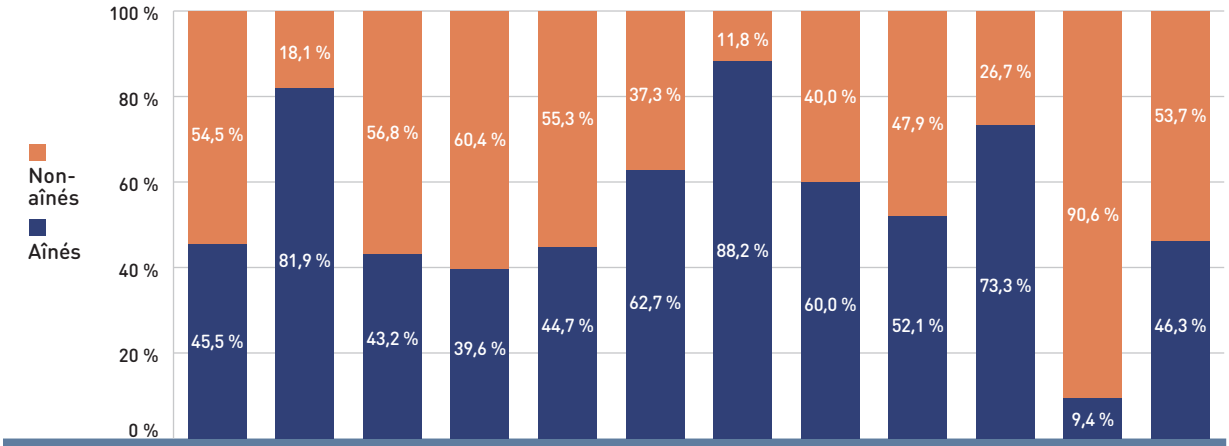
Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Les montants des marges bénéficiaires sont saisis dans les coûts des médicaments. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

La croissance annuelle des dépenses en médicaments d'ordonnance est fonction de la hausse du nombre de bénéficiaires actifs et du coût de leurs médicaments. Bien que la taille de la population bénéficiaire dans la plupart des administrations soit demeurée relativement stable en 2018-2019, la population bénéficiaire globale des régimes publics du SNIUMP a augmenté de 15,1 %, principalement en raison d'une hausse de près de 25 % survenue en Ontario à la suite de la mise en œuvre de l'Assurance-santé Plus. Pour plus de détails sur l'incidence de la variation, voir le résumé du programme à la fin de la présente section.

En 2018-2019, près de huit (8) millions de bénéficiaires actifs ont rempli quelque 292 millions d'ordonnances que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de soumettre à la franchise ou de payer (en tout ou en partie). Les aînés ont formé une modeste minorité du total des bénéficiaires actifs compte tenu de l'afflux de bénéficiaires de moins de 25 ans en Ontario, quoique leur part ait grandement varié d'une administration à l'autre en raison des différences dans la structure du régime, l'admissibilité et les caractéristiques démographiques de la population bénéficiaire (figure 1.3).

Figure 1.3 Part des bénéficiaires actifs dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, aînés et non-aînés, 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Bénéficiaires (milliers)	760,3	624,8	279,8	137,4	5 152,3	130,2	142,7	45,3	102,0	5,6	539,3	7 953,0
Variation en pourcentage, 2017-2018 à 2018-2019	6,0 %	3,7 %	0,1 %	-1,7 %	24,9 %	0,4 %	2,2 %	4,1 %	0,2 %	5,7 %	-0,7 %	15,1 %
Part de la population	15,1 %	14,4 %	23,9 %	10,1 %	35,7 %	16,9 %	14,8 %	29,2 %	19,5 %	13,8 %	63,0 %	26,8 %
Nombre total d'ordonnances (millions)	41,0	16,2	8,7	10,3	179,5	6,1	4,9	1,1	3,9	0,2	19,3	291,6

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Les données des sous-régimes pour les administrations ne sont pas toutes déclarées au SNIUMP, ce qui peut influer sur la répartition des parts des aînés et des non-aînés.

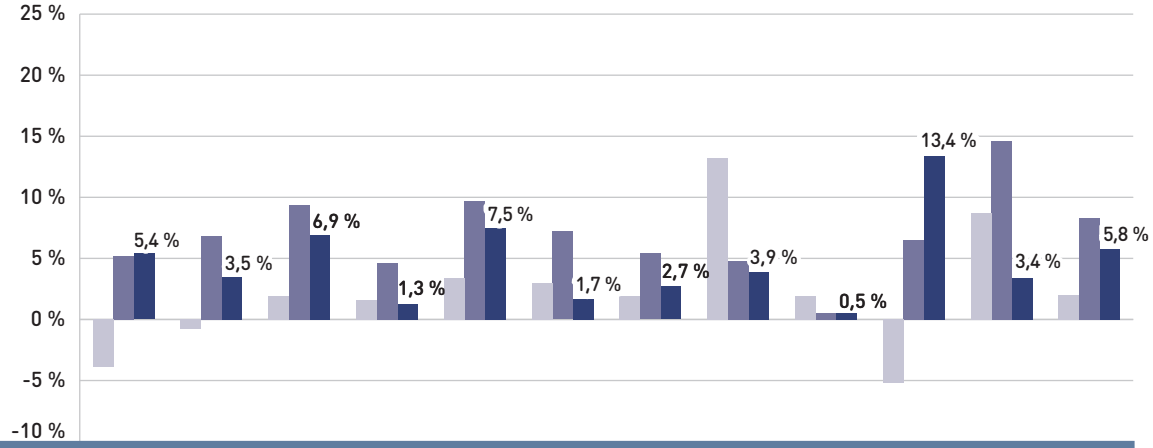
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 051-0005 du Système canadien d'information socio-économique (CANSIM); Rapport annuel du Programme des services de santé non assurés, 2018-2019.

Dépenses en médicaments d'ordonnance = Coûts des médicaments (80 %) + Coûts d'exécution d'ordonnance (20 %)

Les coûts des médicaments, y compris les majorations, représentent la part la plus importante des dépenses en médicaments d'ordonnance et ont la plus grande influence sur les tendances générales. Après une hausse marquée de 8,3 % en 2017-2018, les coûts des médicaments ont augmenté d'un autre 5,8 % en 2018-2019. Le taux de variation moyen au cours des trois dernières années a été de 5,3 % dans l'ensemble des régimes publics.

La figure 1.4 rend compte des taux de variation annuels des coûts des médicaments de chaque régime public d'assurance-médicaments du SNIUMP entre 2016-2017 et 2018-2019. Les coûts des médicaments ont augmenté dans tous les régimes en 2018-2019, bien que les taux de variation diffèrent d'une administration à l'autre, allant d'environ 1 % à 13 %.

Figure 1.4 Taux de variation annuels des coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2016-2017 à 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
2016-2017	-3,9 %	-0,8 %	1,9 %	1,6 %	3,4 %	3,0 %	1,9 %	13,2 %	1,9 %	-5,2 %	8,7 %	2,0 %
2017-2018	5,2 %	6,8 %	9,4 %	4,6 %	9,7 %	7,2 %	5,4 %	4,8 %	0,5 %	6,5 %	14,6 %	8,3 %
2018-2019	5,4 %	3,5 %	6,9 %	1,3 %	7,5 %	1,7 %	2,7 %	3,9 %	0,5 %	13,4 %	3,4 %	5,8 %
TCAC*	2,1 %	3,1 %	6,0 %	2,5 %	6,9 %	3,9 %	3,3 %	7,2 %	1,0 %	4,6 %	8,8 %	5,3 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Taux de croissance annuel composé.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

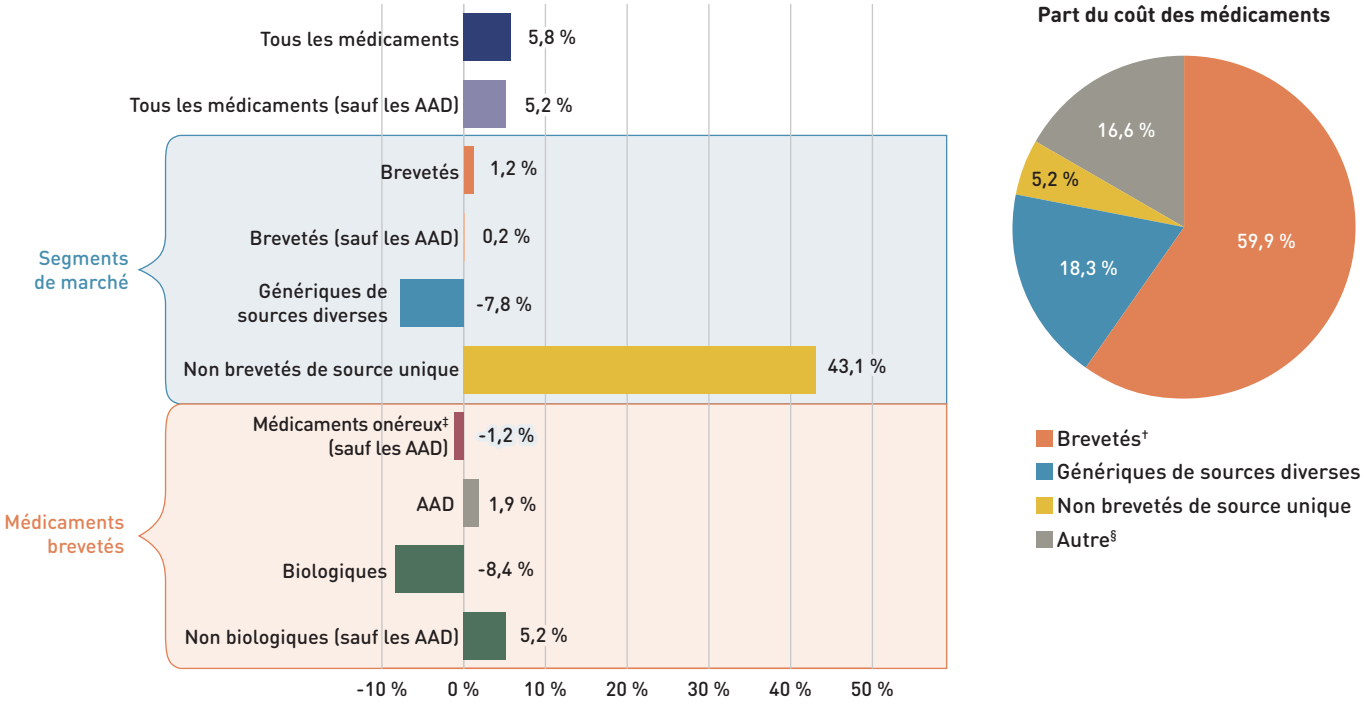
La figure 1.5 présente en détail les taux de variation annuels des coûts des médicaments de 2017-2018 à 2018-2019 selon le segment de marché (diagramme à barres) et indique la part de marché correspondante de chacun (diagramme circulaire) en 2018-2019. Les résultats représentent un instantané du changement dans la répartition des ventes dans l'ensemble des segments de marché au cours de la dernière année. Comme le statut de marché d'un médicament est dynamique, les médicaments contribuant à un segment donné peuvent différer d'une année à l'autre. Cela peut avoir un effet considérable sur la façon dont les variations sont interprétées; par exemple, même si la croissance des ventes de l'ensemble du marché des médicaments brevetés canadien était de -0,6 % en 2018, le taux de croissance a augmenté à 6,5 % lorsque les médicaments auparavant brevetés ont été inclus, ce qui donne à penser que les médicaments qui ont quitté le marché des médicaments brevetés ont continué de contribuer fortement à l'ensemble des dépenses[3].

Les médicaments brevetés représentent le plus important segment du marché, avec 59,9 % des coûts des médicaments des régimes publics en 2018-2019. Depuis 2017-2018, certains des médicaments brevetés les plus vendus au Canada sont sortis du segment de marché des médicaments brevetés, notamment le médicament biologique Remicade (infliximab), qui correspondait à 420 millions de dollars en coûts annuels des médicaments pour les régimes publics en 2018-2019. Malgré la traction, le segment a tout de même connu une modeste croissance de 1,2 %, principalement attribuable à l'utilisation d'AAD. Outre l'influence des AAD, les médicaments brevetés onéreux, c'est-à-dire dont le coût

annuel moyen par bénéficiaire est supérieur à 10 000 $, et les médicaments biologiques brevetés ont tous deux affiché un taux de croissance négatif en 2018-2019 en raison du changement du statut du brevet de Remicade.

Les changements dans le segment des médicaments brevetés se sont également exprimés sur le marché des médicaments non brevetés de source unique, qui a connu un taux de croissance remarquable de 43,1 % avec le changement du statut du brevet d'une poignée de médicaments d'usage courant. Novorapid (insuline asparte), un médicament pour le traitement des patients atteints de diabète, est passé du segment des médicaments brevetés au segment de marché des médicaments non brevetés de source unique au cours de 2017-2018 pour ensuite occuper la première place du segment en 2018-2019 avec plus de 40 millions de dollars de ventes. Le taux d'augmentation élevé parmi les médicaments non brevetés de source unique a eu une incidence limitée sur la croissance globale étant donné leur part relativement petite (5,2 %) des coûts totaux des médicaments. Les médicaments génériques de sources diverses, qui représentaient 18,3 % des coûts des médicaments, ont diminué de -7,8 % en 2018-2019. La section suivante entrera dans les détails des constatations.

Figure 1.5 Taux de variation annuels des coûts des médicaments, selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2017-2018 à 2018-2019



Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.
Des antiviraux à action directe (AAD) sont utilisés dans le traitement de l'hépatite C.
Vous trouverez un glossaire des termes concernant chacun des segments de marché dans la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

† Le segment de marché des médicaments brevetés comprenait tous les médicaments protégés par un brevet à un certain moment durant la période d'étude, et ce, même si la date d'expiration du brevet survenait au cours de cette période. Par conséquent, le taux de croissance ne reflète pas la perte de l'exclusivité des brevets des médicaments au cours de l'exercice.

‡ Les médicaments onéreux ont un coût annuel moyen de traitement supérieur à 10 000 $ et comprennent à la fois les médicaments biologiques et non biologiques.

§ Ce segment de marché englobe les appareils médicaux, les médicaments composés et les autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas d'identification numérique du médicament (DIN) attribué par Santé Canada.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Dépenses en médicaments d'ordonnance	=	Coûts des médicaments (80 %)	+	Coûts d'exécution d'ordonnance (20 %)

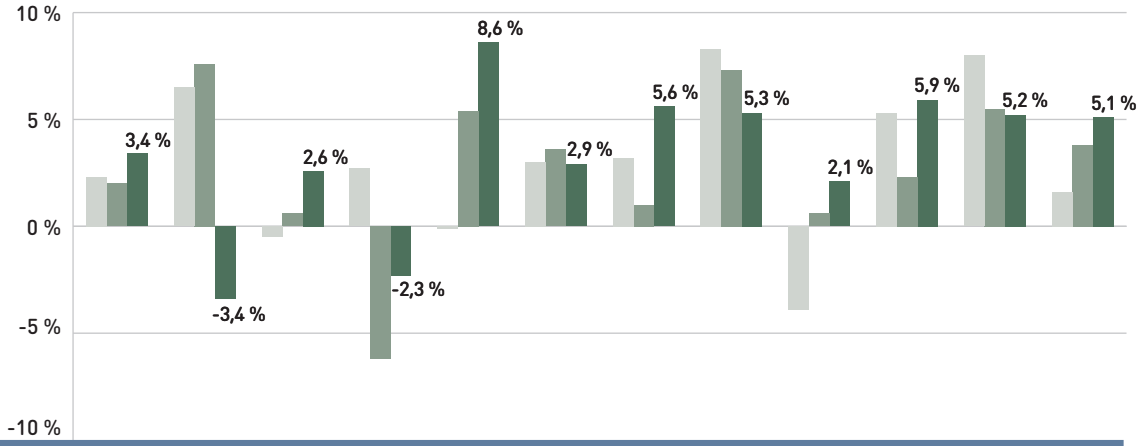
Les coûts d'exécution d'ordonnance représentent une part importante des dépenses en médicaments d'ordonnance. Dans l'ensemble, les coûts d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics du SNIUMP ont affiché un taux de croissance appréciable de 5,1 % en 2018-2019, atteignant un taux de croissance annuel composé de 3,5 % au cours des trois dernières années. La figure 1.6 rend compte des taux de variation annuels des coûts d'exécution d'ordonnance de chaque régime d'assurance-médicaments du SNIUMP de 2016-2017 à 2018-2019. Les variations d'une administration à l'autre peuvent être attribuables aux changements apportés aux politiques sur les frais d'exécution d'ordonnance et à la structure des régimes ainsi qu'à la variation du nombre d'ordonnances et de leur taille, entre autres facteurs.

Aperçu : Frais d'exécution d'ordonnance

Le régime public de l'Alberta a été le seul à apporter des changements notables touchant les services pharmaceutiques et les frais en 2018-2019 : un nouveau cadre de financement des pharmacies est entré en vigueur, y compris une diminution des frais d'exécution d'ordonnance, des limites quant à la fréquence d'exécution et des changements à d'autres honoraires professionnels des pharmaciens, comme ceux liés à l'évaluation des médicaments et aux services cliniques.

Pour obtenir un résumé des politiques sur les frais d'exécution de chacun des régimes publics d'assurance-médicaments, se reporter à la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Figure 1.6 Taux de variation annuels des coûts d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2016-2017 à 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
2016-2017	2,3 %	6,5 %	-0,5 %	2,7 %	-0,1 %	3,0 %	3,2 %	8,3 %	-3,9 %	5,3 %	8,9 %	1,6 %
2017-2018	2,0 %	7,6 %	0,6 %	-6,2 %	5,4 %	3,6 %	1,0 %	7,3 %	0,6 %	2,3 %	5,5 %	3,8 %
2018-2019	3,4 %	-3,4 %	2,6 %	-2,3 %	8,6 %	2,9 %	5,6 %	5,3 %	2,1 %	5,9 %	5,2 %	5,1 %
TCAC*	2,5 %	3,5 %	0,9 %	-2,0 %	4,6 %	3,2 %	3,2 %	7,0 %	-0,4 %	4,5 %	6,5 %	3,5 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

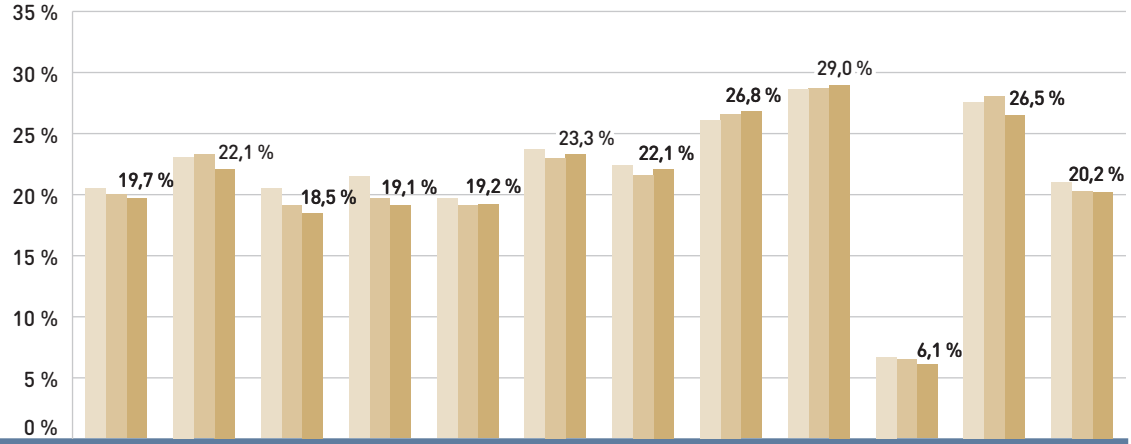
* Taux de croissance annuel composé.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Étant donné que les coûts d'exécution d'ordonnance ont connu une croissance plus lente que celle des coûts des médicaments au cours des trois dernières années, leur part des dépenses globales en médicaments d'ordonnance a diminué légèrement, passant de 21,0 % en 2016-2017 à 20,2 % en 2018-2019.

La figure 1.7 illustre la tendance relative aux coûts d'exécution d'ordonnance exprimés en proportion des dépenses totales en médicaments d'ordonnance de chaque régime d'assurance-médicaments du SNIUMP de 2016-2017 à 2018-2019.

Figure 1.7 Coûts d'exécution d'ordonnance annuels exprimés en proportion des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2016-2017 à 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT*	SSNA	Total
2016-2017	20,5 %	23,1 %	20,5 %	21,5 %	19,7 %	23,7 %	22,4 %	26,1 %	28,6 %	6,7 %	28,1 %	21,0 %
2017-2018	20,0 %	23,3 %	19,1 %	19,7 %	19,1 %	23,0 %	21,6 %	26,6 %	28,7 %	6,5 %	28,1 %	20,3 %
2018-2019	19,7 %	22,1 %	18,5 %	19,1 %	19,2 %	23,3 %	22,1 %	26,8 %	29,0 %	6,1 %	26,5 %	20,2 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Le Yukon permet une marge bénéficiaire pouvant atteindre 30 %; par conséquent, les coûts d'exécution d'ordonnance représentent une part moins importante de ses dépenses totales.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Aperçu : Assurance-santé Plus de l'Ontario

Le 1er janvier 2018, le gouvernement de l'Ontario lançait le programme Assurance-santé Plus, qui offrait une couverture pour les médicaments d'ordonnance à tous les enfants et jeunes de 24 ans et moins, quel que soit leur revenu familial.

Cette couverture a été offerte du 1er janvier 2018 au 31 mars 2019 et est donc reflétée dans tout l'exercice 2018-2019. Par la suite, le programme a été remanié de manière à cibler exclusivement les enfants et les jeunes non couverts par un régime privé.

Pour la période 2018-2019, le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario a eu une incidence importante non seulement sur les résultats pour l'Ontario, mais également sur les dépenses totales en médicaments pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, compte tenu de la taille relative de la province. Les effets ont été évalués en mesurant la différence entre l'inclusion et l'exclusion du programme; comme l'analyse ne fait pas de distinction entre les nouveaux bénéficiaires et ceux qui étaient auparavant couverts par d'autres régimes publics d'assurance-médicaments en Ontario, les résultats peuvent surestimer l'incidence du programme.

- Les dépenses du programme Assurance-santé Plus au titre des médicaments d'ordonnance en 2018-2019 ont totalisé 658 millions de dollars, représentant 9,2 % des dépenses en médicaments d'ordonnance pour l'Ontario et 5,4 % des dépenses totales pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP pour l'ensemble de l'exercice.
- Plus de deux millions de bénéficiaires actifs ont fait exécuter près de douze (12) millions d'ordonnances dont le remboursement a été accepté par le programme Assurance-santé Plus en 2018-2019. Si l'on avait exclu l'Assurance-santé Plus de l'analyse, la population totale des bénéficiaires aurait diminué de 3,6 % en Ontario et de 1,6 % dans tous les régimes publics du SNIUMP, comparativement aux augmentations de 24,9 % et de 15,1 % rapportées à la figure 1.3.
- La mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus a entraîné une augmentation de 23 % à 55 % de la part des bénéficiaires non aînés dans le régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario. De plus, du fait de l'utilisation moins fréquente de médicaments pour des maladies chroniques chez les bénéficiaires de 24 ans et moins, le nombre moyen de demandes de remboursement par bénéficiaire a diminué en 2018-2019.
- Sans l'Assurance-santé Plus, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance auraient augmenté de seulement 0,2 % en Ontario et de 1,2 % dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, comparativement aux taux de croissance effectifs de 7,8 % et 5,6 %, respectivement. Selon le même scénario, les coûts des médicaments en Ontario n'auraient enregistré aucune croissance, comparativement au taux effectif de 7,5 %, tandis que la croissance du coût des médicaments dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP aurait été de 1,1 % plutôt que de 5,8 %.

Les changements à l'Assurance-santé Plus à compter du 1er avril 2019 seront pris en compte dans la prochaine édition du présent rapport.

2. Les inducteurs de coûts des médicaments, 2017-2018 et 2018-2019

La hausse des coûts des médicaments enregistrée dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2018-2019 était principalement attribuable à l'augmentation continue de l'utilisation de médicaments plus onéreux, à laquelle les importantes économies découlant de la réduction des prix et des substitutions par des médicaments génériques ont fait contrepoids. Les changements apportés à la structure des régimes en Ontario ont entraîné une hausse de 4,7 % des coûts des médicaments, ce qui a donné lieu à une augmentation globale de 5,8 %.

Les variations dans les coûts des médicaments sont attribuables à un certain nombre d'effets « de poussée » et « de traction ». L'effet net de ces forces opposées produit le taux global de variation.

Effet « variation de prix » : Variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques, déterminées au niveau de la molécule, de la force et de la forme.

Effet « substitution » : Passage des médicaments de marque aux médicaments génériques et à l'utilisation de médicaments biosimilaires.

Effet « démographie » : Variations dans le nombre de bénéficiaires actifs et variations dans la répartition selon l'âge ou le sexe.

Effet « volume » : Variations dans le nombre d'ordonnances délivrées aux patients, le nombre moyen d'unités d'un médicament dispensé par ordonnance et variations dans l'utilisation de diverses forces ou formes d'un médicament.

Effet « combinaison de médicaments » : Changements dans l'utilisation des médicaments peu onéreux au profit des médicaments plus onéreux, y compris ceux qui arrivent sur le marché, qui s'y trouvaient déjà et qui sont restés sur le marché pendant la période étudiée.

Dans la présente section, une analyse détaillée des inducteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les coûts des médicaments des régimes publics auraient changé entre 2017-2018 et 2018-2019 si un seul facteur (p. ex. le prix des médicaments) avait été pris en compte alors que tous les autres seraient demeurés les mêmes[I].

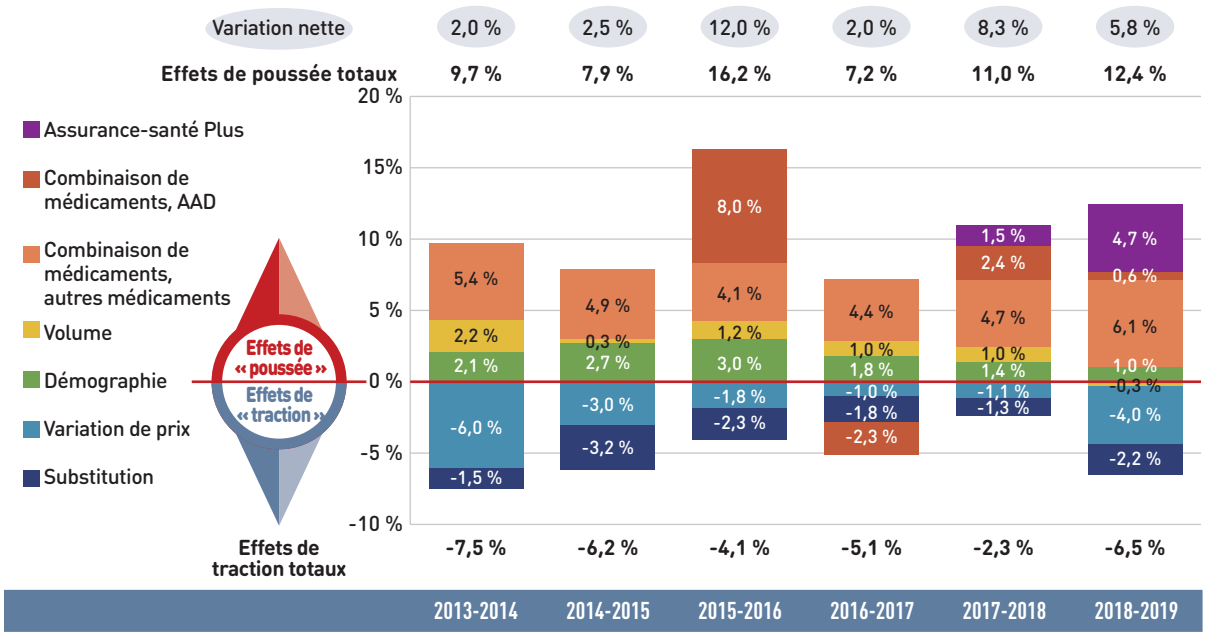
En plus des effets annuels standards, le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario est traité comme un facteur distinct dans l'analyse des inducteurs de coûts, englobant tous les effets associés à l'Assurance-santé Plus (p. ex. variations dans le volume et la démographie). Ainsi, l'effet de l'Assurance-santé Plus isole l'incidence globale des importants changements apportés à la structure des régimes.

La figure 2.1 donne un aperçu des pressions exercées sur les taux de variation des coûts des médicaments de 2013-2014 à 2018-2019.

Une année donnée, les variations dans la population de patients et le volume de médicaments utilisés exerceront d'ordinaire une pression à la hausse de légère à modérée sur les coûts des médicaments. En 2018-2019, la mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus en Ontario, qui a étendu la couverture pour les médicaments à tous les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins, a considérablement influé sur ces coûts. L'effet combiné d'un tel changement a entraîné une hausse de 4,7 % des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP. En excluant l'Assurance-santé Plus, l'incidence de l'effet « démographie » a baissé au cours des dernières années, passant d'entre 2 % et 3 % avant 2016-2017 à 1 % en 2018-2019, ce qui indique une croissance plus lente du nombre de bénéficiaires actifs. L'effet « volume », qui a contribué de façon constante à une augmentation d'environ 1 % des coûts des médicaments au cours des dernières années, n'a pas enregistré de variation importante en 2018-2019.

I En réalité, plusieurs facteurs changent simultanément, créant un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas rapporté dans cette analyse, mais il est pris en compte dans la variation du coût total.

Figure 2.1 Inducteurs de coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2013-2014 à 2018-2019



Remarque : Les valeurs historiques sont déclarées pour 2013-2014 à 2015-2016.
La présente analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés sur les prix des médicaments par l'APP au nom des régimes publics.
Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé. Les résultats pour le Yukon ont été inclus à compter de 2016-2017.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

La poussée à la hausse la plus marquée sur les coûts peut être attribuée à l'utilisation de médicaments plus onéreux. L'effet « combinaison de médicaments » a exercé une pression non négligeable de 6,7 % sur les coûts des médicaments des régimes publics du SNIUMP en 2018-2019. Si l'utilisation d'AAD pour le traitement de l'hépatite C a constitué une plus petite partie de cet effet, l'utilisation d'autres médicaments plus onéreux a bondi d'une hausse constante de 4 % à 5 % des coûts annuels au cours des dernières années à un sommet de 6,1 % en 2018-2019.

Faisant contrepoids aux pressions à la hausse sur le coût, les substitutions par des médicaments génériques et les réductions de prix exercent généralement une pression à la baisse sur le coût. L'ampleur de ces effets peut varier d'année en année selon l'arrivée de médicaments génériques sur le marché et l'adoption de politiques faisant baisser le prix plafond des médicaments génériques. Les économies réalisées grâce aux réductions de prix ont été plus importantes en 2018-2019 avec une incidence de -4,0 %, en grande partie sous l'effet d'une initiative d'envergure sur l'établissement des prix des médicaments génériques lancée en avril 2018. La substitution par des médicaments génériques et biosimilaires a réduit les coûts d'un autre 2,2 % au cours de l'exercice, pour une traction totale combinée de -6,2 %. Sans ces effets d'économies de coût, le coût des médicaments des régimes publics du SNIUMP aurait augmenté de 12 % en 2018-2019.

L'augmentation globale de 5,8 % des coûts des médicaments en 2018-2019 représente une croissance absolue de 527 millions de dollars, les taux de croissance variables parmi les régimes publics d'assurance-médicaments allant d'environ 1 % à 13 % (figure 2.2). Ces variations étaient principalement attribuables à des différences dans l'ampleur des éléments de changement opposés. Parmi les administrations affichant des taux de croissance globaux plus élevés figurent le Yukon (13,4 %), l'Ontario (7,5 %) et l'Alberta (6,9 %).

L'utilisation accrue de médicaments plus onéreux autres que les AAD a eu l'effet de poussée le plus marqué, avec une incidence globale de 6,1 % (549 millions de

Figure 2.2 Taux de variation des coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2017-2018 à 2018-2019

Montant (millions $)		BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Coût des médicaments	2017-2018	1 131,0 $	784,1 $	392,9 $	351,9 $	5 396,9 $	206,7 $	193,9 $	33,9 $	117,9 $	14,4 $	458,7 $	9 125,5 $
	2018-2019	1 192,1 $	811,2 $	420,1 $	356,4 $	5 804,1 $	210,1 $	199,0 $	35,2 $	118,5 $	16,3 $	474,3 $	9 652,1 $
Variation absolue		61,1 $	27,1 $	27,2 $	4,4 $	407,2 $	3,4 $	5,1 $	1,3 $	0,6 $	1,9 $	15,7 $	526,6 $
Combinaison de médicaments, AAD		52,0 $	3,5 $	7,6 $	1,8 $	-32,1 $	5,8 $	5,5 $	0,0 $	2,7 $	0,9 $	4,5 $	52,2 $
Combinaison de médicaments, autres médicaments		34,7 $	59,8 $	28,1 $	13,4 $	367,9 $	7,4 $	7,5 $	2,9 $	5,2 $	1,0 $	20,8 $	548,8 $
Volume		-24,5 $	-7,3 $	11,2 $	17,0 $	-35,6 $	5,1 $	3,3 $	<0,1 $	1,3 $	<0,1 $	5,0 $	-24,4 $
Démographie		79,7 $	19,6 $	2,4 $	-5,2 $	-19,7 $	0,7 $	3,5 $	1,3 $	0,6 $	0,6 $	8,6 $	92,1 $
Variation de prix		-50,0 $	-33,3 $	-12,8 $	-12,3 $	-207,8 $	-10,0 $	-10,5 $	-2,2 $	-6,8 $	-0,4 $	-16,2 $	-362,2 $
Substitution		-22,4 $	-16,6 $	-8,4 $	-8,6 $	-122,7 $	-5,7 $	-4,6 $	-0,6 $	-2,4 $	-0,1 $	-7,3 $	-199,4 $
Assurance-santé Plus		–	–	–	–	426,6 $	–	–	–	–	–	–	426,6 $

Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés sur les prix des médicaments par l'APP au nom des régimes publics. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

dollars) allant de 3,1 % à 8,5 % dans l'ensemble des administrations. Les pressions exercées par les AAD pour le traitement de l'hépatite C ont fait augmenter les coûts des médicaments d'un autre 0,6 % (52 millions de dollars). Les différences entre les régimes publics d'assurance-médicaments en ce qui a trait à l'effet « combinaison de médicaments » peuvent être liées à la structure du régime, aux décisions relatives aux médicaments à inscrire au formulaire et aux profils sanitaires de la population, entre autres choses. L'incidence des AAD variait également, la poussée à la hausse la plus marquée ayant été enregistrée au Yukon (6,2 %), suivi de la Colombie-Britannique (4,6 %), de la Nouvelle-Écosse (2,8 %) et du Nouveau-Brunswick (2,8 %). L'utilisation d'AAD a baissé légèrement en Ontario, entraînant une traction à la baisse des coûts de -0,6 %.

Le programme Assurance-santé Plus en Ontario a généré une croissance du coût des médicaments de 427 millions de dollars en 2017-2018, exerçant une poussée à la hausse de 7,9 % en Ontario et de 4,7 % dans l'ensemble des régimes du SNIUMP.

L'effet « démographie » a fait grimper le coût des médicaments des régimes publics du SNIUMP de 1,0 % (92 millions de dollars) en 2018-2019. La hausse du nombre de bénéficiaires actifs peut être le résultat de la croissance de la population totale d'une administration, d'une augmentation du nombre de Canadiens admissibles à la couverture pour aînés (65 ans et plus) ou de changements apportés à la structure des régimes dont la couverture a été étendue à une nouvelle population ou de nouveaux groupes de patients. Prendre note que les changements à la démographie s'expliquant par l'Assurance-santé Plus sont présentés séparément.

L'effet « volume », qui est demeuré relativement stable au cours des dernières années, a fait légèrement baisser les coûts de 0,3 %, ou 24 millions de dollars, en 2018-2019. Cet effet était toutefois un inducteur important au Manitoba (4,8 %), en Saskatchewan (2,9 %) et au Nouveau-Brunswick (2,5 %).

Les effets d'économie de coût de la substitution par des médicaments génériques et biosimilaires (-2,2 % ou 199 millions de dollars) et de réduction des prix (-4,0 % ou -362 millions de dollars) étaient plus prononcés dans toutes les administrations. Ensemble, ils représentaient 6,2 % (562 millions de dollars) en économies pour les régimes publics du SNIUMP en 2018-2019, comparativement à seulement 2,3 % l'année précédente.

Les principaux effets pour 2018-2019 – variation de prix, substitution et combinaison de médicaments – sont examinés plus en détail dans la section suivante.

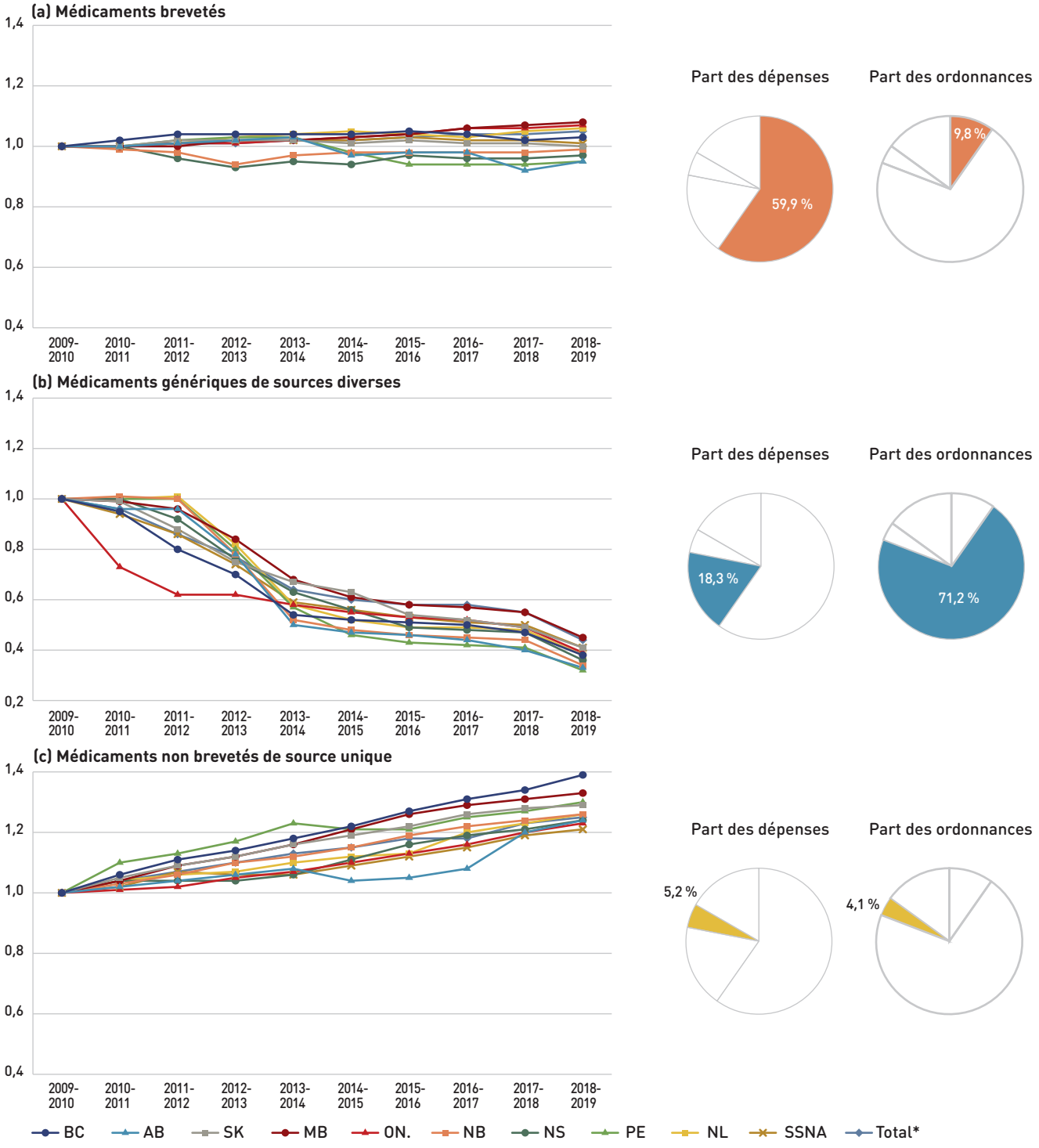
Effet « variation de prix »

Cet effet tient compte des variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. En 2018-2019, les réductions des prix des médicaments ont généré des économies beaucoup plus grandes que l'année précédente, faisant baisser les niveaux de coût globaux de 4,0 % (362 millions de dollars). Selon une analyse par segment de marché, une telle traction à la baisse était surtout attribuable à la réduction des coûts unitaires moyens remboursés dans la catégorie des médicaments génériques de sources diverses, puisque les coûts unitaires moyens des médicaments brevetés sont demeurés relativement stables, alors que ceux des médicaments non brevetés de source unique ont augmentés.

L'effet « variation de prix » en 2018-2019 a été fortement influencé par l'entente quinquennale conjointe entre l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) conclue le 1er avril 2018, qui a réduit le prix de 67 des médicaments génériques les plus couramment prescrits au Canada à environ 10 % à 18 % du prix du produit de marque équivalent. L'initiative à elle seule a représenté une incidence de -3,7 % sur la croissance des coûts globaux des médicaments en 2018-2019. Comme l'entente consistait en une réduction ponctuelle des coûts, elle ne devrait pas se répercuter davantage sur la croissance des coûts au cours des prochaines années.

La figure 2.3 présente les tendances à long terme relatives aux coûts unitaires moyens de 2009-2010 à 2018-2019 par segment de marché pour : (a) les médicaments brevetés, (b) les médicaments génériques de sources diverses, (c) les médicaments non brevetés de source unique, ainsi que leurs parts de marché correspondantes de 2018-2019. Les valeurs du coût unitaire moyen sont exprimées en indice, en donnant la valeur de 1 à l'année de base (2009-2010) et en fixant les valeurs des années subséquentes en fonction de cette valeur. Les résultats ont été calculés à l'aide de la moyenne pondérée en fonction des coûts des variations moyennes des coûts unitaires remboursés pour chaque médicament. L'analyse n'a tenu compte que des formulations solides à administrer par voie orale afin d'assurer la cohérence des données sur les coûts unitaires.

Figure 2.3 Indice des coûts unitaires moyens par segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2018-2019



Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.
Le Yukon n'est pas déclaré en raison des limites des données. Les résultats ont été calculés à partir de la moyenne, pondérée en fonction des coûts, des variations moyennes des coûts unitaires remboursés au niveau de chaque médicament. L'analyse se limite aux données relatives aux formulations solides à administrer par voie orale. La part restante des ordonnances et des dépenses englobe les appareils médicaux, les médicaments composés et autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas d'identification numérique du médicament (DIN) attribuée par Santé Canada.

* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments présentés dans cette figure.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Aperçu : Initiatives de l'APP

Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral travaillent de concert à donner une plus grande valeur aux médicaments génériques et aux médicaments de marque au profit des régimes canadiens d'assurance-médicaments financés par les fonds publics.

Médicaments génériques
Entre le 1er avril 2015 et le 1er avril 2016, les prix de 18 médicaments génériques d'usage courant ont été réduits à 18 % du prix des produits de marque de référence. En outre, une période de transition d'un an a été instaurée le 1er avril 2017, au cours de laquelle les prix de six des molécules ont été réduits davantage, passant à 15 % du prix de la marque de référence.

Au 1er avril 2018, une entente quinquennale conjointe entre l'APP et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) a réduit le prix de 67 des médicaments génériques les plus couramment prescrits au Canada de 25 % à 40 %, ce qui a donné lieu à des réductions globales pouvant atteindre 90 % du prix des équivalents de marque.

Médicaments de marque
Au 30 septembre 2020, 383 négociations conjointes ou ententes d'inscription de produits pour les médicaments de marque avaient été menées à bien par l'APP, et 30 autres négociations étaient en cours. L'incidence des prix négociés n'est pas prise en compte dans la présente analyse.

Pour plus de détails, voir l'aperçu des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques et des initiatives de l'APP disponible dans la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

De 2009-2010 à 2018-2019, les prix des médicaments brevetés, qui représentent le plus important segment de marché (59,9 %), ont été relativement stables, tandis que les prix des médicaments non brevetés de source unique, soit le plus petit segment de marché (5,2 %), ont augmenté en moyenne de 25 %. Malgré cette hausse importante, l'impact du segment de marché des médicaments non brevetés de source unique a été limité en raison de sa petite taille.

Le segment de marché des médicaments génériques de sources diverses affiche une tendance semblable pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP : une baisse rapide est survenue au cours des premières années suivant les réformes des prix des médicaments génériques, suivie d'une baisse plus graduelle entre 2014-2015 et 2016-2017 à mesure que les prix des médicaments génériques se stabilisaient. À la suite des plus récentes réformes des prix, les prix ont diminué en moyenne de 3 % en 2017-2018, puis ont connu une baisse plus marquée de 11 % en 2018-2019. Ainsi, le coût unitaire moyen des médicaments génériques de sources diverses dans l'ensemble des administrations en 2018-2019 correspondait à moins de la moitié de la moyenne de 2009-2010.

Effet « substitution »

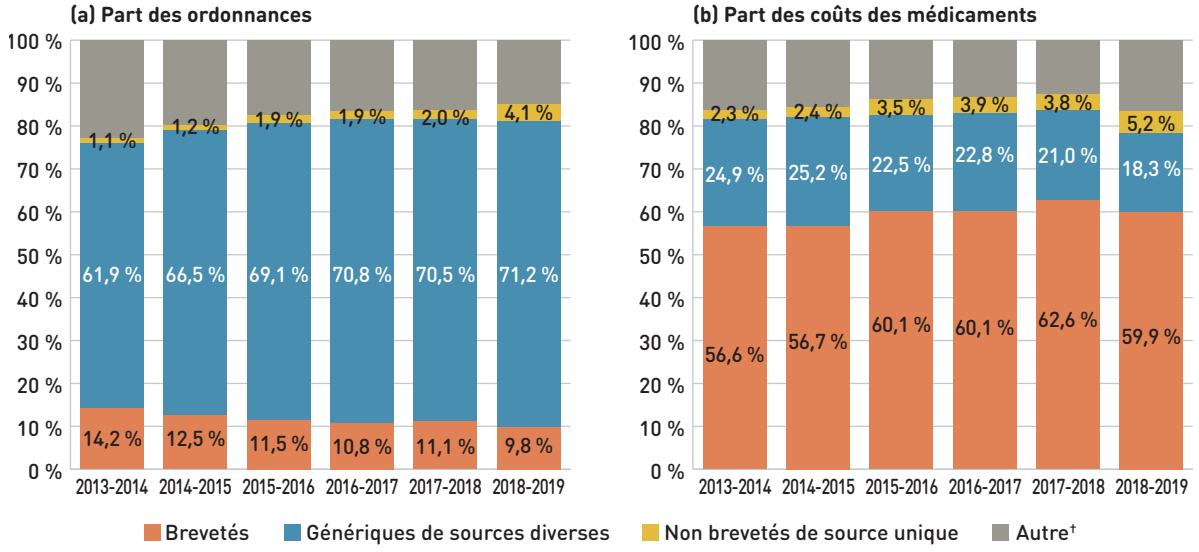
Le passage de médicaments de marque à des médicaments génériques ou biosimilaires a réduit les coûts globaux des médicaments de 2,2 % en 2018-2019, ce qui a engendré des économies de 199 millions de dollars pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. Trois médicaments – deux inhibiteurs ECA et un antipsychotique – sont à l'origine de la plus grande partie des économies découlant de la substitution par des médicaments génériques : périndopril (-0,8 %), aripiprazole (-0,3 %) et périndopril/diurétiques (-0,2 %). Les économies totales offertes par les produits biosimilaires sont demeurées limitées, avec deux immunosuppresseurs, un immunostimulant et une insuline faisant une différence faible, mais croissante dans le coût global des médicaments : Inflectra/Renflexis (-0,1 %), Brenzys/Erelzi (-0,07 %), Grastofil (-0,04 %) et Basaglar (-0,02 %).

La part des ordonnances de médicaments génériques de sources diverses dans les régimes publics est passée à 71,2 % en 2018-2019, ce qui représente une hausse importante par rapport à 61,9 % en 2013-2014, tandis que leur part correspondante des coûts totaux des médicaments a diminué au cours de la même période, passant de 24,9 % à 18,3 %. La tendance sur six ans reflète la mise en œuvre des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques, de même que la généricisation de plusieurs médicaments d'usage courant ayant perdu la protection de leur brevet au cours de la dernière décennie.

Les médicaments brevetés représentaient une part décroissante des ordonnances en 2018-2019, baissant de 14,2 % à 9,8 % depuis 2013-2014. Cependant, leur part des coûts est passée de 56,6 % à 62,6 % du coût total des médicaments dans les régimes publics entre 2013-2014 et 2017-2018 et est demeurée à près de 60 % en 2018-2019 malgré le changement du statut du brevet de quelques médicaments les plus vendus. Une telle tendance a été principalement attribuable à l'utilisation accrue de médicaments onéreux, comme les médicaments biologiques, les médicaments oncologiques oraux et les AAD pour l'hépatite C.

La figure 2.4 présente les tendances relatives aux parts de marché de 2013-2014 à 2018-2019 par segment de marché : médicaments brevetés, médicaments génériques de sources diverses et médicaments non brevetés de source unique.

Figure 2.4 Parts des ordonnances et des coûts des médicaments selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2013-2014 à 2018-2019



Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

† Ce segment de marché englobe les appareils médicaux, les médicaments composés et autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas d'identification numérique du médicament (DIN) attribuée par Santé Canada.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Aperçu : Médicaments biosimilaires

En avril 2016, l'APP a publié un document intitulé *First Principles for Subsequent Entry Biologics* (principes de base pour les produits biologiques ultérieurs) pour orienter les négociations et éclairer les attentes relatives aux médicaments biologiques et biosimilaires. Vient ensuite la création du document intitulé *Biologics Policy Directions* (orientations stratégiques en matière de médicaments biologiques) en septembre 2018 pour mieux orienter et définir le processus de négociation et de prise en considération des médicaments biologiques et biosimilaires aux fins de remboursement par les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada.

De plus, l'APP a récemment conclu un partenariat avec Action Cancer Ontario dans le cadre d'une initiative conjointe sur les biosimilaires en oncologie qui reconnaît les considérations uniques dans la mise en œuvre des biosimilaires en oncologie. Dès juin 2019, les médicaments biosimilaires ne feront plus l'objet de l'évaluation de l'ACMTS et seront plutôt présentés directement auprès des administrations et de l'APP.

Récemment, les payeurs canadiens, notamment les régimes publics au Manitoba, en Colombie-Britannique et en Alberta, ont mené plusieurs initiatives pour faire augmenter l'adoption des produits biosimilaires. Pour de plus amples renseignements, consulter la série de recueils de graphiques *Les médicaments biologiques au Canada, 2018* sur le site Web du CEPMB.

Comparativement aux marchés traditionnels des médicaments génériques, les économies découlant des médicaments biosimilaires sont limitées par une adoption initiale plus lente et des réductions de prix plus faibles. Le marché des médicaments biosimilaires est plus complexe; contrairement aux médicaments génériques, les médicaments biosimilaires ne sont pas identiques à leurs produits de référence, mais sont plutôt des versions très similaires, ce qui rend plus difficile l'échange d'un médicament contre un autre[II]. Le tableau 2.1 donne un aperçu des médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada.

Inflectra, qui a été approuvé au Canada en 2014 et est devenu disponible sur le marché public en 2016, a été l'un des premiers médicaments biosimilaires disponibles sur le marché canadien[III] et offre le rabais le plus élevé sur le prix courant. Inflectra et Renflexis, qui a été approuvé en 2017, ont tous deux été approuvés pour la plupart des mêmes indications relatives aux maladies inflammatoires auto-immunes que leur produit de référence Remicade. Cependant, malgré le fait que leur prix courant était près de la moitié du prix de Remicade, leur pénétration sur le marché a été lente, ceux-ci n'ayant acquis que 8,9 % du marché d'infliximab en 2018-2019. Pour de plus amples renseignements sur la répartition sur le marché des agents rhumatismaux modificateurs de la maladie biologiques dans les régimes publics d'assurance-médicaments, se reporter à l'annexe B.

Il a été observé que les médicaments biosimilaires pour une indication de maladie aiguë avaient un taux considérablement plus élevé d'adoption que les médicaments biosimilaires pour une indication de maladie chronique. Grastofil, un médicament biosimilaire du stimulateur de globules blancs, Neupogen, a le taux d'adoption le plus élevé dans les régimes publics, soit 92,4 % en 2018-2019. Toutefois, son rabais de 25 % par rapport au prix courant du produit de référence le place au bas de la liste des médicaments biosimilaires en ce qui concerne les réductions de prix. Les produits Brenzys et Erelzi, biosimilaires du médicament inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) Enbrel, ont été approuvés aux fins de mise en marché au Canada en 2016 et en 2017, respectivement. À un prix correspondant à environ deux tiers du prix courant de leur médicament biologique de référence, ces produits avaient accaparé 11,9 % de la part des ordonnances du marché d'étanercept en 2018-2019.

II L'homologation d'un médicament biosimilaire par Santé Canada ne constitue pas une déclaration d'équivalence à un médicament biologique de référence. Au Canada, le terme « interchangeabilité » désigne souvent la possibilité qu'un pharmacien puisse remplacer le médicament d'un patient par un autre médicament équivalent, sans l'intervention du médecin prescripteur. Le pouvoir de déclarer deux produits interchangeables incombe à chaque province et territoire.

III L'hormone de croissance Omnitrope de Sandoz Canada a été le premier médicament biosimilaire approuvé au Canada en 2009.

Tableau 2.1 Médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2018-2019

Produit biologique de référence		Produit biosimilaire				
Nom commercial (ingrédient médicinal)	Coût du médicament en millions de dollars (part)	Nom commercial	Autorisation de mise en marché	Premier remboursement	Réduction de prix† par rapport au médicament de référence	Part des ordonnances pour l'ingrédient médicinal
Remicade (infliximab)	419,9 $ (4,4 %)	Inflectra	15 janv. 2014	T1-2016	46,8 %	8,9 %
		Renflexis	1er déc. 2017	T3-2018	50,1 %	
Lantus (insuline glargine)	148,2 $ (1,5 %)	Basaglar	1er sept. 2015	T3-2017	25,0 %	6,2 %
Neupogen (filgrastim)	6,1 $ (0,1 %)	Grastofil	7 déc. 2015	T4-2016	25,0 %	92,4 %
Enbrel (étanercept)	145,6 $ (1,5 %)	Brenzys	31 août 2016	T3-2017	33,7 %	11,9 %
		Erelzi	6 avril 2017	T4-2017	37,2 %	

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

† Selon le prix courant figurant sur le formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario au moment de l'entrée du médicament biosimilaire. Ce prix peut changer au fil du temps; par exemple, le prix courant de Brenzys a récemment été réduit pour égaler celui d'Erelzi.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Récemment, les payeurs canadiens, notamment les régimes publics d'assurance-médicaments au Manitoba, en Colombie-Britannique et en Alberta, ont mené ou proposé plusieurs initiatives pour faire augmenter l'adoption des produits biosimilaires. Les prochaines éditions du présent rapport incluront l'incidence de ces initiatives à mesure qu'elles sont mises en œuvre.

Effet « combinaison de médicaments »

Les changements dans l'utilisation des médicaments peu onéreux au profit des médicaments plus onéreux ont fait augmenter les coûts globaux des régimes d'assurance-médicaments du SNIUMP de 6,1 %, soit 549 millions de dollars, en 2018-2019. Même si l'effet « combinaison de médicaments » était plus prononcé en 2018-2019 qu'en 2017-2018, l'incidence des AAD pour le traitement de l'hépatite C, qui est présentée séparément dans l'analyse, était moins importante que les années précédentes, augmentant de 0,6 % (52 millions de dollars) l'effet de poussée total.

La figure 2.5 fait état des dix médicaments qui ont contribué le plus à l'effet « combinaison de médicaments » en 2018-2019, représentant ensemble une poussée à la hausse de 3,3 % sur les coûts globaux des médicaments. Les trois médicaments qui sont apparus pour la première fois sur une telle liste en 2018-2019 – Entyvio, Ibrance et Tresiba – ont obtenu leur autorisation de mise sur le marché de Santé Canada seulement de deux à quatre ans auparavant. Le médicament ophtalmologique Eylea a connu une adoption appréciable en 2018-2019 et s'est placé en tête de liste des médicaments ayant une grande incidence avec une contribution de 0,5 % à la croissance des coûts des médicaments. Cinq des médicaments contribuant de façon importante à cet effet étaient des médicaments oncologiques administrés par voie orale et des immunosuppresseurs dont les coûts annuels moyens de traitement dépassaient 10 000 $, dont deux ont dépassé 50 000 $. Les quatre autres médicaments étaient utilisés par une population bénéficiaire plus vaste pour traiter des affections plus courantes.

La part du total des coûts des médicaments pour chacun des principaux médicaments contribuant à l'effet est déclarée dans le tableau ci-joint. Il convient de noter que cette valeur diffère de la contribution à l'effet « combinaison de médicaments », qui mesure la croissance (augmentation ou diminution des coûts au fil du temps) plutôt que les coûts eux-mêmes.

Un nombre croissant de médicaments onéreux ont été remboursés par les régimes publics du SNIUMP au cours des dernières années, qui visent souvent un nombre relativement restreint de patients. Le nombre de médicaments ayant un coût annuel moyen par bénéficiaire de plus de 10 000 $ a augmenté considérablement, passant de 71 en 2013-2014 à 115 en 2018-2019. Ces médicaments, qui représentaient 17,8 % des coûts globaux des médicaments du SNIUMP en 2013-2014, représentaient 34,0 % des coûts en 2018-2019, soit seulement un très faible pourcentage des bénéficiaires actifs (1,7 %).

Pleins feux sur les AAD contre l'hépatite C

Au cours des dernières années, les antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C ont eu un impact significatif, mais variable, sur les coûts des médicaments des régimes publics. Avec l'entrée de nouveaux AAD et l'élargissement des critères de traitement en 2017-2018, le nombre de bénéficiaires actifs a augmenté de près de 60 % pour atteindre 11 920. En 2018-2019, le nombre de bénéficiaires actifs utilisant des AAD a continué à augmenter plus lentement avec une croissance de 9 % pour atteindre 13 019. L'augmentation correspondante était de 52 millions de dollars des coûts globaux.

Des ententes d'établissement des prix pour la plupart de ces médicaments ont été conclues entre 2014 et 2016 par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), avec une couverture publique limitée aux patients ayant un certain type de maladie ou une maladie présentant une certaine gravité. En 2017, une entente multilatérale a été conclue par l'intermédiaire de l'APP, qui comprenait plusieurs nouveaux médicaments et ceux qui étaient déjà remboursés. Depuis sa mise en œuvre, les critères d'inscription des AAD dans les régimes publics d'assurance-médicaments ont été élargis pour inclure les patients qui n'étaient pas admissibles à la couverture auparavant.

Puisqu'il s'agit de traitements curatifs, le nombre de bénéficiaires actifs utilisant des AAD diminuera vraisemblablement au cours des prochaines années.

Figure 2.5 Principaux médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2018-2019

Coût moyen par bénéficiaire*	Nombre total de bénéfi-ciaires	Coût des médicaments† en millions $ (part)	Nombre d'années de commercia-lisation‡	Classe thérapeutique†	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Contribution à l'effet « combinaison de médicaments », 2018-2019
8 954 $	35 097	314,2 $ (3,5 %)	5	Médicaments ophtalmologiques	Eylea (aflibercept)	0,48 %
722 $	97 764	70,6 $ (0,8 %)	4	Médicaments utilisés pour lutter contre le diabète	Jardiance (empagliflozin)	0,38 %
15 044 $	2 830	42,6 $ (0,5 %)	4	Agents immunosuppresseurs	Entyvio (vedolizumab)	0,36 %
67 225 $	1 281	86,1 $ (0,9 %)	4	Agents antinéoplasiques	Imbruvica (ibrutinib)	0,36 %
69 922 $	2 714	189,8 $ (2,1 %)	11	Agents immunosuppresseurs	Revlimid (lenalidomide)	0,35 %
34 916 $	746	26,0 $ (0,3 %)	3	Agents antinéoplasiques	Ibrance (palbociclib)	0,31 %
943 $	155 647	146,8 $ (1,6 %)	7	Antithrombotiques	Eliquis (apixaban)	0,30 %
17 174 $	18 572	319,0 $ (3,5 %)	15	Agents immunosuppresseurs	Humira (adalimumab)	0,30 %
1 004 $	146 974	147,6 $ (1,6 %)	10	Médicaments utilisés pour lutter contre le diabète	Janumet (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	0,25 %
488 $	22 530	11,0 $ (0,1 %)	2	Médicaments utilisés pour lutter contre le diabète	Tresiba (insulin degludec)	0,22 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

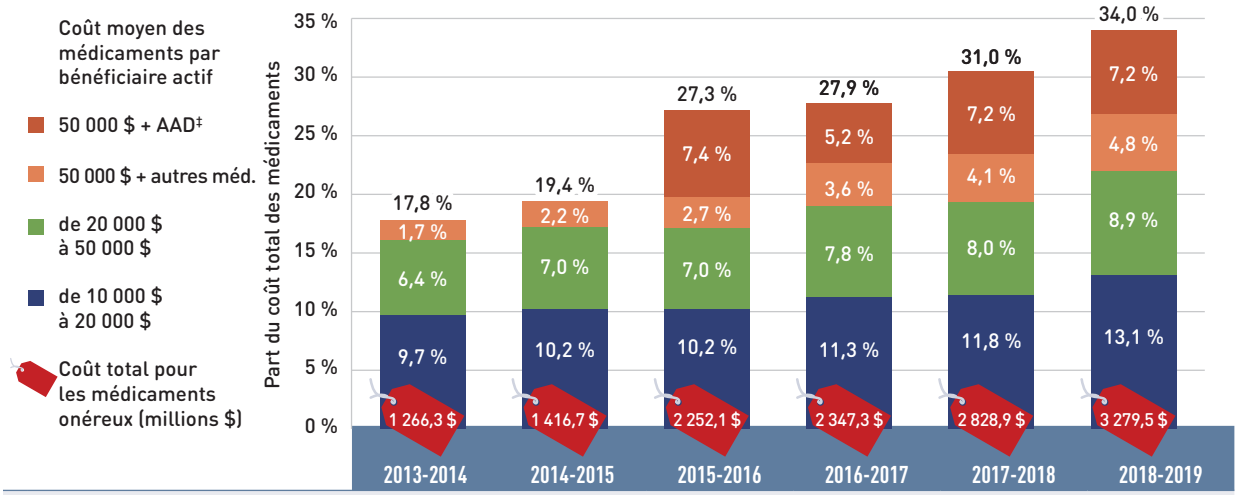
† Tous les principaux médicaments contribuant à l'effet de poussée sont associés aux ententes sur l'inscription de produits (EIP) issues des négociations de l'APP pour une ou plusieurs indications; toutefois, les coûts déclarés des médicaments ne reflètent pas les réductions de prix découlant d'EIP confidentielles.

‡ Nombre d'années depuis que Santé Canada a accordé l'autorisation de commercialiser le médicament, en date de 2018-2019.

§ La classe thérapeutique est basée sur le niveau 2 du système de classification ATC. Les résultats ne tiennent pas compte des administrations ayant des programmes particuliers pour les médicaments ophtalmologiques.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 2.6 Tendances relatives au nombre et au coût des médicaments onéreux*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, de 2013-2014 à 2018-2019



	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Nombre total de médicaments	71	84	94	102	106	115
de 10 000 $ à 20 000 $	34	36	41	44	42	46
de 20 000 $ à 50 000 $	24	29	30	33	36	42
50 000 $ + autres méd.	13	19	20	20	22	22
50 000 $ + AAD‡	–	–	3	5	6	5
Part des bénéficiaires actifs	1,20 %	1,30 %	1,58 %	1,73 %	1,75 %	1,71 %
Part des ordonnances	0,21 %	0,22 %	0,28 %	0,30 %	0,34 %	0,38 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Ces résultats sont peut-être sous-estimés, puisque certains médicaments onéreux sont remboursés par l'entremise de programmes particuliers des régimes publics d'assurance-médicaments, qui ne sont pas pris en compte dans les données du SNIUMP. La méthodologie de cette analyse a été révisée et, par conséquent, les résultats historiques pourraient ne pas correspondre à ceux des éditions précédentes.

* Coûts annuels moyens des médicaments par bénéficiaire actif dépassant 10 000 $.

† Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

‡ Antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

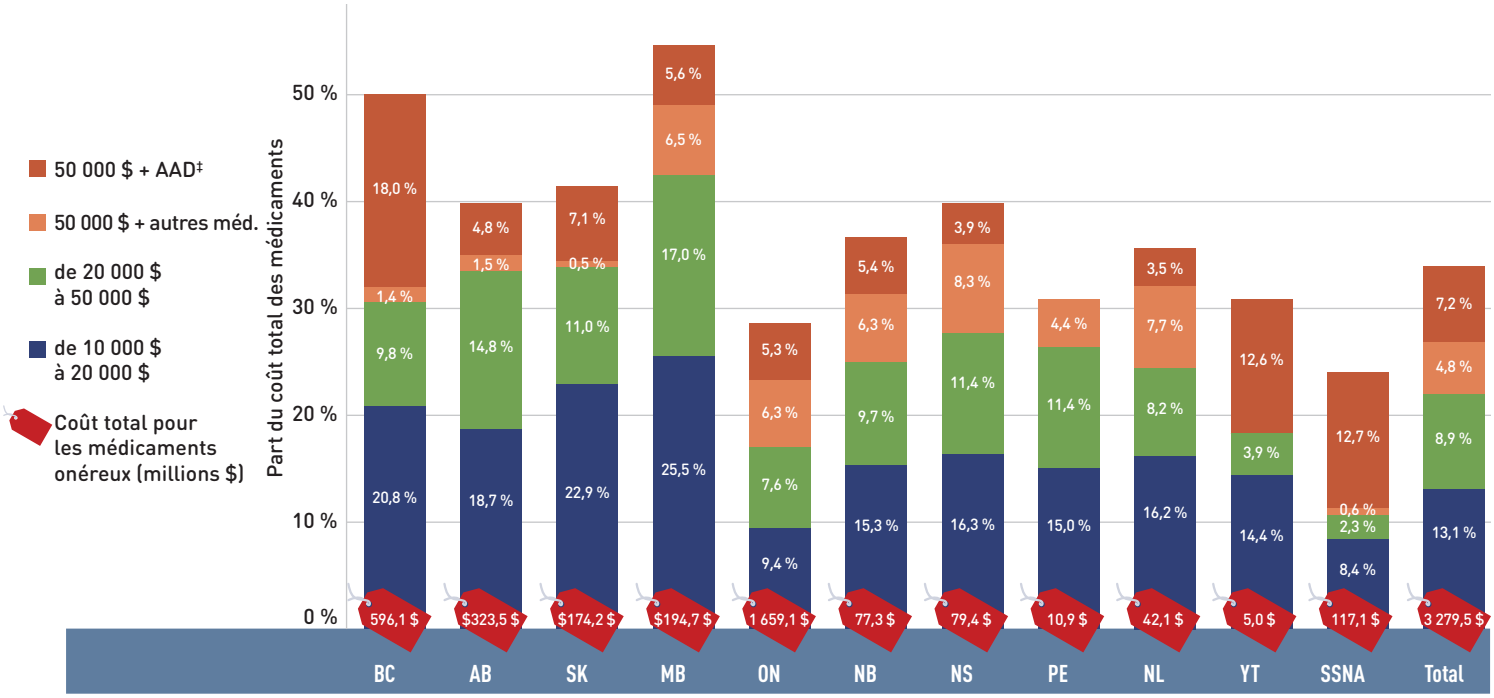
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que la part des coûts des médicaments de tous les médicaments onéreux ait augmenté de façon soutenue au cours des dernières années, l'augmentation la plus marquée s'est produite dans la catégorie des médicaments dont les coûts sont les plus élevés (50 000 $ et plus). La figure 2.6 présente les tendances en matière d'utilisation de médicaments onéreux entre 2013-2014 et 2018-2019 selon le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif déterminé au niveau des ingrédients médicinaux : 10 000 $ à 20 000 $, 20 000 $ à 50 000 $ et 50 000 $ et plus.

La figure 2.7 présente une ventilation plus détaillée de la part des médicaments onéreux selon l'administration en 2018-2019. Les médicaments onéreux représentent une plus grande part des coûts des programmes fondés sur le revenu et les primes; par exemple, ils représentent plus de la moitié des coûts totaux des médicaments des régimes publics du Manitoba (54,6 %) et de la Colombie-Britannique (50,0 %). Avec de tels types de programmes, les bénéficiaires doivent assumer une partie des coûts d'ordonnance, soit comme pourcentage du revenu, soit selon des primes. Ainsi, les dépenses des régimes sont plus fortement orientées vers les bénéficiaires ayant des coûts globaux plus élevés et par conséquent des médicaments onéreux.

Au cours des dernières années, les régimes publics du SNIUMP ont payé la majorité des coûts des médicaments pour un nombre relativement petit de bénéficiaires à coûts élevés[1]. Comme le montre la figure 1.2, les régimes publics du SNIUMP ont payé en moyenne 87 % du total des

Figure 2.7 **Part du coût total des médicaments attribuable aux médicaments onéreux*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019**



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Part du coût total des médicaments attribuable aux médicaments onéreux	50,0 %	39,9 %	41,5 %	54,6 %	28,6 %	36,8 %	39,9 %	30,8 %	35,5 %	30,9 %	24,0 %	34,0 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Ces résultats sont peut-être sous-estimés, puisque certains médicaments onéreux sont remboursés par l'entremise de programmes particuliers des régimes publics d'assurance-médicaments, qui ne sont pas pris en compte dans les données du SNIUMP.

* Coûts annuels moyens des médicaments par bénéficiaire actif dépassant 10 000 $.

† Antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

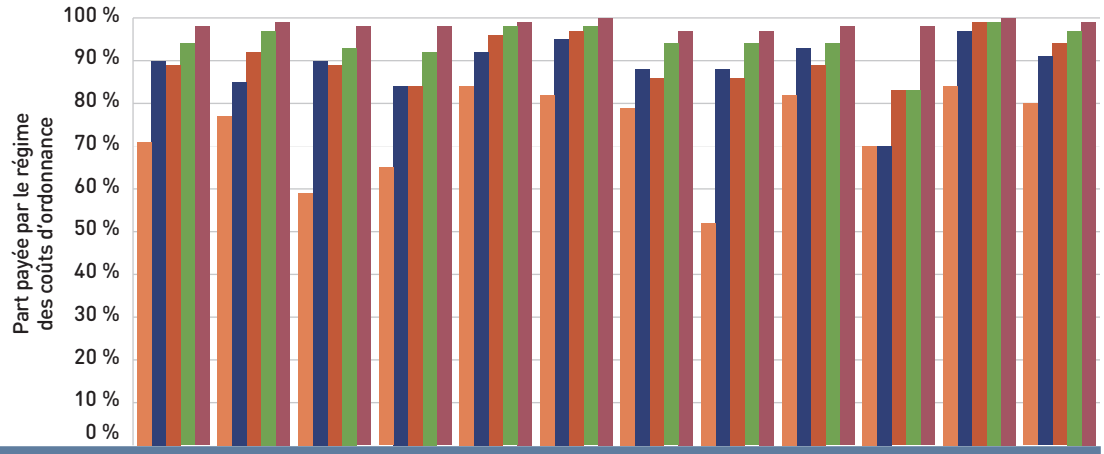
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

coûts d'ordonnance en 2018-2019, tandis que le 13 % restant a été payé par les bénéficiaires soit de leur poche, soit par un assureur privé. Pour comprendre dans quelle mesure les portions des coûts d'ordonnance payés par le régime et par les bénéficiaires sont associées aux coûts annuels des médicaments des bénéficiaires, la figure 2.8 présente une ventilation de la part payée par le régime des dépenses des régimes d'assurance-médicaments du SNIUMP par coût annuel moyen des médicaments des bénéficiaires en 2018-2019. Les bénéficiaires sont regroupés en cinq niveaux de coût : moins de 5 000 $, de 5 000 $ à 10 000 $, de 10 000 $ à 20 000 $, de 20 000 $ à 50 000 $ et plus de 50 000 $.

La figure montre que les régimes ont payé pour une plus grande portion des coûts d'ordonnance pour les bénéficiaires à coûts plus élevés. En 2018-2019, un peu moins de 5 % des bénéficiaires avaient des coûts annuels des médicaments supérieurs à 5 000 $ et représentaient plus de 55 % des coûts globaux des médicaments pour les régimes publics. Quant aux bénéficiaires dans la catégorie des coûts les plus élevés, c'est-à-dire des coûts annuels de plus de 50 000 $, la part payée par le régime était comprise entre 97 % et près de 100 %.

Il y avait des différences considérables entre les administrations dans les parts payées par les régimes en raison des variations dans la structure du régime, l'admissibilité et d'autres facteurs.

Figure 2.8 Part payée par le régime des coûts d'ordonnance selon les catégories de coût des bénéficiaires*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019



Coût annuel moyen des médicaments des bénéficiaires		BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Montant moyen versé par le régime	5 000 $ -	656 $	773 $	582 $	878 $	630 $	887 $	853 $	374 $	824 $	1 055 $	576 $	652 $
	de 5 000 $ à 10 000 $	6 919 $	6 698 $	6 836 $	6 938 $	6 796 $	6 847 $	6 518 $	6 789 $	6 643 $	7 109 $	6 769 $	6 803 $
	de 10 000 $ à 20 000 $	14 304 $	14 908 $	14 791 $	14 491 $	14 083 $	14 260 $	14 860 $	14 555 $	14 308 $	13 530 $	13 745 $	14 218 $
	de 20 000 $ à 50 000 $	28 979 $	27 204 $	28 856 $	29 894 $	28 292 $	27 556 $	27 486 $	27 993 $	27 682 $	29 924 $	27 833 $	28 291 $
	50 000 $ +	63 724 $	69 739 $	68 365 $	80 645 $	81 651 $	81 996 $	85 558 $	111 150 $	82 653 $	70 275 $	72 053 $	76 425 $
Part des bénéficiaires actifs	5 000 $ +	6,0 %	3,7 %	5,0 %	9,6 %	4,4 %	6,6 %	4,1 %	2,1 %	4,6 %	7,8 %	3,8 %	4,6 %
Part des coûts des médicaments		62,2 %	49,6 %	57,1 %	68,8 %	54,7 %	58,7 %	50,5 %	41,4 %	50,2 %	56,8 %	50,3 %	55,5 %

* Les bénéficiaires ont été classés par catégories en fonction du montant payé par année par un programme de médicaments.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 2.2 présente les dix médicaments les plus onéreux remboursés par les régimes publics du SNIUMP en 2018-2019 selon le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif. Les dix médicaments étaient indiqués dans le traitement des maladies rares et huit avaient des coûts de traitement supérieurs à 100 000 $. Il est à noter que même si le tableau 2.2 présente les résultats globaux de l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, il existe d'importantes variations au niveau de chaque régime.

Tableau 2.2 Dix principaux médicaments ayant le coût annuel moyen par bénéficiaire actif le plus élevé, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2018-2019

Nom commercial (Ingrédient médicinal)	Classe thérapeutique, ATC niveau 2	Coût moyen du médicament par bénéficiaire†
Myozyme (alglucosidase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	619 577 $
Soliris (éculizumab)	Immunosuppresseurs	453 883 $
Vpriv (vélaglucérase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	322 482 $
Kalydeco (ivacaftor)	Autres médicaments des voies respiratoires	262 432 $
Ilaris (canakinumab)	Immunosuppresseurs	147 371 $
Zavesca (miglustat)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	120 129 $
Remodulin (tréprostinil)	Antithrombotiques	111 872 $
Prolastin-C (inhibiteur de l'alpha 1-protéinase)	Antihémorragiques	104 480 $
Ravicti (phénylbutyrate de glycérol)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	79 882 $
Somavert (pegvisomant)	Hormones hypophysaires et hypothalamiques et analogues	78 058 $

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Cette liste de médicaments ne comprend pas les médicaments onéreux remboursés dans le cadre de programmes particuliers.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

† Représente le coût total des médicaments divisé par le nombre total de bénéficiaires et peut donc inclure les bénéficiaires dont les coûts de traitement sont incomplets.

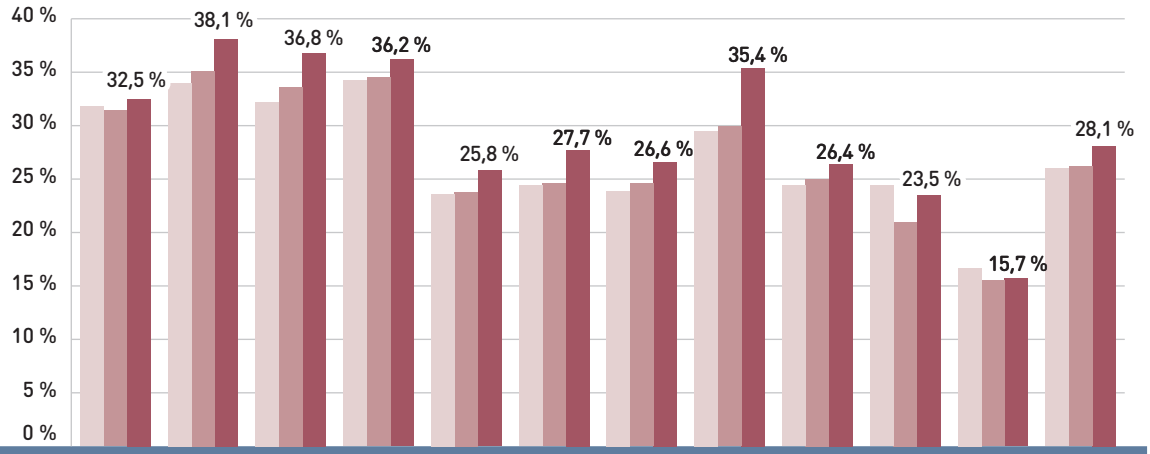
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Au cours des dernières années, les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP. En 2018-2019, la part de marché des médicaments biologiques a augmenté de 13,8 % pour atteindre 28,1 % (2,7 milliards de dollars) des coûts des médicaments. Les quatre principaux médicaments biologiques – Remicade, Humira, Eylea et Lucentis – représentaient 13,5 % des coûts totaux des médicaments du SNIUMP.

La figure 2.9 rend compte des tendances relatives à la part des médicaments biologiques dans les coûts totaux des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ainsi que de la croissance des coûts des médicaments pour ce segment de marché. Elle présente également la liste actuelle des dix principaux médicaments biologiques.

L'Alberta et la Saskatchewan affichaient les coûts les plus élevés des médicaments biologiques par rapport aux coûts totaux des médicaments en 2018-2019 (38,1 % et 36,8 %, respectivement), alors que le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard présentaient les taux de croissance les plus élevés (28,8 % et 22,7 %, respectivement). Les variations entre les régimes peuvent être attribuables, entre autres, aux différences sur les plans de la structure des régimes, de l'admissibilité à un remboursement, des profils sanitaires de la population et de la taille des régimes.

Figure 2.9 Part des coûts totaux des médicaments attribuable aux médicaments biologiques, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2016-2017 à 2018-2019



% croissance	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
2016-2017	10,4 %	-1,8 %	10,0 %	9,8 %	7,8 %	13,6 %	7,4 %	18,3 %	5,1 %	9,4 %	14,5 %	7,6 %
2017-2018	4,1 %	10,3 %	13,8 %	5,5 %	9,9 %	8,0 %	8,8 %	6,3 %	2,8 %	-8,7 %	0,2 %	8,5 %
2018-2019	9,1 %	12,3 %	17,3 %	6,0 %	16,9 %	14,6 %	10,9 %	22,7 %	6,1 %	28,8 %	-0,7 %	13,8 %
Coût des médicaments biologiques en 2018-2019 (millions $)	387,7 $	309,1 $	154,3 $	128,8 $	1 500,2 $	58,1 $	52,8 $	12,4 $	31,3 $	3,8 $	76,8 $	2 715,3 $

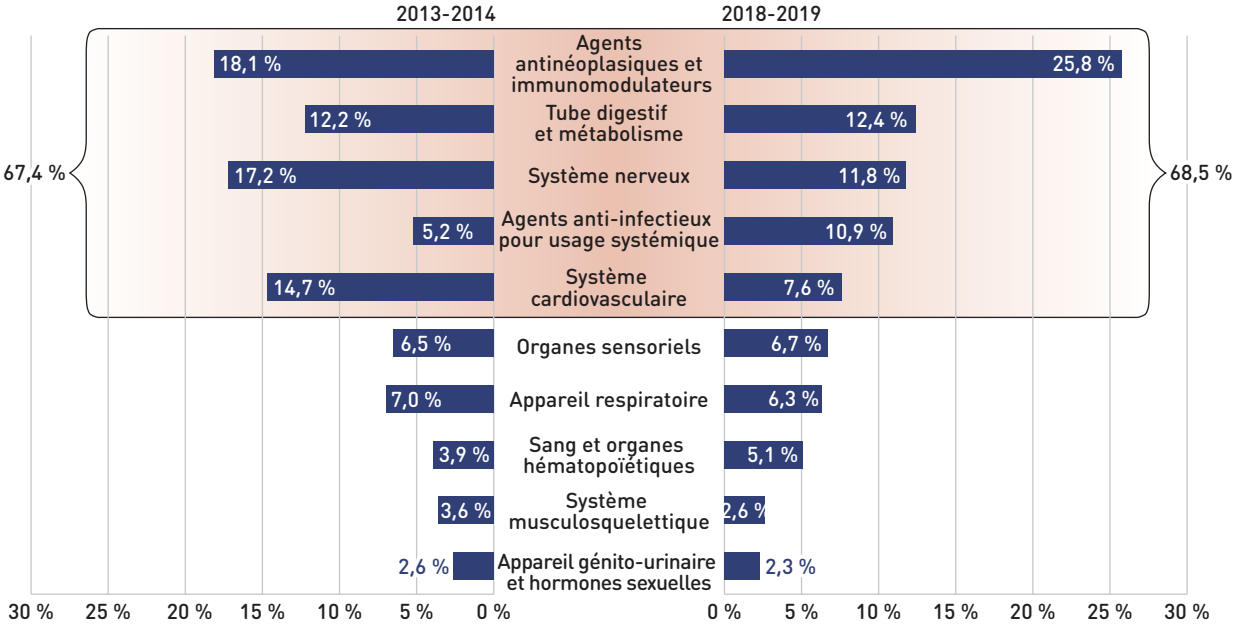
Dix principaux médicaments biologiques par part du coût des médicaments											
Rang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nom commercial	Remicade	Humira	Eylea	Lucentis	Lantus	Enbrel	Prolia	Stelara	Simponi	Entyvio	Total 10 principaux
Part du coût total des médicaments	4,4 %	3,6 %	3,3 %	2,2 %	1,7 %	1,5 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,5 %	19,3 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Une analyse par classe thérapeutique donne à penser que plus des deux tiers des coûts totaux des médicaments en 2018-2019 étaient concentrés dans quelques classes. Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs arrivaient en tête de liste des classes thérapeutiques avec 25,8 % des coûts des médicaments en 2018-2019, ce qui témoigne des changements dans le financement des médicaments oncologiques oraux et d'une utilisation accrue des immunomodulateurs. Les médicaments des voies digestives et du métabolisme représentent maintenant la deuxième part la plus élevée des coûts (12,4 %), en partie en raison des médicaments antidiabétiques plus récents dans la classe. La part des coûts des médicaments que représentaient les médicaments pour le système cardiovasculaire, qui comprennent des médicaments à coût relativement faible utilisés par un grand nombre de bénéficiaires actifs, a diminué de près de 15 % en 2013-2014 à un peu moins de 8 % en 2018-2019.

Figure 2.10 Dix principales classes thérapeutiques de niveau 1 du système de classification ATC* par part des coûts totaux des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, 2013-2014 et 2018-2019



Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) maintenu par l'Organisation mondiale de la Santé.

† Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

3. Les inducteurs de coûts d'exécution d'ordonnance, 2017-2018 et 2018-2019

Les coûts d'exécution d'ordonnance ont connu une croissance plus forte en 2018-2019 que l'année précédente principalement en raison de la mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario. Cette croissance a été tempérée par une diminution soutenue du volume d'unités délivrées aux patients ainsi que par une baisse des frais d'exécution moyens globaux par ordonnance.

Tout comme pour les coûts des médicaments, les variations des coûts d'exécution d'ordonnance sont attribuables à un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction ». L'effet net de ces forces opposées produit le taux global de variation.

Effet « démographie » : Variations dans le nombre de bénéficiaires actifs, ainsi que variations dans la répartition selon l'âge ou le sexe.

Effet « volume des médicaments » : Variations dans le nombre d'unités délivrées aux patients.

Effet « frais » : Variations dans les frais d'exécution moyens par ordonnance.

Effet « taille des ordonnances » : Variations dans le nombre d'unités délivrées par ordonnance.

Dans la présente section, une analyse détaillée des inducteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les coûts d'exécution d'ordonnance des régimes publics auraient changé entre 2017-2018 et 2018-2019 si un seul facteur (p. ex. les frais d'exécution d'ordonnance moyens) avait été pris en compte alors que tous les autres seraient demeurés les mêmes[IV].

En plus des effets annuels standards, le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario est traité comme un facteur distinct dans l'analyse des inducteurs de coûts, englobant tous les effets associés à l'Assurance-santé Plus (p. ex. variations dans le volume et la démographie). Ainsi, l'effet de l'Assurance-santé Plus isole l'incidence globale des importants changements apportés à la structure des régimes.

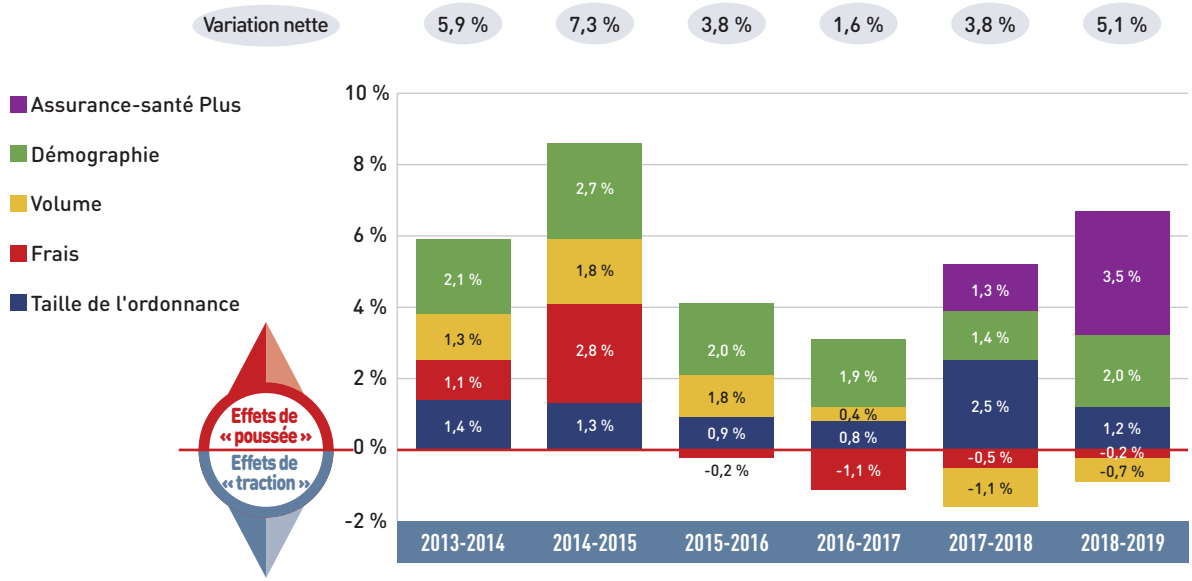
Les coûts d'exécution d'ordonnance des régimes publics du SNIUMP ont augmenté de 5,1 %, soit 117,4 millions de dollars, en 2018-2019, pour atteindre un total de 2,4 milliards de dollars, ce qui représente un taux de croissance plus fort que celui déclaré en 2017-2018 (3,8 %).

Le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, qui a offert une couverture à tous les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins pour tout l'exercice 2018-2019, a ajouté 80,5 millions de dollars aux coûts d'exécution d'ordonnance, ce qui a exercé une poussée à la hausse de 6,3 % en Ontario et de 3,5 % dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP.

La figure 3.1 donne un aperçu des pressions qui ont entraîné des variations dans les coûts d'exécution d'ordonnance de 2013-2014 à 2018-2019. En excluant les répercussions du programme Assurance-santé Plus, l'effet « démographie » est le facteur qui a le plus contribué à la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance en 2018-2019, faisant grimper les coûts de 2,0 %. L'effet « taille des ordonnances », qui a été un inducteur de coûts important les années précédentes (allant de 0,8 % à 2,5 %), a exercé une pression à la hausse de 1,2 % sur la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance. Les variations dans les frais d'exécution moyens par ordonnance ont réduit les coûts d'exécution de 0,2 %; pendant ce temps, l'effet « volume » a été négatif pour une deuxième année consécutive à -0,7 %, ce qui reflète une baisse du nombre d'unités délivrées aux patients.

IV En réalité, plusieurs facteurs changent simultanément, créant un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas rapporté dans cette analyse, mais il est pris en compte dans la variation du coût total.

Figure 3.1 Inducteurs de coûts d'exécution d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2013-2014 à 2018-2019



Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.
En Ontario, les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été exclues de l'analyse des coûts d'exécution d'ordonnance, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires. Le sous-programme de SLD a contribué à raison de moins de 0,1 % à la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance de l'ensemble des régimes publics du SNIUMP. Ce changement d'approche apparaît à partir de 2017-2018.

* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

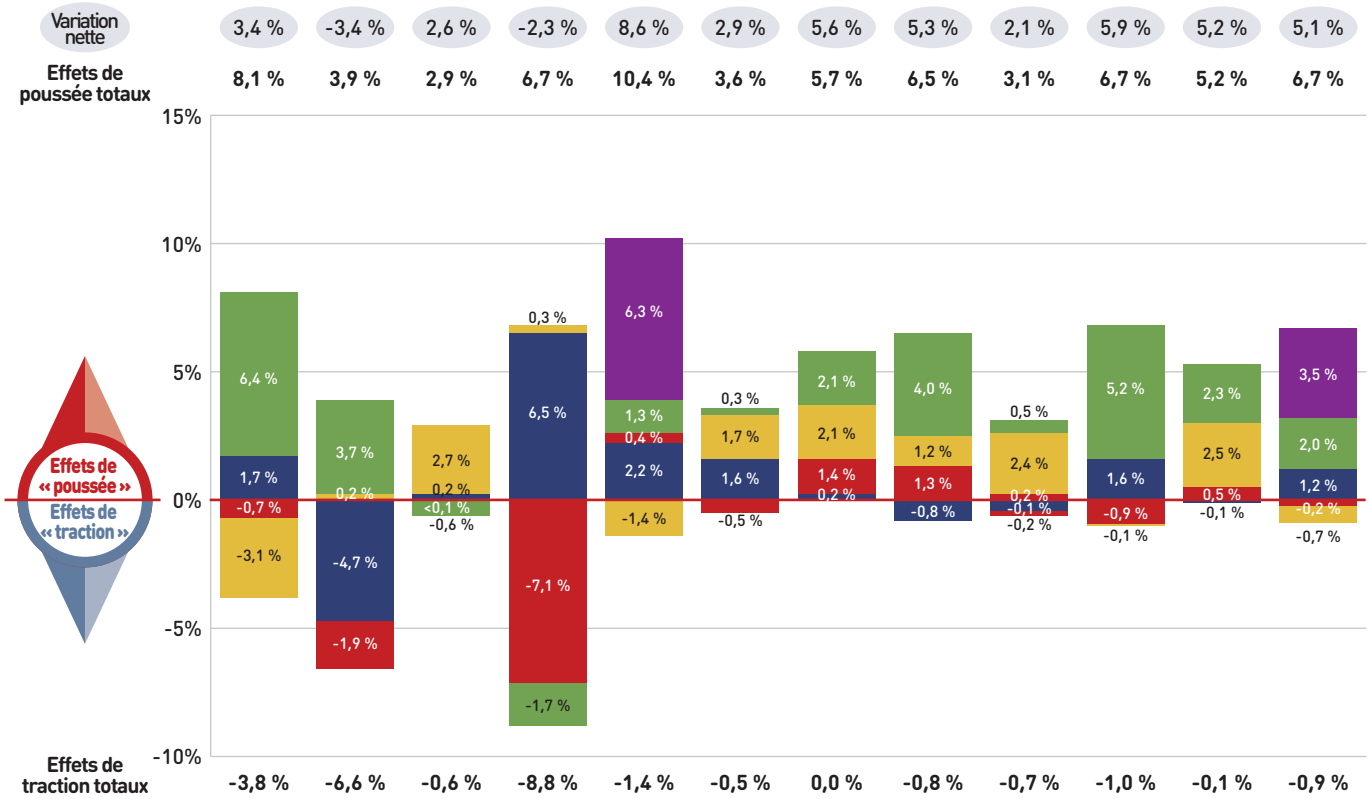
Le taux global de variation des coûts d'exécution d'ordonnance différait considérablement d'un régime à l'autre, passant d'un sommet de 8,6 % en Ontario à un creux de -3,4 % en Alberta (figure 3.2). La forte croissance enregistrée en Ontario était principalement attribuable au programme Assurance-santé Plus, sans lequel les coûts d'exécution d'ordonnance auraient connu une augmentation plus modérée de 2,4 %. En Alberta, des variations dans les tailles des ordonnances et les frais connexes, qui constituaient des effets de poussée en 2017-2018, ont réduit les coûts en 2018-2019.

Les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été séparées des résultats de l'Ontario dans la présente analyse des inducteurs de coûts, car il se peut qu'elles n'aient pas une fréquence d'exécution typique – p. ex. des ordonnances beaucoup plus nombreuses par patient que dans la population générale de bénéficiaires en raison des besoins plus spécialisés des patients. Les patients recevant des SLD ne représentaient qu'une petite partie de tous les bénéficiaires en 2018-2019, à raison d'une contribution de moins de 0,1 % au taux de croissance de 8,6 % des coûts d'exécution d'ordonnance en Ontario, et n'apparaissent par conséquent pas dans la figure.

La contribution de l'effet « frais », qui reflète les variations dans les frais d'exécution moyens par ordonnance, est directement liée à la politique individuelle de remboursement de chaque régime public d'assurance-médicaments.

En 2018-2019, les taux de variation dans les frais d'exécution moyens par ordonnance variaient d'un régime d'assurance-médicaments du SNIUMP à l'autre. La plupart des régimes affichaient une variation modeste allant de -1,9 % à 1,4 %, à l'exception du Manitoba, qui a connu une baisse relativement importante de 7,1 % en raison de sa récente initiative stratégique de plafonnement des frais. Au cours des cinq dernières années, l'Île-du-Prince-Édouard

Figure 3.2 Taux de variation des coûts d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2017-2018 à 2018-2019



Montant (millions $)		BC	AB	SK	MB	ON*	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Coûts d'exécution d'ordonnance	2017-2018	282,7 $	237,6 $	93,0 $	86,2 $	1 270,9 $	61,9 $	53,5 $	12,3 $	47,4 $	1,0 $	165,1 $	2 323,3 $
	2018-2019	292,3 $	229,6 $	95,4 $	84,2 $	1 380,8 $	63,7 $	56,5 $	12,9 $	48,3 $	1,1 $	173,6 $	2 440,7 $
Variation absolue		9,6 $	-8,1 $	2,4 $	-1,9 $	109,9 $	1,8 $	3,0 $	0,7 $	1,0 $	0,1 $	8,6 $	117,4 $
Démographie		18,0 $	8,7 $	-0,6 $	-1,5 $	15,9 $	0,2 $	1,1 $	0,5 $	0,2 $	0,1 $	3,7 $	46,4 $
Volume		-8,9 $	0,5 $	2,5 $	0,2 $	-18,2 $	1,1 $	1,1 $	0,1 $	1,2 $	<0,1 $	4,1 $	-16,2 $
Frais		-1,9 $	-4,4 $	<0,1 $	-6,1 $	5,4 $	-0,3 $	0,8 $	0,2 $	0,1 $	<0,1 $	0,8 $	-5,7 $
Taille de l'ordonnance		4,7 $	-11,1 $	0,2 $	5,6 $	28,5 $	1,0 $	0,1 $	-0,1 $	-0,3 $	<0,1 $	-0,2 $	28,3 $
Assurance-santé Plus		–	–	–	–	80,5 $	–	–	–	–	–	–	80,5 $

Remarque : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

* En Ontario, les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été exclues des coûts d'exécution d'ordonnance, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires. Le sous-programme de SLD a contribué à raison de moins de 0,1 % à la hausse totale des coûts d'exécution d'ordonnance pour tous les régimes publics du SNIUMP.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

et les SSNA ont connu une croissance relativement élevée des frais, les taux de croissance annuels composés se situant respectivement à 2,7 % et 0,9 %.

Le tableau 3.1 rend compte des frais d'exécution moyens par ordonnance de 2013-2014 à 2018-2019, ainsi que du taux de croissance entre 2017-2018 et 2018-2019 et du taux de croissance annuel composé pour toute la période. Les résultats constituent une moyenne de toutes les ordonnances et englobent divers frais d'exécution d'ordonnance. Un aperçu des politiques relatives aux frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP est disponible dans la section Ressources de la page Études analytiques du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Tableau 3.1 Frais d'exécution moyens par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2013-2014 à 2018-2019

Administration	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Taux de croissance, de 2017-2018 à 2018-2019	TCAC*, 2013-2014 à 2018-2019
Colombie-Britannique	7,40 $	7,35 $	7,30 $	7,26 $	7,18 $	7,13 $	-0,7 %	-0,8 %
Alberta	13,29 $	14,13 $	14,29 $	14,33 $	14,45 $	14,18 $	-1,9 %	1,3 %
Saskatchewan	10,30 $	10,82 $	10,91 $	10,97 $	10,92 $	10,92 $	<0,1 %	1,2 %
Manitoba	8,97 $	9,19 $	9,35 $	9,48 $	8,82 $	8,19 $	-7,1 %	-1,8 %
Ontario†	7,41 $	7,72 $	7,72 $	7,59 $	7,55 $	7,58 $	0,4 %	0,5 %
Nouveau-Brunswick	10,36 $	10,41 $	10,54 $	10,54 $	10,48 $	10,43 $	-0,5 %	0,1 %
Nouvelle-Écosse	11,49 $	11,31 $	11,19 $	11,25 $	11,32 $	11,48 $	1,4 %	0,0 %
Île-du-Prince-Édouard	10,31 $	10,21 $	10,93 $	11,03 $	11,23 $	11,38 $	1,3 %	2,0 %
Terre-Neuve-et-Labrador	12,20 $	12,19 $	12,34 $	12,39 $	12,38 $	12,41 $	0,2 %	0,3 %
Yukon	5,81 $	5,77 $	5,76 $	5,80 $	5,81 $	5,76 $	-0,9 %	-0,2 %
SSNA	–	8,71 $	8,76 $	8,92 $	8,97 $	9,02 $	0,5 %	0,9 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Taux de croissance annuel composé.

† Les ordonnances des sous-régimes de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario ont été exclues de cette analyse pour toutes les années, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires.
Le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, qui a été mis en œuvre au dernier trimestre de 2017-2018, a également été exclu de cette analyse pour permettre la comparaison avec les résultats antérieurs.

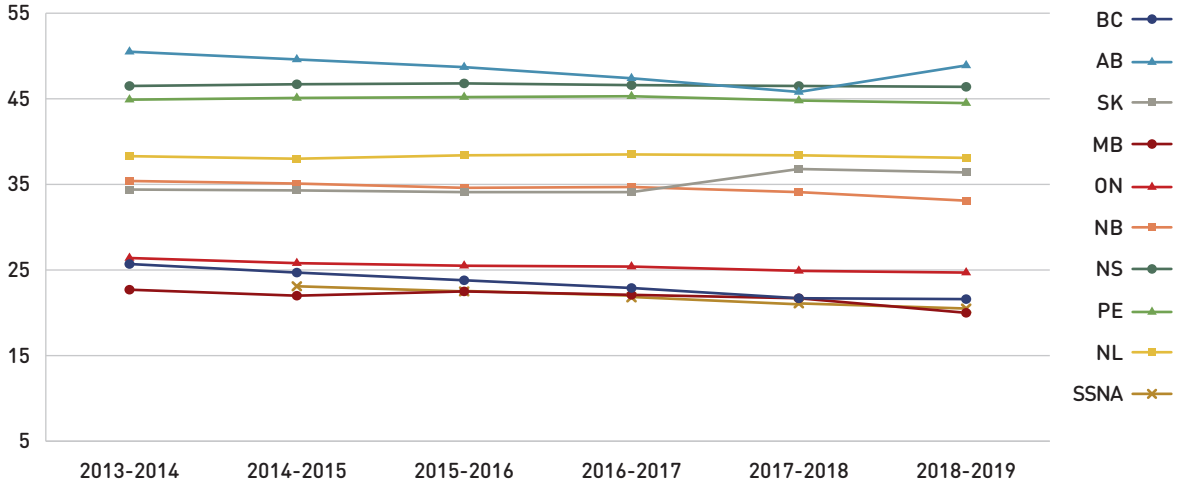
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Divers régimes ont mis en œuvre des politiques précises sur la fréquence d'exécution et l'indemnisation. Les frais d'exécution moyens par ordonnance sont également liés à la taille des ordonnances : les régimes dont les frais d'exécution d'ordonnance moyens sont moins élevés remboursent généralement les ordonnances dont le nombre de jours d'approvisionnement est inférieur et vice versa. La Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et les SSNA, dont les frais d'exécution d'ordonnance étaient parmi les plus bas en 2018-2019, ont généralement remboursé des ordonnances dont la taille moyenne était relativement faible. La diminution du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance peut exercer une pression à la hausse sur les coûts d'exécution d'ordonnance, car un plus grand nombre d'ordonnances sont nécessaires pour délivrer le même volume de médicaments.

Les résultats pour ce qui est du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance indiquent que la taille des ordonnances était stable ou avait diminué légèrement dans la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments de 2017-2018 à 2018-2019, à l'exception de l'Alberta, où le nombre moyen de jours d'approvisionnement a augmenté de 6,8 % par rapport à l'année précédente. Le Manitoba et le Nouveau-Brunswick ont enregistré les plus fortes baisses proportionnelles de la taille moyenne des ordonnances, soit -7,5 % et -3,1 %, respectivement.

La figure 3.3 illustre la tendance relative au nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance de 2013-2014 à 2018-2019. Les résultats représentent la valeur moyenne de toutes les ordonnances pour les formulations solides à administrer par voie orale et couvrent les médicaments de marque et les médicaments génériques utilisés pour les soins aigus et de maintien.

Figure 3.3 Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2013-2014 à 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	SSNA
Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2018-2019	21,6	48,9	36,4	20,0	24,7	33,1	46,4	44,5	38,1	20,5
Variation en pourcentage, de 2017-2018 à 2018-2019	-0,6 %	6,8 %	-1,1 %	-7,5 %	-0,5 %	-3,1 %	-0,3 %	-0,6 %	-0,8 %	-3,0 %

Remarque : La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.
L'analyse se limite aux données relatives aux formulations solides à administrer par voie orale.
Le Yukon n'est pas déclaré en raison des limites des données.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

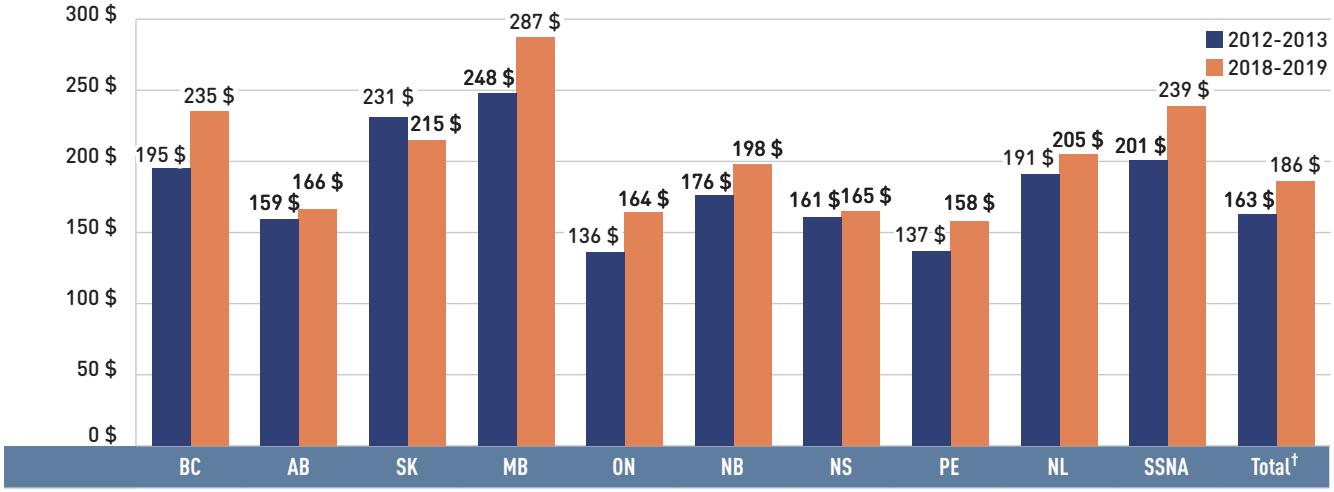
Bien que le nombre moyen de jours d'approvisionnement et les frais d'exécution par ordonnance soient des mesures utiles à des fins de comparaison, la liste des médicaments couverts par chaque régime tient également compte du coût d'exécution d'ordonnance moyen. En comparant les coûts d'exécution d'ordonnance d'un même ensemble de médicaments, on peut mieux comprendre les différences entre les régimes.

La figure 3.4 compare les coûts d'exécution d'ordonnance entre les administrations pour les médicaments génériques dont le prix a été réduit à 10 % (auparavant à 18 %) du prix de référence des médicaments de marque dans le cadre de la récente entente entre l'APP et l'ACMG. Les coûts d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés de chaque médicament sont présentés pour deux exercices : 2012-2013, soit l'exercice avant la mise en œuvre de la première initiative de l'APP touchant les médicaments génériques, et 2018-2019. Ces médicaments représentaient collectivement 19,7 % et 21,8 % des coûts d'exécution d'ordonnance totaux des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2012-2013 et en 2018-2019, respectivement.

Les coûts d'exécution d'ordonnance des médicaments en question ont augmenté entre 2012-2013 et 2018-2019 dans la plupart des provinces, bien que l'ampleur des augmentations ait varié considérablement. Les taux d'augmentation les plus élevés ont été observés en Colombie-Britannique et en Ontario; seule la Saskatchewan a enregistré une diminution modérée. En Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et à Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que pour les SSNA, les coûts d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés ont dépassé 200 000 $.

Même si les mêmes médicaments ont été étudiés pour tous les régimes, le profil sanitaire des populations bénéficiaires et le type de traitement pour lequel les médicaments ont été prescrits (soins actifs ou de maintien) ont influé sur le nombre moyen de jours d'approvisionnement et, par conséquent, sur les coûts globaux d'exécution d'ordonnance pour chaque administration.

Figure 3.4 Coûts d'exécution d'ordonnance (en milliers de dollars) pour un million de comprimés de médicaments génériques* dont le prix est établi à 10 % du prix du médicament de marque équivalent par l'APP-ACMG, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2012-2013 et 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	SSNA	Total†
Variation en pourcentage	20,6 %	4,6 %	-7,1 %	15,8 %	20,6 %	12,2 %	2,2 %	15,1 %	7,7 %	18,9 %	14,2 %

Remarque : Les établissements de soins de longue durée ont été exclus de cette analyse puisque la fréquence d'exécution d'ordonnance n'y est parfois pas typique en raison des besoins en soins plus particuliers de leurs patients. Les sous-régimes suivants n'ont pas été inclus dans l'analyse : C.-B. : Résidents permanents d'établissements de soins en établissement autorisés; Man. : Foyers de soins personnels/maisons de soins infirmiers; N.-B. : Particuliers dans des établissements résidentiels agréés, résidents d'une maison de soins infirmiers; Ont. : Soins de longue durée, soins à domicile et foyers de soins spéciaux. Le Yukon n'est pas déclaré en raison des limites des données.
La méthodologie de la présente analyse a été révisée; l'analyse ne comprend maintenant que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

* Assujettis à l'entente entre l'APP et l'ACMG qui a réduit les prix de ces médicaments à 10 % du prix du médicament de marque équivalent : atorvastatine, ramipril, venlafaxine, amlodipine, oméprazole, rabéprazole, rosuvastatin, pantoprazole, citalopram, simvastatine, clopidogrel, gabapentine, metformine, olanzapine, olanzapine ODT, donépézil, ézétimibe, quétiapine, ranitidine et zopiclone.

† Résultats totaux pour les régimes d'assurance-médicaments présentés dans cette figure.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1 Institut canadien d'information sur la santé. 2019. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2019 : Regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*, Ottawa (Ontario) : ICIS. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pdex-report-2019-fr-web.pdf

2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2013. *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance : Un rapport méthodologique*. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse suivante : http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr

3 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2020. *Rapport annuel 2018*. Ottawa : CEPMB. Disponible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/rapports-etudes/rapport-annuel-2018.html

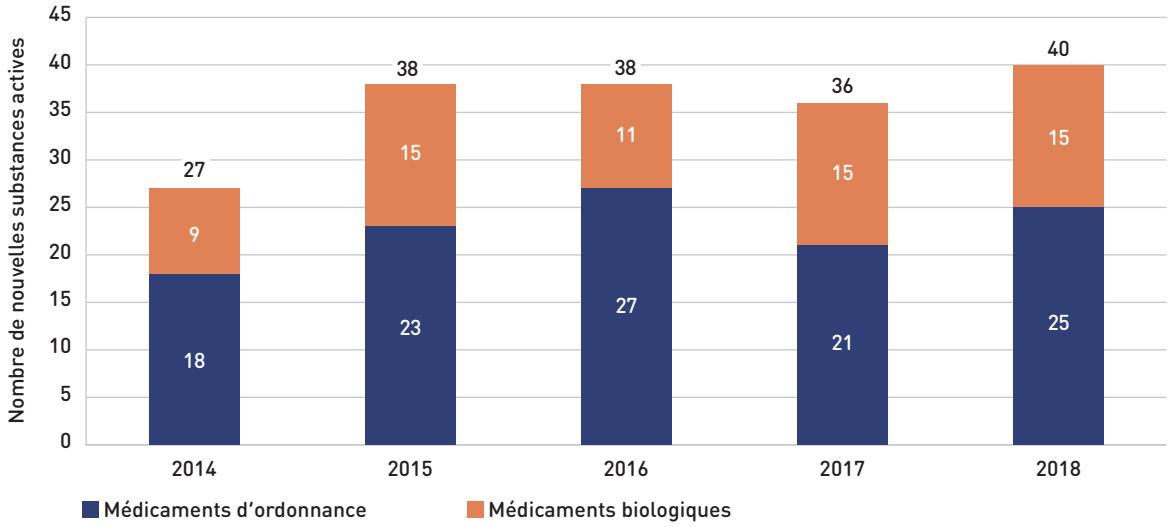
Annexe A : Examens et approbations des médicaments

Au Canada, Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. La présente annexe donne un aperçu des tendances récentes en matière d'examens et d'approbations des médicaments[V].

Santé Canada

Santé Canada accorde l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada lorsqu'il a satisfait aux exigences réglementaires portant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Le ministère délivre alors un avis de conformité (AC). En 2018, Santé Canada a délivré un AC pour 40 nouvelles substances actives : 15 médicaments biologiques et 25 médicaments à petites molécules.

Figure A1 Nouvelles substances actives approuvées par Santé Canada de 2014 à 2018



Remarque : Les termes « médicaments d'ordonnance » et « médicaments biologiques » sont utilisés pour définir les types de produits au moment de soumettre un avis de conformité (AC) à Santé Canada.
Les résultats historiques ont été mis à jour et, par conséquent, pourraient ne pas correspondre à ceux des éditions précédentes.

Source des données : Base de données des avis de conformité, Santé Canada.

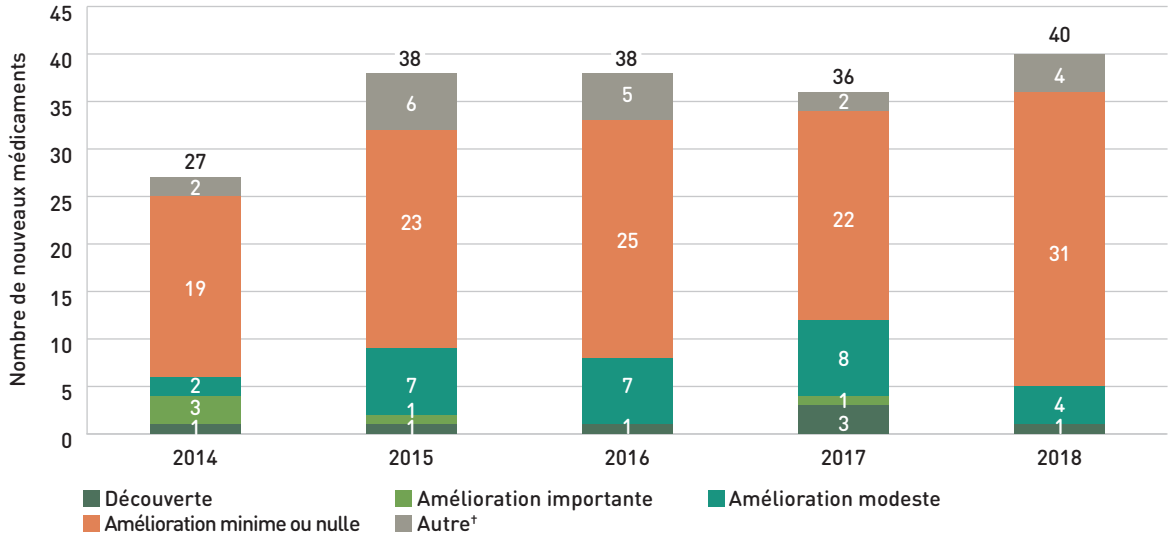
V Il convient de noter que l'utilisation des termes « nouvelle substance active », « médicament » et « ingrédient médicinal » dans cette section est conforme à la terminologie utilisée par chaque établissement.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Le CEPMB examine les prix départ-usine des médicaments brevetés vendus au Canada et veille à ce qu'ils ne soient pas excessifs. Dans le cadre du présent processus d'examen des prix, le Groupe consultatif sur les médicaments pour usage humain (GCMUH) du CEPMB évalue tout nouveau médicament et lui attribue un niveau d'amélioration thérapeutique recommandé.

Le CEPMB a effectué des examens scientifiques pour 160 des 179 médicaments approuvés par Santé Canada entre 2014 et 2018. Au cours de cette période de cinq ans, seulement 8 % ont été classés dans les catégories Amélioration importante ou Découverte. Parmi les autres, trois quarts ont affiché une légère amélioration ou aucune amélioration par rapport aux thérapies existantes, tandis que 18 % ont été classés dans la catégorie Amélioration modeste (figure A2).

Figure A2 Nouveaux médicaments examinés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, selon le niveau d'amélioration thérapeutique, de 2014 à 2018*



Remarque : Les médicaments examinés par le CEPMB avant l'adoption des Lignes directrices de 2010 ont été regroupés de la façon suivante : les médicaments de catégorie 2 ont été intégrés dans la catégorie des découvertes; les médicaments de catégorie 1 ont été intégrés dans la catégorie des améliorations minimes/nulles, et les médicaments de catégorie 3 ont été intégrés dans la catégorie des améliorations modestes.

* L'année de déclaration renvoie à l'année au cours de laquelle l'avis de conformité a été délivré (figure A1), et non à l'année au cours de laquelle le CEPMB a examiné les prix.

† Nouveaux médicaments qui n'ont pas été déclarés au CEPMB à temps pour le Rapport annuel de 2018.

Source des données : Base de données des avis de conformité, Santé Canada; Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB).

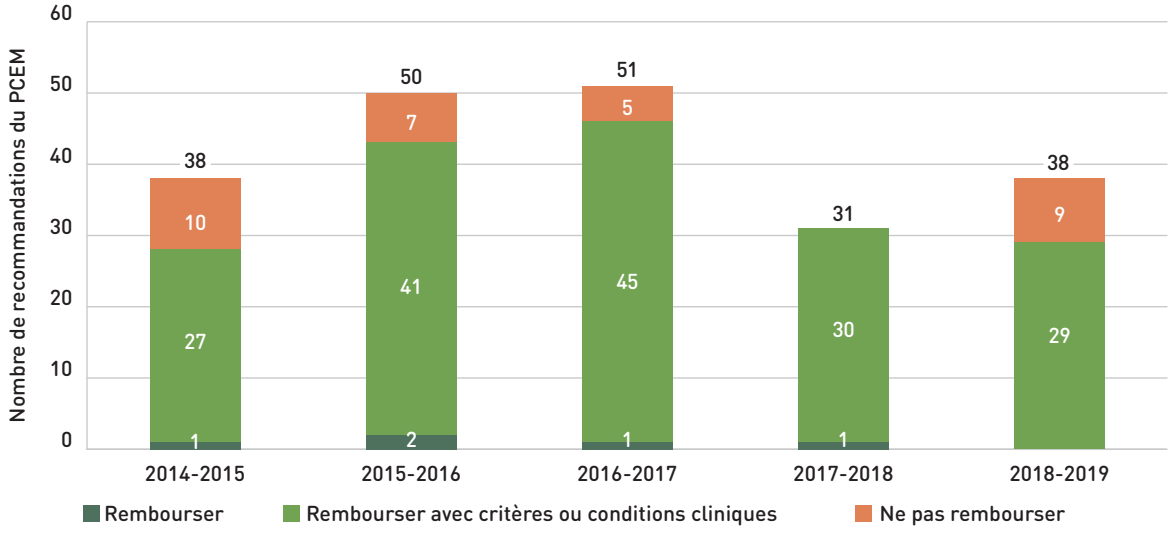
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

Le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'ACMTS évalue les éléments de preuve cliniques, économiques et relatifs aux patients qui ont trait aux médicaments commercialisés au Canada et utilise cette information pour recommander des remboursements et donner des conseils aux régimes d'assurance-médicaments publics du Canada (sauf celui du Québec). Les administrations prennent ces recommandations en délibéré lorsqu'elles déterminent les médicaments à inscrire à leur formulaire et négocient les prix.

La figure A3 résume les recommandations du PCEM pour les exercices 2014-2015 à 2018-2019[VI]. Le nombre total de recommandations du PCEM a varié d'une année à l'autre, d'aussi peu que 31 en 2017-2018 à un sommet de 51 en 2016-2017. En 2018-2019, 38 recommandations ont été formulées : 29 médicaments ont fait l'objet de la recommandation « rembourser avec critères et conditions cliniques » et 9 ont fait l'objet de la recommandation « ne pas rembourser ».

Depuis le 1er avril 2016, l'ACMTS n'accepte plus les prix soumis de façon confidentielle, car les prix soumis sont indiqués dans les recommandations et les rapports.

Figure A3 Recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) en matière de remboursement, de 2014-2015 à 2018-2019



Remarque : Les médicaments peuvent faire l'objet de plusieurs recommandations s'ils sont examinés pour plus d'une indication. L'ACMTS utilise actuellement trois catégories de recommandations possibles pour orienter les décisions de remboursement des administrations participantes. Aux fins de la présente analyse, « Rembourser avec critères et conditions cliniques » comprend des recommandations formulées avant mai 2016 pour « Inscrire sur la liste avec critères et conditions cliniques », « Inscrire sur la liste de manière similaire à d'autres médicaments de la catégorie » et « Ne pas inscrire sur la liste au prix soumis ». « Rembourser » équivaut à la catégorie « Inscrire sur la liste » précédente et « Ne pas rembourser » correspond à « Ne pas inscrire sur la liste ».

Source des données : Rapports du Programme commun d'évaluation des médicaments de l'ACMTS.

VI Base de données du Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : https://www.cadth.ca/fr/product-type/programme-commun-devaluation-des-medicaments-0.

Annexe B : Répartition des nouveaux patients prenant certains ARMM par administration, 2018-2019

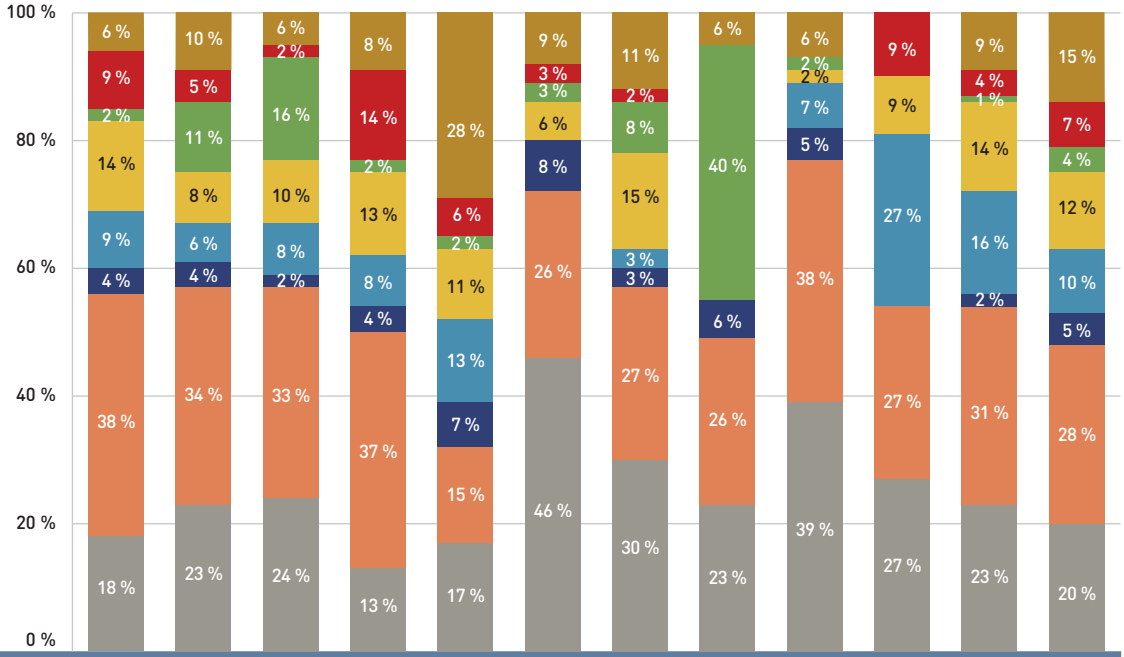
Pour suivre le taux d'adoption des médicaments biosimilaires sur un marché thérapeutique clé, la figure B1 présente la répartition des nouveaux patients couverts par les régimes publics d'assurance-médicaments qui prennent des médicaments antirhumatismaux synthétiques modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou ciblés par administration du SNIUMP.

Xeljanz, un nouveau médicament synthétique ciblé lancé en 2014, a rapidement accaparé une part importante du marché pour cette classe, représentant 15 % des nouveaux patients à l'échelle nationale en 2018-2019, en grande partie en raison de sa part de 28 % de nouveaux patients en Ontario. Les parts de marché ont augmenté en 2018-2019 pour Humira, qui figure au même titre que Xeljanz parmi les principaux médicaments selon le coût du médicament à l'annexe C.

Compte tenu du nombre relativement petit de nouveaux patients dans l'ensemble des administrations, l'interprétation des résultats est limitée. Les variations entre les régimes peuvent être attribuables, entre autres, aux différences sur les plans de la structure des régimes, de l'admissibilité à un remboursement et des profils démographiques et sanitaires des populations bénéficiaires.

Récemment, les payeurs publics canadiens, notamment le Manitoba, la Colombie-Britannique et l'Alberta, ont mené plusieurs initiatives pour faire augmenter l'adoption des produits biosimilaires. Associés au délai de mise en œuvre de la politique, les changements seront pris en compte dans les prochaines éditions correspondantes du présent rapport.

Figure B1 Répartition des nouveaux patients couverts par les régimes d'assurance-médicaments qui prennent certains médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) par administration, 2018-2019



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA	Total
Nombre total de nouveaux patients	1 944	656	646	476	2 380	112	127	35	82	11	418	6 934

Xeljanz · Inflectra (infliximab) · Remicade (infliximab) · Rituxan · Brenzys/Erelzi (étanercept) · Enbrel (étanercept) · Humira · Autres ARMM biologiques

Remarque : Les autres ARMM biologiques comprenaient Simponi, Orencia, Actemra et Cimzia.
Les résultats ne font pas de distinction entre l'utilisation pour la polyarthrite rhumatoïde et d'autres indications.
Les chiffres étant arrondis, les sommes peuvent ne pas totaliser 100 %.

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe C : Les 50 principaux médicaments brevetés selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019 (millions de dollars)

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Epclusa (sofosbuvir/ velpatasvir)	Gilead Sciences Canada inc.	494,58 $	152,66 $	29,44 $	18,72 $	14,45 $	224,87 $	3,73 $	2,02 $	–	4,10 $	1,13 $	43,45 $
2	Humira (adalimumab)	Corporation AbbVie	343,24 $	92,79 $	48,06 $	27,09 $	28,04 $	112,43 $	7,27 $	9,99 $	2,60 $	5,73 $	0,72 $	8,52 $
3	Eylea (aflibercept)	Bayer inc.	314,45 $	–	4,72 $	4,73 $	–	296,70 $	4,49 $	–	0,88 $	0,43 $	0,18 $	2,32 $
4	Lucentis (ranibizumab)	Novartis Pharma Canada inc.	208,24 $	–	8,34 $	1,85 $	–	187,56 $	5,92 $	–	0,21 $	2,15 $	0,02 $	2,20 $
5	Revlimid (lénalidomide)	Celgene inc.	189,84 $	–	–	–	12,48 $	152,38 $	6,81 $	8,96 $	1,54 $	5,67 $	0,29 $	1,70 $
6	Lantus (insuline glargine)	Sanofi-Aventis Canada inc.	148,19 $	16,34 $	16,66 $	9,75 $	2,68 $	84,64 $	2,07 $	2,14 $	0,22 $	0,22 $	0,06 $	13,42 $
7	Eliquis (apixaban)	Bristol-Myers Squibb Canada	146,88 $	11,30 $	14,79 $	4,45 $	3,06 $	109,28 $	1,35 $	1,07 $	0,18 $	0,12 $	0,07 $	1,21 $
8	Enbrel (étanercept)	Immunex Corporation	137,01 $	29,06 $	18,33 $	8,08 $	12,22 $	53,63 $	3,51 $	4,43 $	0,59 $	1,06 $	0,29 $	5,82 $
9	Advair (salmétérol, propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline inc.	117,99 $	12,21 $	14,10 $	3,82 $	4,84 $	70,42 $	3,80 $	2,72 $	0,20 $	1,42 $	0,21 $	4,26 $
10	Xarelto (rivaroxaban)	Bayer inc.	115,07 $	10,74 $	14,74 $	4,61 $	2,98 $	74,54 $	2,67 $	1,99 $	0,29 $	0,56 $	0,01 $	1,94 $
11	Januvia (sitagliptine)	Merck Canada inc.	111,48 $	0,01 $	7,16 $	2,34 $	1,35 $	90,05 $	2,34 $	0,79 $	0,03 $	0,09 $	0,01 $	7,31 $
12	Janumet (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	Merck Canada inc.	110,41 $	0,01 $	6,57 $	1,10 $	0,11 $	97,60 $	1,07 $	0,24 $	<0,01 $	0,01 $	–	3,70 $
13	Zepatier (grazoprévir/ elbasvir)	Merck Canada inc.	110,12 $	41,01 $	5,77 $	7,11 $	4,73 $	38,97 $	0,74 $	0,34 $	–	0,15 $	–	11,30 $
14	Invega Sustenna (palipéridone)	Janssen inc.	89,94 $	19,69 $	1,28 $	3,54 $	2,15 $	50,66 $	3,00 $	0,55 $	0,16 $	0,64 $	0,03 $	8,25 $
15	Imbruvica (ibrutinib)	Janssen inc.	86,12 $	–	–	–	4,81 $	74,34 $	2,38 $	1,89 $	0,12 $	1,99 $	0,22 $	0,37 $
16	Symbicort (fumarate de formotérol dihydraté, budésonide)	AstraZeneca Canada inc.	80,17 $	6,94 $	10,90 $	2,62 $	2,15 $	51,48 $	1,25 $	2,07 $	0,19 $	0,67 $	0,07 $	1,82 $
17	Prolia (dénosumab)	Amgen Canada inc.	75,89 $	1,11 $	1,93 $	0,76 $	0,29 $	71,27 $	0,16 $	0,19 $	0,02 $	0,01 $	0,01 $	0,14 $

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
18	Jardiance (empagliflozine)	Boehringer Ingelheim	70,94 $	–	5,40 $	1,09 $	0,64 $	59,58 $	0,54 $	0,05 $	0,01 $	0,01 $	0,01 $	3,62 $
19	Stelara (ustékinumab)	Janssen inc.	66,05 $	8,62 $	12,12 $	7,34 $	4,48 $	25,75 $	3,00 $	2,17 $	0,30 $	1,28 $	0,04 $	0,96 $
20	Simponi (golimumab)	Janssen inc.	63,03 $	11,24 $	9,65 $	5,86 $	3,92 $	22,21 $	2,73 $	2,17 $	0,33 $	1,77 $	0,16 $	2,98 $
21	Flovent HFA (propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline inc.	61,11 $	5,77 $	2,01 $	2,39 $	1,18 $	37,17 $	2,20 $	1,66 $	0,31 $	2,16 $	0,10 $	6,16 $
22	Harvoni (sofosbuvir/ lédipasvir)	Gilead Sciences Canada inc.	57,41 $	12,55 $	2,64 $	2,56 $	0,07 $	28,96 $	2,06 $	0,87 $	–	–	0,93 $	6,76 $
23	Vyvanse (dimésylate de lisdexamfétamine)	Shire Pharma Canada ULC	52,81 $	1,50 $	1,65 $	1,81 $	1,37 $	42,89 $	0,40 $	0,12 $	0,05 $	0,11 $	0,02 $	2,89 $
24	Trajenta (linagliptine)	Boehringer Ingelheim	52,53 $	6,53 $	2,90 $	0,92 $	0,58 $	39,66 $	0,63 $	0,04 $	0,02 $	0,01 $	–	1,24 $
25	Triumeq (abacavir/ lamivudine/ dolutégravir)	ViiV Healthcare ULC	52,34 $	–	–	2,14 $	2,60 $	42,25 $	1,28 $	–	–	0,26 $	0,10 $	3,72 $
26	Spiriva (tiotropium)	Boehringer Ingelheim	48,59 $	2,70 $	6,86 $	1,91 $	0,84 $	31,77 $	1,31 $	1,31 $	0,17 $	0,40 $	0,08 $	1,24 $
27	Zytiga (acétate d'abiratérone)	Janssen inc.	48,23 $	–	–	–	2,25 $	41,67 $	1,37 $	1,98 $	0,14 $	0,45 $	0,07 $	0,31 $
28	Genvoya (emtricitabine/ elvitégravir/cobicistat)	Gilead Sciences Canada inc.	47,46 $	–	–	3,56 $	1,87 $	36,78 $	1,15 $	–	–	0,29 $	0,10 $	3,71 $
29	Tecfidera (diméthylfumarate)	Biogen Canada inc.	45,97 $	9,17 $	9,05 $	6,52 $	3,05 $	11,91 $	2,37 $	1,52 $	0,08 $	1,58 $	0,22 $	0,50 $
30	Soliris (éculizumab)	Alexion Pharma GmbH	45,58 $	–	6,26 $	–	1,66 $	35,50 $	0,47 $	–	0,55 $	–	–	1,14 $
31	Xeljanz (tofacitinib)	Pfizer Canada ULC	43,47 $	7,54 $	3,17 $	2,40 $	2,37 $	23,32 $	0,63 $	1,84 $	-	0,59 $	0,09 $	1,52 $
32	Breo Ellipta (vilantérol/ furoate de fluticasone)	GlaxoSmithKline inc.	42,19 $	4,17 $	4,38 $	1,76 $	1,40 $	27,31 $	0,96 $	0,81 $	0,16 $	0,37 $	0,03 $	0,83 $
33	Botox (onabotulinumtoxinA)	Allergan inc.	42,02 $	5,84 $	6,13 $	1,08 $	1,11 $	25,58 $	0,37 $	0,89 $	–	–	0,07 $	0,95 $
34	Orencia (abatacept)	Bristol-Myers Squibb Canada	39,15 $	11,88 $	5,99 $	2,36 $	1,28 $	13,36 $	0,83 $	1,42 $	0,25 $	0,27 $	0,08 $	1,44 $
35	Sandostatine LAR (octréotide)	Novartis Pharma Canada inc.	38,40 $	0,04 $	5,93 $	0,53 $	3,45 $	25,06 $	1,20 $	0,90 $	–	0,57 $	–	0,72 $
36	Invokana (canagliflozine)	Janssen inc.	38,24 $	–	2,66 $	0,94 $	0,47 $	30,81 $	0,33 $	0,01 $	<0,01 $	0,01 $	<0,01 $	3,00 $
37	Xolair (omalizumab)	Novartis Pharma Canada inc.	37,93 $	3,01 $	5,56 $	1,31 $	1,38 $	24,77 $	0,27 $	0,51 $	–	0,23 $	0,04 $	0,85 $
38	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Boehringer Ingelheim	37,76 $	2,70 $	4,39 $	1,02 $	0,91 $	26,86 $	0,72 $	0,66 $	0,09 $	0,09 $	–	0,32 $

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
39	Janumet XR (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	Merck Canada inc.	37,50 $	–	1,52 $	0,22 $	0,08 $	33,65 $	0,25 $	0,03 $	<0,01 $	<0,01 $	–	1,73 $
40	Abilify Maintena (aripiprazole)	Otsuka Pharmaceutical Co., ltée	37,18 $	9,92 $	0,42 $	1,82 $	0,49 $	21,03 $	0,97 $	0,19 $	0,07 $	0,20 $	0,01 $	2,06 $
41	Jakavi (ruxolitinib)	Novartis Pharma Canada inc.	35,76 $	–	–	–	1,53 $	31,21 $	1,69 $	1,07 $	–	0,22 $	–	0,04 $
42	Xtandi (enzalutamide)	Astellas Pharma Canada inc.	33,47 $	–	–	–	2,34 $	25,84 $	1,73 $	1,60 $	0,37 $	1,11 $	0,13 $	0,36 $
43	Lumigan RC (bimatoprost)	Allergan inc.	33,31 $	2,85 $	2,06 $	0,98 $	0,75 $	24,08 $	0,55 $	0,92 $	0,23 $	0,40 $	0,01 $	0,48 $
44	Actonel DR (risédronate sodique)	Allergan inc.	32,83 $	–	–	0,16 $	–	32,67 $	–	–	–	–	–	–
45	Lupron Depot (acétate de leuprolide)	Corporation AbbVie	32,71 $	0,86 $	0,21 $	0,27 $	0,24 $	27,83 $	0,80 $	0,90 $	0,16 $	0,66 $	–	0,78 $
46	Esbriet (pirfénidone)	Hoffmann-La Roche ltée	32,07 $	1,49 $	5,21 $	0,81 $	2,48 $	17,42 $	1,21 $	1,51 $	0,36 $	0,85 $	0,03 $	0,70 $
47	Copaxone (acétate de glatiramère)	Teva Canada ltée	31,09 $	4,66 $	8,86 $	3,26 $	3,37 $	9,21 $	0,49 $	–	0,22 $	0,50 $	0,07 $	0,45 $
48	Actemra (tocilizumab)	Hoffmann-La Roche ltée	30,19 $	5,38 $	4,90 $	2,32 $	1,79 $	12,94 $	0,27 $	0,64 $	0,03 $	0,40 $	0,08 $	1,44 $
49	Gilenya (fingolimod)	Novartis Pharma Canada inc.	29,42 $	7,29 $	11,20 $	0,56 $	2,00 $	5,17 $	1,14 $	1,17 $	0,14 $	0,21 $	0,09 $	0,45 $
50	Eprex (époétin alfa)	Janssen inc.	28,44 $	–	0,86 $	3,97 $	0,21 $	20,90 $	0,66 $	0,32 $	–	0,16 $	0,01 $	1,34 $
Total			**4 304,81 $**	**519,58 $**	**334,78 $**	**162,43 $**	**148,50 $**	**2 755,94 $**	**87,15 $**	**66,65 $**	**11,27 $**	**40,18 $**	**5,89 $**	**172,43 $**
Part de tous les médicaments brevetés			**76 %**	**80 %**	**79 %**	**75 %**	**74 %**	**75 %**	**75 %**	**73 %**	**77 %**	**72 %**	**75 %**	**74 %**

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe D : Les 50 principaux médicaments génériques de sources diverses selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019 (millions de dollars)

Rang	Ingrédients médicinaux	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Atorvastatine	61,14 $	6,58 $	7,03 $	2,11 $	1,33 $	37,58 $	1,28 $	1,62 $	0,36 $	0,84 $	0,11 $	2,30 $
2	Pantoprazole	49,35 $	2,72 $	7,95 $	1,98 $	0,58 $	30,04 $	2,33 $	0,81 $	0,37 $	0,40 $	0,03 $	2,13 $
3	Rosuvastatine	47,79 $	3,57 $	5,40 $	1,95 $	0,61 $	30,49 $	1,27 $	1,63 $	0,36 $	1,02 $	0,03 $	1,45 $
4	Amlodipine	38,18 $	4,09 $	4,29 $	1,44 $	0,75 $	24,11 $	0,70 $	1,00 $	0,27 $	0,26 $	0,06 $	1,21 $
5	Épinéphrine	32,15 $	1,10 $	0,80 $	0,99 $	0,32 $	27,24 $	0,18 $	0,12 $	<0,01 $	0,06 $	0,01 $	1,34 $
6	Duloxétine	31,78 $	0,16 $	3,39 $	1,35 $	0,71 $	24,30 $	0,22 $	0,12 $	0,01 $	0,01 $	0,03 $	1,47 $
7	Prégabaline	28,33 $	0,08 $	0,55 $	1,37 $	0,30 $	24,18 $	0,38 $	0,42 $	0,03 $	0,11 $	0,02 $	0,89 $
8	Gabapentine	26,02 $	5,06 $	2,81 $	1,14 $	1,22 $	9,47 $	0,85 $	0,50 $	0,16 $	0,09 $	0,03 $	4,68 $
9	Périndopril	24,55 $	0,54 $	2,86 $	1,08 $	0,27 $	16,58 $	0,97 $	0,86 $	0,12 $	0,40 $	0,01 $	0,87 $
10	Escitalopram	23,73 $	3,83 $	1,80 $	0,35 $	0,17 $	16,19 $	0,13 $	0,17 $	0,02 $	0,08 $	0,01 $	0,98 $
11	Sertraline	21,91 $	3,15 $	1,26 $	1,07 $	0,75 $	12,38 $	0,74 $	0,68 $	0,17 $	0,54 $	0,02 $	1,15 $
12	Hydromorphone	21,32 $	4,36 $	1,04 $	1,20 $	0,61 $	12,23 $	0,48 $	0,55 $	0,12 $	0,21 $	0,03 $	0,49 $
13	Aripiprazole	20,16 $	1,81 $	0,33 $	0,26 $	0,83 $	15,88 $	0,24 $	0,09 $	0,02 $	0,02 $	<0,01 $	0,68 $
14	Amoxicilline	19,91 $	1,27 $	0,81 $	0,86 $	0,29 $	14,40 $	0,19 $	0,19 $	0,09 $	0,27 $	0,01 $	1,54 $
15	Ramipril	19,66 $	4,00 $	1,90 $	0,83 $	0,45 $	9,79 $	0,43 $	0,43 $	0,16 $	0,38 $	0,07 $	1,23 $
16	Salbutamol	18,66 $	2,30 $	0,69 $	0,74 $	0,56 $	11,10 $	0,66 $	0,58 $	0,13 $	0,44 $	0,03 $	1,43 $
17	Quétiapine	18,04 $	2,32 $	0,71 $	0,74 $	0,75 $	11,02 $	0,78 $	0,33 $	0,05 $	0,36 $	0,01 $	0,96 $
18	Lansoprazole	17,94 $	0,36 $	1,83 $	0,13 $	0,09 $	14,75 $	0,14 $	0,06 $	<0,01 $	0,01 $	0,01 $	0,57 $
19	Périndopril et diurétiques	17,81 $	–	2,29 $	1,31 $	0,27 $	11,09 $	0,86 $	0,72 $	0,08 $	0,38 $	<0,01 $	0,81 $
20	Clozapine	17,07 $	9,12 $	0,49 $	1,73 $	2,60 $	–	0,83 $	–	0,05 $	0,56 $	0,01 $	1,67 $
21	Nifédipine	17,02 $	0,48 $	1,73 $	0,65 $	0,67 $	9,68 $	1,09 $	0,91 $	0,14 $	0,88 $	0,01 $	0,79 $
22	Métoprolol	17,02 $	2,20 $	2,38 $	1,24 $	0,78 $	7,06 $	0,61 $	1,07 $	0,19 $	0,81 $	0,02 $	0,67 $
23	Céfalexine	16,68 $	1,29 $	0,84 $	1,38 $	0,43 $	9,92 $	0,16 $	0,23 $	0,07 $	0,19 $	0,01 $	2,15 $

suite à la page suivante

Rang	Ingrédients médicinaux	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
24	Olanzapine	16,64 $	2,69 $	0,54 $	0,57 $	0,78 $	9,66 $	0,78 $	0,28 $	0,10 $	0,24 $	0,01 $	0,98 $
25	Diltiazem	16,29 $	2,28 $	1,40 $	0,64 $	0,49 $	9,55 $	0,67 $	0,55 $	0,14 $	0,19 $	0,02 $	0,36 $
26	Candésartan	16,11 $	1,53 $	1,92 $	0,78 $	0,19 $	10,11 $	0,30 $	0,43 $	0,08 $	0,37 $	0,02 $	0,38 $
27	Metformine	16,06 $	2,04 $	1,88 $	0,95 $	0,46 $	8,09 $	0,39 $	0,52 $	0,15 $	0,33 $	0,03 $	1,23 $
28	Oxycodone/paracétamol	15,99 $	0,71 $	0,70 $	<0,01 $	0,50 $	11,95 $	0,48 $	0,17 $	0,09 $	0,37 $	<0,01 $	1,03 $
29	Tamsulosine	15,55 $	1,66 $	2,93 $	0,81 $	0,33 $	8,16 $	0,52 $	0,35 $	0,12 $	0,30 $	0,03 $	0,34 $
30	Venlafaxine	15,28 $	2,74 $	1,33 $	0,86 $	0,62 $	7,27 $	0,60 $	0,44 $	0,11 $	0,46 $	0,02 $	0,83 $
31	Lévodopa/inhibiteur de la décarboxylase	15,17 $	1,43 $	1,66 $	0,63 $	0,36 $	9,91 $	0,26 $	0,40 $	0,09 $	0,19 $	0,02 $	0,22 $
32	Rabéprazole	14,95 $	1,46 $	0,40 $	1,03 $	0,39 $	8,71 $	0,17 $	1,15 $	0,06 $	0,77 $	0,01 $	0,81 $
33	Fluoxétine	14,64 $	2,62 $	0,97 $	0,85 $	0,63 $	7,66 $	0,33 $	0,25 $	0,09 $	0,30 $	0,01 $	0,93 $
34	Nabilone	14,47 $	1,97 $	0,84 $	0,02 $	1,07 $	9,26 $	0,62 $	0,33 $	<0,01 $	0,20 $	<0,01 $	0,14 $
35	Clopidogrel	14,46 $	1,03 $	1,32 $	0,55 $	0,41 $	9,39 $	0,42 $	0,49 $	0,10 $	0,32 $	0,01 $	0,41 $
36	Ondansétron	13,78 $	1,44 $	3,02 $	0,22 $	1,46 $	5,53 $	0,16 $	0,26 $	<0,01 $	0,02 $	0,01 $	1,67 $
37	Acide valproïque	13,60 $	2,90 $	0,46 $	0,74 $	0,56 $	7,07 $	0,51 $	0,19 $	0,11 $	0,40 $	0,01 $	0,65 $
38	Ranitidine	13,21 $	1,84 $	0,56 $	0,76 $	0,33 $	6,99 $	0,36 $	0,72 $	0,14 $	0,63 $	0,01 $	0,89 $
39	Rispéridone	13,06 $	2,31 $	0,38 $	0,83 $	0,71 $	6,84 $	0,61 $	0,24 $	0,10 $	0,34 $	0,01 $	0,68 $
40	Fentanyl	12,83 $	1,65 $	0,98 $	1,15 $	0,80 $	7,50 $	0,26 $	0,23 $	0,02 $	0,05 $	0,03 $	0,16 $
41	Méthotrexate	12,43 $	1,84 $	1,99 $	0,61 $	0,39 $	5,89 $	0,32 $	0,37 $	0,07 $	0,18 $	0,02 $	0,74 $
42	Acide risédronique	12,32 $	0,19 $	1,48 $	0,29 $	0,07 $	9,47 $	0,20 $	0,35 $	0,04 $	0,09 $	<0,01 $	0,15 $
43	Gliclazide	11,88 $	0,60 $	1,14 $	0,48 $	0,52 $	6,58 $	0,32 $	0,63 $	0,17 $	0,42 $	0,02 $	1,00 $
44	Oméprazole	11,86 $	0,24 $	1,05 $	0,40 $	1,05 $	5,53 $	0,66 $	0,91 $	0,16 $	0,52 $	0,07 $	1,25 $
45	Trinitrate de glycéryle	11,72 $	1,67 $	1,46 $	0,59 $	0,34 $	5,87 $	0,42 $	0,66 $	0,11 $	0,29 $	0,01 $	0,29 $
46	Acide mycophénolique	11,64 $	1,17 $	–	0,84 $	0,54 $	8,11 $	0,13 $	0,07 $	<0,01 $	<0,01 $	0,06 $	0,71 $
47	Bupropion	11,63 $	1,89 $	0,98 $	0,55 $	0,51 $	6,37 $	0,28 $	0,24 $	0,04 $	0,17 $	0,02 $	0,56 $
48	Lévonorgestrel/œstrogène	10,54 $	0,46 $	0,05 $	0,16 $	0,13 $	8,91 $	0,05 $	0,02 $	0,04 $	0,10 $	<0,01 $	0,63 $
49	Irbesartan	10,11 $	0,36 $	1,85 $	0,37 $	0,32 $	6,34 $	0,13 $	0,27 $	0,05 $	0,08 $	<0,01 $	0,32 $
50	Telmisartan	9,65 $	0,63 $	1,33 $	0,25 $	0,16 $	6,49 $	0,17 $	0,23 $	0,13 $	0,06 $	0,01 $	0,19 $
Total		972,07 $	101,73 $	85,81 $	41,83 $	29,46 $	592,71 $	25,64 $	23,87 $	5,28 $	15,69 $	1,05 $	48,99 $
Part de tous les médicaments génériques de sources diverses		56 %	54 %	53 %	54 %	48 %	58 %	55 %	52 %	53 %	49 %	45 %	53 %

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe E : Les 50 principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019 (milliers de dollars)

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Novorapid (insuline asparte)	Novo Nordisk Canada inc.	41 096 $	3 012 $	3 519 $	945 $	1 225 $	26 263 $	715 $	1 431 $	504 $	1 174 $	42 $	2 265 $
2	Fragmin (daltéparine sodique)	Pfizer Canada ULC	33 232 $	7 223 $	2 587 $	644 $	2 156 $	17 492 $	648 $	1 585 $	28 $	1 $	159 $	709 $
3	Levemir Penfill (insuline détémir)	Novo Nordisk Canada inc.	32 886 $	2 803 $	4 242 $	957 $	152 $	21 903 $	299 $	1 028 $	57 $	169 $	16 $	1 259 $
4	Aubagio (tériflunomide)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada inc.	30 116 $	6 769 $	2 375 $	2 791 $	1 250 $	12 527 $	1 776 $	1 495 $	332 $	483 $	68 $	250 $
5	Zoladex LA (goséréline)	TerSera Therapeutics LLC	20 727 $	12 $	–	4 $	34 $	17 871 $	682 $	1 327 $	198 $	194 $	146 $	259 $
6	Aranesp sans HSA (darbépoétine alfa)	Amgen Canada inc.	17 183 $	–	7 907 $	544 $	9 $	4 572 $	1 070 $	–	–	1 129 $	22 $	1 929 $
7	Mirena (lévonorgestrel)	Bayer inc.	16 688 $	1 638 $	205 $	403 $	261 $	11 147 $	150 $	48 $	22 $	159 $	–	2 656 $
8	Innohep (tinzaparine sodique)	Leo Pharma inc.	13 265 $	509 $	5 548 $	1 645 $	17 $	5 044 $	3 $	11 $	8 $	–	–	479 $
9	Fucidine (acide fusidique)	Leo Pharma inc.	12 964 $	942 $	452 $	266 $	219 $	10 004 $	119 $	174 $	20 $	138 $	1 $	629 $
10	Lemtrada (alemtuzumab)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada inc.	12 717 $	3 725 $	3 172 $	2 102 $	184 $	2 945 $	74 $	131 $	138 $	–	–	247 $
11	Tresiba (insuline dégludec)	Novo Nordisk Canada inc.	11 606 $	–	683 $	328 $	238 $	9 477 $	203 $	–	99 $	31 $	–	547 $
12	Lovenox avec agent de conservation (enoxaparine sodique)	Sanofi-Aventis Canada inc.	10 371 $	209 $	1 140 $	422 $	40 $	7 507 $	402 $	64 $	23 $	195 $	1 $	368 $
13	NovoMix (insuline asparte/ protamine d'insuline asparte)	Novo Nordisk Canada inc.	8 312 $	309 $	–	–	–	8 002 $	–	–	–	–	–	1 $
14	Protopique (tacrolimus)	Leo Pharma inc.	6 789 $	89 $	78 $	48 $	56 $	6 140 $	21 $	18 $	2 $	2 $	–	334 $

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
15	Remodulin (tréprostinil)	United Therapeutics Corporation	6 346 $	1 864 $	–	–	314 $	2 702 $	1 098 $	–	–	–	–	369 $
16	Premarin vaginal (œstrogènes conjugués)	Pfizer Canada ULC	6 179 $	980 $	1 007 $	396 $	132 $	2 903 $	170 $	141 $	49 $	131 $	12 $	256 $
17	Lamisil (chlorhydrate de terbinafine)	Novartis Pharmaceuticals Canada inc.	5 313 $	–	333 $	119 $	5 $	4 493 $	51 $	55 $	–	57 $	5 $	195 $
18	Trandate (chlorhydrate de labétalol)	Laboratoires Paladin inc.	4 826 $	620 $	417 $	266 $	194 $	2 315 $	185 $	330 $	66 $	127 $	1 $	304 $
19	Nucala (mepolizumab)	GlaxoSmithKline inc.	3 966 $	–	1 573 $	295 $	–	1 814 $	142 $	–	–	–	–	141 $
20	Depo-Provera (acétate de médroxyprogestérone)	Pfizer Canada ULC	3 662 $	312 $	27 $	232 $	121 $	1 688 $	91 $	17 $	13 $	111 $	–	1 050 $
21	Elmiron (polysulfate de pentosan sodique)	Janssen inc.	3 662 $	1 657 $	365 $	90 $	206 $	357 $	249 $	456 $	29 $	96 $	–	158 $
22	Elaprase (idursulfase)	Shire Human Genetic Therapies inc.	3 407 $	–	–	–	–	3 407 $	–	–	–	–	–	–
23	Fluanxol Depot (décanoate de flupentixol)	Lundbeck Canada inc.	3 302 $	528 $	73 $	222 $	137 $	2 000 $	51 $	66 $	1 $	48 $	3 $	174 $
24	Pentoxifylline SR (pentoxifylline)	AA Pharma inc.	3 164 $	374 $	326 $	103 $	48 $	2 067 $	31 $	32 $	9 $	93 $	3 $	79 $
25	Vimizim (élosulfase alfa)	BioMarin International ltée	2 930 $	–	–	36 $	–	1 679 $	–	–	–	–	–	1 216 $
26	Tobradex (dexaméthasone/ tobramycine)	Novartis Pharma Canada inc.	2 676 $	273 $	300 $	175 $	25 $	1 596 $	48 $	63 $	5 $	61 $	2 $	130 $
27	Qvar (dipropionate de bélométhasone HFA)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	2 657 $	202 $	256 $	343 $	72 $	1 465 $	40 $	34 $	3 $	6 $	1 $	235 $
28	Solu-Medrol (méthylprednisolone)	Pfizer Canada ULC	2 571 $	215 $	139 $	48 $	10 $	1 825 $	37 $	84 $	62 $	52 $	3 $	98 $
29	Ravicti (phénylbutyrate de glycérol)	Horizon Pharma Ireland ltée	2 427 $	169 $	–	250 $	–	1 598 $	–	–	–	–	–	410 $
30	Nadolol (nadolol)	AA Pharma inc.	2 153 $	230 $	128 $	75 $	48 $	1 239 $	46 $	205 $	47 $	41 $	2 $	92 $
31	One-Alpha (alfacalcidol)	Leo Pharma inc.	2 097 $	664 $	52 $	129 $	5 $	999 $	58 $	55 $	<1 $	24 $	4 $	107 $
32	Mégestrol (acétate de mégestrol)	AA Pharma inc.	2 043 $	116 $	37 $	8 $	245 $	1 279 $	169 $	115 $	4 $	15 $	–	55 $
33	Cytomel (liothyronine)	Pfizer Canada ULC	1 941 $	1 227 $	473 $	3 $	77 $	6 $	49 $	32 $	–	12 $	8 $	54 $
34	Firazyr (icatibant)	Shire Orphan Therapies LLC	1 936 $	181 $	103 $	135 $	226 $	1 012 $	82 $	41 $	–	–	–	155 $
35	Zovirax (acyclovir)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	1 927 $	679 $	–	13 $	226 $	–	210 $	–	40 $	234 $	11 $	516 $

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
36	Lotriderm (clotrimazole/ bétaméthasone)	Merck Canada inc.	1 906 $	–	720 $	386 $	4 $	–	133 $	294 $	–	33 $	<1 $	337 $
37	Clopixol Dépôt (décanoate de zuclopenthixol)	Lundbeck Canada inc.	1 900 $	580 $	41 $	217 $	46 $	684 $	74 $	18 $	–	69 $	1 $	170 $
38	pdp-Amantadine Hydrochloride (chlorhydrate d'amantadine)	PendoPharm, une division de Pharmascience inc.	1 855 $	246 $	178 $	179 $	48 $	1 012 $	46 $	60 $	16 $	31 $	1 $	37 $
39	Lomotil (chlorhydrate de diphénoxylate/sulfate d'atropine)	Pfizer Canada ULC	1 760 $	131 $	331 $	93 $	19 $	1 038 $	42 $	41 $	2 $	56 $	1 $	6 $
40	Locacorten Vioform (pivalate de fluméthasone/clioquinol)	Laboratoires Paladin inc.	1 675 $	157 $	51 $	33 $	15 $	1 289 $	26 $	26 $	5 $	25 $	–	48 $
41	Cerezyme (imiglucérase)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada inc.	1 617 $	–	–	82 $	590 $	–	–	–	–	433 $	–	512 $
42	Glucobay (acarbose)	Bayer inc.	1 543 $	145 $	86 $	20 $	89 $	1 112 $	13 $	13 $	1 $	10 $	1 $	52 $
43	Thyrogen (thyrotropine alfa)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada inc.	1 534 $	–	346 $	–	–	1 104 $	11 $	42 $	–	–	–	31 $
44	Linessa (désogestrel/ œstrogène)	Aspen Pharmacare Canada inc.	1 525 $	69 $	11 $	18 $	12 $	1 362 $	8 $	3 $	1 $	5 $	–	36 $
45	Efudex (fluorouracile)	Valeant Canada LP / Valeant Canada S.E.C.	1 439 $	132 $	190 $	55 $	16 $	961 $	32 $	30 $	9 $	7 $	2 $	5 $
46	Spinraza (nusinersen)	Biogen Canada inc.	1 387 $	–	–	–	241 $	1 147 $	–	–	–	–	–	–
47	Cyclen (norgestimate/ éthinyl estradiol)	Janssen inc.	1 276 $	116 $	26 $	68 $	37 $	927 $	8 $	5 $	1 $	13 $	–	76 $
48	Mepron (atovaquone)	GlaxoSmithKline inc.	1 243 $	20 $	398 $	42 $	56 $	586 $	28 $	–	–	20 $	–	94 $
49	Thyroid (thyroïde)	ERFA Canada 2012 inc.	1 228 $	407 $	641 $	82 $	12 $	–	14 $	32 $	<1 $	1 $	–	38 $
50	Teva Nystatin (nystatine)	Teva Canada ltée	1 226 $	–	–	–	–	1 226 $	–	–	–	5 $	–	–
Total			360 252 $	39 534 $	40 533 $	15 312 $	9 116 $	209 787 $	9 406 $	9 601 $	1 795 $	5 486 $	515 $	19 167 $
Part de tous les médicaments non brevetés de source unique			89 %	85 %	93 %	87 %	85 %	90 %	88 %	89 %	90 %	84 %	93 %	82 %

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe F : Les 50 principaux fabricants selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2018-2019 (millions de dollars)

Rang	Entreprise	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Janssen inc.	982,69 $	139,16 $	117,70 $	71,92 $	57,10 $	496,58 $	24,88 $	20,35 $	3,66 $	11,29 $	1,16 $	38,89 $
2	Gilead Sciences Canada inc.	648,58 $	175,08 $	33,90 $	27,67 $	18,10 $	319,51 $	7,27 $	2,89 $	–	4,53 $	2,21 $	57,42 $
3	Novartis Pharma Canada inc.	538,56 $	30,18 $	44,45 $	11,15 $	16,62 $	395,60 $	15,73 $	8,09 $	0,82 $	6,64 $	0,51 $	8,76 $
4	Bayer inc.	496,55 $	15,29 $	24,50 $	13,79 $	6,42 $	409,28 $	8,77 $	3,81 $	1,40 $	3,33 $	0,29 $	9,68 $
5	Apotex inc.	473,18 $	44,85 $	30,82 $	15,89 $	13,57 $	314,10 $	11,34 $	7,58 $	1,86 $	7,11 $	0,50 $	25,57 $
6	Merck Canada inc.	428,56 $	46,45 $	25,62 $	12,54 $	7,51 $	300,86 $	5,98 $	2,51 $	0,16 $	0,90 $	0,04 $	26,00 $
7	Corportation AbbVie	387,83 $	94,16 $	48,27 $	27,47 $	28,86 $	150,46 $	8,09 $	10,89 $	2,76 $	6,40 $	0,77 $	9,69 $
8	Teva Canada ltée	343,33 $	33,25 $	30,32 $	16,73 $	13,15 $	209,04 $	8,10 $	7,52 $	1,67 $	6,28 $	0,49 $	16,79 $
9	Boehringer Ingelheim	310,26 $	24,94 $	30,35 $	7,74 $	6,16 $	218,90 $	5,37 $	5,14 $	1,09 $	1,82 $	0,18 $	8,59 $
10	GlaxoSmithKline inc.	275,73 $	29,44 $	26,59 $	10,78 $	8,74 $	167,30 $	7,90 $	6,13 $	0,86 $	4,40 $	0,38 $	13,21 $
11	Sandoz Canada inc.	262,87 $	26,00 $	24,12 $	11,81 $	6,40 $	166,47 $	5,65 $	6,41 $	1,14 $	3,97 $	0,39 $	10,50 $
12	Celgene inc.	212,11 $	0,01 $	–	–	13,76 $	170,26 $	7,38 $	9,98 $	1,74 $	6,85 $	0,32 $	1,82 $
13	AstraZeneca Canada inc.	211,73 $	19,66 $	24,29 $	8,06 $	5,18 $	140,38 $	2,26 $	3,37 $	0,43 $	1,16 $	0,16 $	6,76 $
14	Bristol-Myers Squibb Canada	207,35 $	23,38 $	20,90 $	7,07 $	6,21 $	138,52 $	3,32 $	3,20 $	0,53 $	0,85 $	0,16 $	3,21 $
15	Sanofi-Aventis Canada inc.	205,39 $	18,88 $	19,29 $	11,83 $	3,23 $	125,70 $	3,46 $	3,70 $	0,56 $	1,08 $	0,07 $	17,60 $
16	Pfizer Canada ULC	203,94 $	25,43 $	12,88 $	6,75 $	9,54 $	127,39 $	4,68 $	6,57 $	0,40 $	2,58 $	0,33 $	7,40 $
17	Allergan inc.	146,47 $	12,36 $	11,52 $	3,59 $	2,62 $	108,23 $	1,36 $	2,52 $	0,32 $	0,93 $	0,11 $	2,91 $
18	Immunex Corporation	145,59 $	30,96 $	19,67 $	8,39 $	12,60 $	57,14 $	3,55 $	5,02 $	0,62 $	1,15 $	0,31 $	6,18 $
19	Sanis Health inc.	145,54 $	19,35 $	19,45 $	7,86 $	6,32 $	68,47 $	6,22 $	5,60 $	0,96 $	3,74 $	0,42 $	7,14 $
20	Pharmascience inc.	138,45 $	16,10 $	10,60 $	7,84 $	4,84 $	79,64 $	3,24 $	3,76 $	0,73 $	3,02 $	0,15 $	8,54 $
21	Novo Nordisk Canada inc.	128,96 $	10,31 $	14,80 $	3,41 $	2,95 $	78,87 $	2,40 $	5,74 $	0,96 $	3,33 $	0,16 $	6,05 $
22	Amgen Canada inc.	117,52 $	3,10 $	14,14 $	1,43 $	0,30 $	92,35 $	1,46 $	0,37 $	0,03 $	1,30 $	0,06 $	2,98 $
23	Hoffmann-La Roche ltée	115,01 $	23,01 $	14,34 $	6,31 $	7,74 $	49,94 $	2,21 $	3,59 $	0,49 $	1,79 $	0,26 $	5,32 $
24	Mylan Pharmaceuticals ULC	103,75 $	12,34 $	9,70 $	4,11 $	5,71 $	56,95 $	3,58 $	2,90 $	0,57 $	2,47 $	0,10 $	5,31 $

suite à la page suivante

Rang	Entreprise	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
25	Purdue Pharma	99,76 $	5,96 $	9,56 $	6,12 $	5,07 $	64,69 $	2,90 $	1,98 $	0,21 $	0,66 $	0,08 $	2,52 $
26	Eli Lilly Canada inc.	98,03 $	13,78 $	6,27 $	6,09 $	4,93 $	46,63 $	4,11 $	3,67 $	1,61 $	4,35 $	0,25 $	6,34 $
27	Astellas Pharma Canada inc.	96,68 $	0,09 $	2,70 $	2,60 $	6,02 $	75,38 $	3,44 $	2,07 $	0,38 $	1,21 $	0,14 $	2,63 $
28	Sivem Pharmaceuticals ULC	73,56 $	14,44 $	22,89 $	6,22 $	7,18 $	–	4,23 $	6,87 $	2,12 $	2,41 $	–	7,19 $
29	Biogen Canada inc.	72,64 $	13,95 $	12,64 $	7,99 $	7,72 $	20,85 $	3,85 $	1,96 $	0,24 $	2,11 $	0,32 $	1,00 $
30	ViiV Healthcare ULC	68,70 $	<0,01 $	–	3,32 $	3,47 $	53,40 $	1,70 $	–	–	0,39 $	0,10 $	6,33 $
31	Shire Pharma Canada ULC	68,63 $	4,37 $	2,61 $	3,00 $	1,76 $	51,69 $	0,63 $	0,31 $	0,07 $	0,23 $	0,04 $	3,92 $
32	AA Pharma inc.	64,62 $	12,96 $	4,94 $	3,62 $	2,24 $	31,68 $	2,01 $	1,94 $	0,41 $	1,50 $	0,07 $	3,25 $
33	Otsuka Pharmaceutical Co. ltée	61,80 $	14,47 $	0,87 $	2,26 $	1,40 $	38,35 $	1,15 $	0,24 $	0,08 $	0,23 $	0,02 $	2,72 $
34	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada inc.	61,59 $	10,49 $	5,89 $	5,63 $	3,57 $	29,33 $	1,86 $	1,90 $	0,47 $	0,92 $	0,07 $	1,45 $
35	Takeda Canada inc.	56,57 $	18,03 $	6,66 $	7,53 $	3,89 $	16,82 $	1,28 $	1,47 $	0,02 $	0,34 $	<0,01 $	0,54 $
36	Valeant Canada LP/Valeant Canada S.E.C.	53,53 $	5,71 $	5,50 $	1,83 $	1,24 $	33,18 $	1,57 $	1,22 $	0,20 $	1,04 $	0,03 $	2,01 $
37	Taro Pharmaceuticals inc.	50,92 $	3,57 $	2,56 $	1,84 $	1,76 $	35,46 $	0,83 $	1,20 $	0,28 $	0,80 $	0,04 $	2,59 $
38	Leo Pharma inc.	49,61 $	3,05 $	7,19 $	2,87 $	0,38 $	32,10 $	0,43 $	0,33 $	0,04 $	0,41 $	0,03 $	2,77 $
39	BGP Pharma ULC	48,64 $	5,59 $	6,89 $	1,88 $	1,47 $	27,37 $	1,23 $	1,77 $	0,27 $	0,64 $	0,06 $	1,47 $
40	Auro Pharma inc.	47,35 $	4,87 $	3,76 $	1,01 $	0,82 $	33,85 $	0,42 $	0,43 $	0,09 $	0,29 $	0,05 $	1,75 $
41	Alexion Pharma GmbH	46,47 $	–	6,82 $	–	1,66 $	35,83 $	0,47 $	–	0,55 $	–	–	1,14 $
42	UCB Canada inc.	33,92 $	7,10 $	2,08 $	2,27 $	0,73 $	18,56 $	0,42 $	1,15 $	0,11 $	0,35 $	0,03 $	1,14 $
43	Mylan Specialty LP	32,15 $	1,10 $	0,80 $	0,99 $	0,32 $	27,24 $	0,18 $	0,12 $	<0,01 $	0,06 $	0,01 $	1,34 $
44	Mint Pharmaceuticals inc.	28,20 $	3,52 $	3,11 $	1,29 $	0,65 $	16,61 $	0,32 $	0,77 $	0,15 $	0,22 $	0,15 $	1,41 $
45	Actavis Pharma Company	24,43 $	3,11 $	1,62 $	0,65 $	1,10 $	15,16 $	0,60 $	0,53 $	0,05 $	0,30 $	0,02 $	1,29 $
46	Laboratoires Paladin inc	23,12 $	4,86 $	2,49 $	1,04 $	0,69 $	10,41 $	0,77 $	0,82 $	0,28 $	0,48 $	0,02 $	1,27 $
47	Servier Canada inc.	21,50 $	0,69 $	3,75 $	1,03 $	0,73 $	13,38 $	0,29 $	0,37 $	0,06 $	0,21 $	0,01 $	0,99 $
48	EMD Serono, une division d'EMD inc. Canada	21,03 $	3,50 $	3,26 $	2,05 $	1,78 $	8,81 $	0,67 $	–	0,18 $	0,36 $	0,04 $	0,38 $
49	TerSera Therapeutics LLC	20,73 $	0,01 $	–	<0,01 $	0,03 $	17,87 $	0,68 $	1,33 $	0,20 $	0,19 $	0,15 $	0,26 $
50	Celltrion Healthcare Co. ltée	20,22 $	6,29 $	1,93 $	0,46 $	2,33 $	8,47 $	0,12 $	0,06 $	0,02 $	0,04 $	0,10 $	0,39 $
Total		8 574,30 $	1 035,18 $	755,01 $	377,72 $	326,56 $	5 205,09 $	190,36 $	170,15 $	31,84 $	106,65 $	11,34 $	364,40 $

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.