



8<sup>e</sup> édition

# COM PAS RX

## Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments **2020-2021**

### **SNIUMP**

Système national d'information sur l'utilisation  
des médicaments prescrits



Conseil d'examen  
du prix des médicaments  
brevetés

Patented  
Medicine Prices  
Review Board

Canada

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB)  
Janvier 2023

*CompassRx, 8<sup>e</sup> édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments 2020-2021* est offert sur le site Web du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) en format électronique.

This document is also available in English under the title :  
*CompassRx, 8<sup>th</sup> edition: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2020/21.*

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](mailto:PMPRB.Information-Renseignements.CEPMB@pmprb-cepmb.gc.ca)  
Site Web : <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes.html>

ISSN 2369-0518

N° de cat. H79-6F-PDF

Citation suggérée :  
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (2022). *CompassRx, 8<sup>e</sup> édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2020-2021.* Ottawa : CEPMB.

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2023

## À PROPOS DE COMPASRX

*CompasRx* est une publication annuelle du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) qui explore les tendances dans les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance médicaments du Canada. Ce rapport met l'accent sur les 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.

## À PROPOS DU CEPMB

Créé par le Parlement en 1987, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires. Le CEPMB est investi d'un double mandat en matière de réglementation et de rapports : veiller à ce que les prix auxquels les titulaires de brevets 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 (R-D) des titulaires de brevet.

## 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 ministres 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 tiennent compte des priorités des instances participantes, lesquelles sont énoncées 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, Kevin Pothier et Jared Berger d'avoir supervisé l'élaboration du rapport. Le CEPMB tient également à souligner la contribution des analystes Lokanadha Cheruvu et Jun Yu et de l'équipe éditoriale, Shirin Paynter et Ronja Francoeur.

## AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Le SNIUMP est une initiative de recherche qui fonctionne indépendamment des activités réglementaires du conseil d'administration du CEPMB. Les priorités de recherche, les données, les déclarations et les opinions énoncées dans les rapports du SNIUMP ne représentent pas la position du CEPMB au sujet des 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 peuvent pas être attribués à l'ICIS.

# RÉSUMÉ

Les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont connu une augmentation considérable de 4,2 %, ce qui représente un rythme plus rapide que la variation annuelle de 1,3 % de l'indice des prix à la consommation (IPC) dans le domaine de la santé et des soins personnels<sup>1</sup>, des changements étant observés dans les taux de variation de ses deux principales composantes : les coûts des médicaments (qui ont augmenté de 5,3 %) et les coûts d'exécution d'ordonnance (qui ont diminué de 0,2 %). La hausse générale des dépenses liées aux médicaments d'ordonnance est principalement attribuable à une augmentation marquée de l'utilisation de médicaments plus onéreux.

Le rapport *CompasRx* du CEPMB suit et analyse les pressions sur les coûts qui ont une incidence sur les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada. Cette huitième 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 2020-2021, 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 principales constatations couvrent les trois domaines d'analyse de *CompasRx* (voir la section Analyses), à savoir les tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance, les inducteurs de coûts des médicaments, et les inducteurs de coûts d'exécution d'ordonnance.**

### Dépenses en médicaments d'ordonnance

**Les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP ont augmenté de 4,2 % en 2020-2021, après une hausse de 3,7 % en 2019-2020.**

- Entre 2015-2016 et 2020-2021, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada ont augmenté de 2,5 milliards de dollars, atteignant un taux de croissance annuel composé de 5,6 %.
- Les coûts des médicaments, qui représentent 82 % des dépenses en médicaments d'ordonnance, ont connu une hausse de 5,3 % de 2019-2020 à 2020-2021, tandis que les coûts d'exécution d'ordonnance, qui représentent les 18 % restants des dépenses, n'ont connu aucune augmentation (-0,2 %).
- Les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP ont payé en moyenne 87 % du total des coûts d'ordonnance de 12,3 milliards de dollars pour 289 millions d'ordonnances délivrées à près de 6 millions de bénéficiaires actifs en 2020-2021.
- La population bénéficiaire globale des régimes publics du SNIUMP a diminué de 5,8 % entre 2019-2020 et 2020-2021. Avec le début de la pandémie de COVID-19, environ 366 000 Canadiens de moins ont fait exécuter une ordonnance remboursée dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments.

## Coûts des médicaments

**La croissance des coûts des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP en 2020-2021 est principalement attribuable à une utilisation accrue de médicaments plus onéreux combinée à une augmentation importante du volume de médicaments utilisés par patient.**

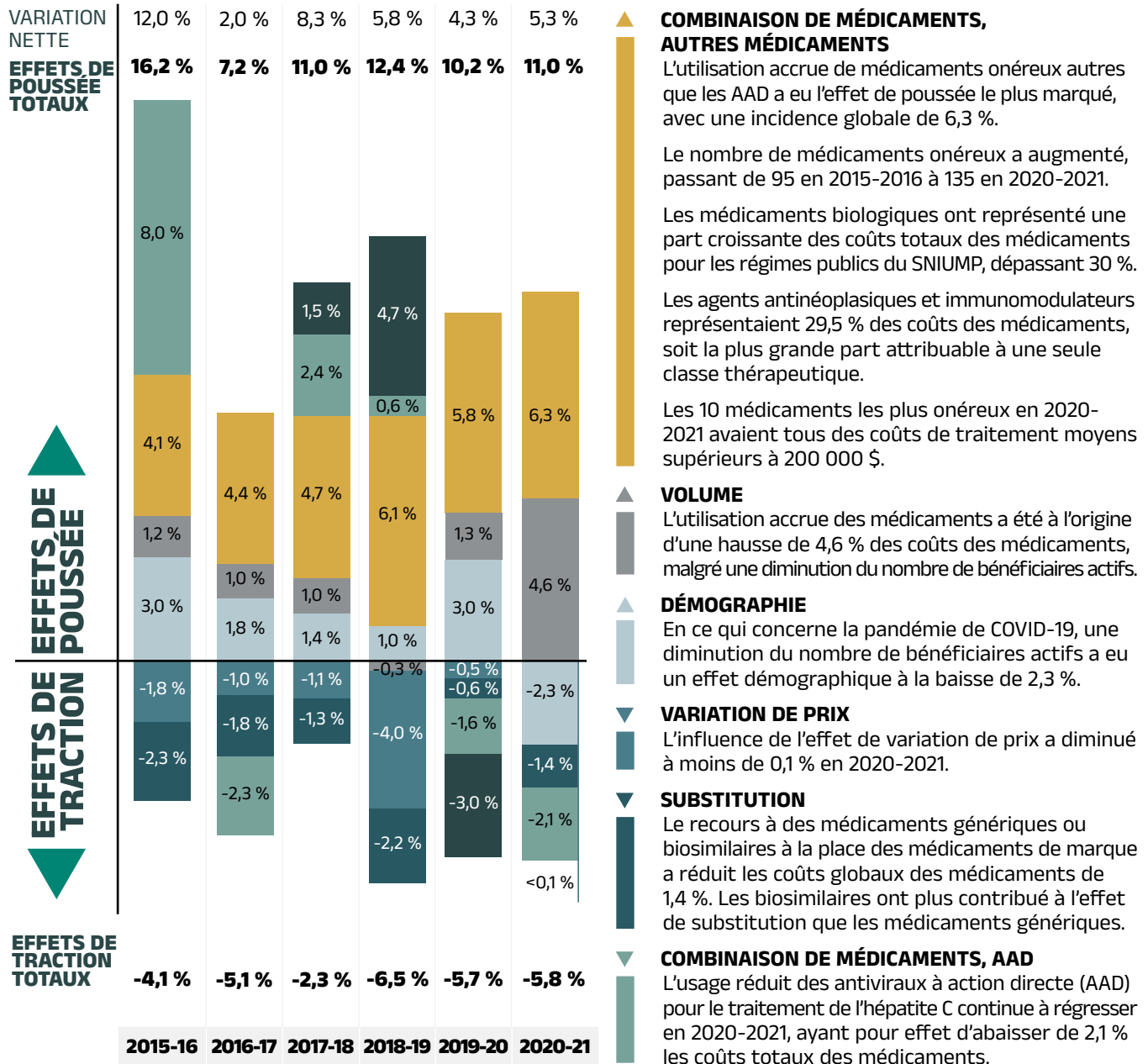
- L'augmentation des coûts des médicaments a été atténuée, en partie, par la diminution de l'utilisation d'antiviraux à action directe (AAD) pour l'hépatite C, par les économies réalisées grâce à la substitution de génériques et de biosimilaires, et enfin par la diminution du nombre de bénéficiaires actifs.
- L'utilisation accrue de médicaments plus onéreux demeure l'inducteur ayant eu l'effet le plus marqué en 2020-2021, entraînant une poussée à la hausse de 6,3 % sur les coûts, tandis que la diminution du recours aux AAD pour le traitement de l'hépatite C a engendré une réduction de 2,1 %.
- En 2020-2021, 7 % des bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments ont compté pour près de 60 % des coûts totaux des médicaments. Les médicaments onéreux, qui ont été utilisés par 2,5 % des bénéficiaires, représentaient plus du tiers des coûts.
- En raison de la COVID-19, une diminution notable du nombre de bénéficiaires actifs a eu un effet démographique à la baisse de 2,3 %, bien que cela ait été plus que compensé par un effet de volume à la hausse de 4,6 %.
- En 2020-2021, l'effet de variation des prix était négligeable à moins de 0,1 %, tandis que l'effet de substitution a gagné en force, entraînant une baisse des coûts des médicaments de 1,4 %.

## Coûts d'exécution d'ordonnance

**Les coûts d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics du SNIUMP sont demeurés pratiquement inchangés en 2020-2021 par rapport à l'année précédente, principalement en raison des changements temporaires apportés à la fréquence d'exécution dans de nombreuses provinces pendant la pandémie de COVID-19 et des changements apportés aux politiques en Ontario.**

- La variation globale dans les coûts d'exécution d'ordonnance s'est établie à -0,2 % (ou à 4,9 millions de dollars) en 2020-2021, soit la première croissance négative des coûts d'exécution d'ordonnance au cours des 6 dernières années, bien que les résultats varient d'un régime à l'autre.
- Le modèle des coûts d'exécution d'ordonnance de zéro dollar introduit dans le programme de soins de longue durée (SLD) en Ontario a eu une incidence importante sur la diminution des coûts d'exécution d'ordonnance, entraînant une baisse de 4,1 % (94 millions de dollars) à l'échelle nationale, et de 7,0 % en Ontario.
- Une diminution du nombre de bénéficiaires actifs a réduit les coûts de 1,3 % en 2020-2021 du fait du début de la pandémie de COVID-19, bien que cela ait été plus que compensé par une augmentation de 3,1 % de la quantité de médicaments délivrés aux patients.
- Les changements apportés à la taille des ordonnances à la suite des changements temporaires apportés aux politiques sur la fréquence d'exécution pendant la pandémie de COVID-19 ont fait grimper les coûts de 3,4 % en 2020-2021.

## APERÇU DES INDUCTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS



### COMBINAISON DE MÉDICAMENTS, AUTRES MÉDICAMENTS

L'utilisation accrue de médicaments onéreux autres que les AAD a eu l'effet de poussée le plus marqué, avec une incidence globale de 6,3 %.

Le nombre de médicaments onéreux a augmenté, passant de 95 en 2015-2016 à 135 en 2020-2021.

Les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP, dépassant 30 %.

Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs représentaient 29,5 % des coûts des médicaments, soit la plus grande part attribuable à une seule classe thérapeutique.

Les 10 médicaments les plus onéreux en 2020-2021 avaient tous des coûts de traitement moyens supérieurs à 200 000 \$.

### VOLUME

L'utilisation accrue des médicaments a été à l'origine d'une hausse de 4,6 % des coûts des médicaments, malgré une diminution du nombre de bénéficiaires actifs.

### DÉMOGRAPHIE

En ce qui concerne la pandémie de COVID-19, une diminution du nombre de bénéficiaires actifs a eu un effet démographique à la baisse de 2,3 %.

### VARIATION DE PRIX

L'influence de l'effet de variation de prix a diminué à moins de 0,1 % en 2020-2021.

### SUBSTITUTION

Le recours à des médicaments génériques ou biosimilaires à la place des médicaments de marque a réduit les coûts globaux des médicaments de 1,4 %. Les biosimilaires ont plus contribué à l'effet de substitution que les médicaments génériques.

### COMBINAISON DE MÉDICAMENTS, AAD

L'usage réduit des antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C continue à régresser en 2020-2021, ayant pour effet d'abaisser de 2,1 % les coûts totaux des médicaments.

**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 et les années subséquentes 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 également incluses à compter de 2016-2017. Les données du Programme des SSNA ne sont pas incluses en 2020-2021.

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.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	ii
PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	ii
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES .....	2
LIMITES .....	3
<b>ANALYSES.....</b>	<b>4</b>
<b>1. TENDANCES RELATIVES AUX DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE,         DE 2015-2016 À 2020-2021 .....</b>	<b>5</b>
<b>2. INDUCTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS, 2019-2020 ET 2020-2021.....</b>	<b>14</b>
<b>3. INDUCTEURS DE COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, 2019-2020 ET 2020-2021 .....</b>	<b>33</b>
RÉFÉRENCES .....	39
ANNEXE A : EXAMENS ET APPROBATIONS DES MÉDICAMENTS .....	40
ANNEXE B : RÉPARTITION DES PATIENTS PRENANT PART À L'INITIATIVE SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES PAR ADMINISTRATION, 2020-2021 .....	43
ANNEXE C : INITIATIVES DE TRANSITION VERS LES BIOSIMILAIRES MISES EN ŒUVRE PAR LES PAYEURS PUBLICS CANADIENS.....	45
ANNEXE D : LES 50 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS BREVETÉS SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (MILLIONS DE DOLLARS).....	46
ANNEXE E : LES 50 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES DE SOURCES DIVERSES SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (MILLIONS DE DOLLARS) .....	49
ANNEXE F : LES 50 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS NON BREVETÉS DE SOURCE UNIQUE SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (MILLIERS DE DOLLARS).....	52
ANNEXE G : LES 50 PRINCIPAUX FABRICANTS SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2017-2018 (MILLIONS DE DOLLARS).....	56

# 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 déclaré que le coût total des médicaments d'ordonnance au Canada était de 34,3 milliards de dollars en 2019, la part la plus importante étant financée par les régimes publics d'assurance-médicaments (43,6 %) et le reste étant payé par les régimes privés (36,9 %) ou par les ménages et les particuliers (19,9 %).<sup>1</sup>

La présente édition du rapport est axée sur l'exercice 2020-2021, 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 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 2020-2021 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 du présent rapport. Cette base de données renferme des renseignements nationaux sur les régimes publics d'assurance-médicaments, notamment des données 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.

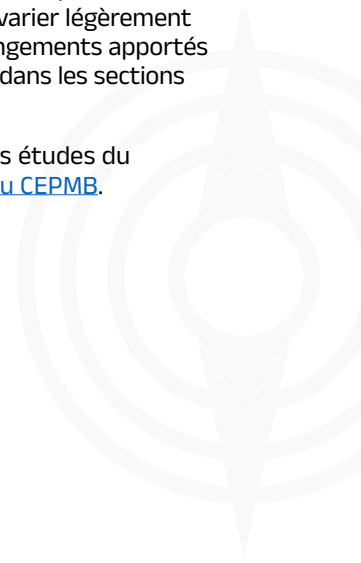
La fréquence d'exécution d'ordonnance des sous-régimes de soins de longue durée (SLD) n'est parfois pas typique en raison des besoins en soins plus particuliers de leurs patients. Les ordonnances des sous régimes de SLD ont été séparées de l'analyse des frais d'exécution d'ordonnance en Ontario uniquement en raison de l'influence notable de leur taille.

Pour cette édition, les données du Programme des SSNA n'étaient pas disponibles. Elles ne sont donc pas incluses dans les résultats pour 2020-2021. Il convient de souligner que l'incidence des données des SSNA sur les tendances globales de croissance des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP serait négligeable (environ 0,1 %).

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*<sup>2</sup>. 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 pharmaceutiques. 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.

Un glossaire des termes utilisés dans les études du SNIUMP est accessible sur le [site Web du CEPMB](#).



## LIMITES

Les niveaux de dépenses et d'utilisation des médicaments varient considérablement selon la province ou le territoire, et les comparaisons entre régimes sont limitées par les différences entre 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. Les SSNA fournissent une couverture universelle à toute leur population. Le Yukon est une petite administration, et tout changement apporté à la structure du régime influencerait considérablement ses taux de croissance.

La base de données du SNIUMP comprend les données disponibles relatives à certains sous-régimes propres à des administrations particulières, comme l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. Ces facteurs limitent encore davantage la comparabilité des résultats d'un régime à l'autre. Un résumé complet des sous-régimes compris dans la base de données du SNIUMP, ainsi que leurs critères d'admissibilité, est publié 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 relatifs aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont fortement influencés par les données de l'Ontario en raison de la taille de sa population. Par conséquent, l'introduction et la révision subséquente du programme Assurance santé Plus pour les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins ont eu une influence notable sur les tendances générales pour 2018-2019 et 2019-2020, mais peu d'incidence après 2019-2020, car les dépenses du programme Assurance santé Plus de l'Ontario sont devenues stables. Le rapport *CompasRx* ne présentera pas l'effet séparément après la présente édition. Pour les données historiques, veuillez consulter les éditions précédentes.

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

Les médicaments oncologiques et autres médicaments à coût élevé couverts par les régimes publics peuvent être sous-estimés, car certains sont remboursés dans le cadre de programmes spécialisés, notamment Action Cancer, et ne sont pas pris en compte dans les données.

Les coûts déclarés des médicaments correspondent aux montants 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 ce 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.

La présente édition du rapport *CompasRx* présente des données allant jusqu'à l'exercice 2020-2021 inclusivement. Les changements apportés aux régimes et les autres faits nouveaux survenus depuis lors seront pris en compte dans les prochaines éditions.

## ANALYSES

Les éléments qui composent les dépenses en médicaments d'ordonnance peuvent être examinés sous deux angles : le partage des coûts et les produits pharmaceutiques.

Du point de vue du partage des coûts, les dépenses déclarées dans cette étude représentent le montant total que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP acceptent de rembourser. Ces dépenses tiennent compte à la fois des portions des frais d'exécution d'ordonnance payés par les régimes et ceux payés par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

Du point de vue de l'établissement des prix des produits pharmaceutiques, le coût d'un régime d'assurance-médicaments d'ordonnance dans cette section se mesure par le total de deux composantes : le coût des médicaments d'ordonnance (y compris les marges bénéficiaires) et le coût de délivrance des médicaments d'ordonnance, représenté ici par cette formule :

$$\text{DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE} = \text{COÛTS DES MÉDICAMENTS} + \text{COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE}$$

Les sections qui suivent décrivent en détail chaque composante de cette formule, par l'analyse des tendances des données et l'ajout de contexte supplémentaire sous forme d'aperçu.



# 1. TENDANCES RELATIVES AUX DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE, DE 2015-2016 À 2020-2021

**Les dépenses des régimes publics au titre des médicaments d'ordonnance ont augmenté de 4,2 % en 2020-2021.**

Les médicaments brevetés onéreux (autres que les AAD destinés au traitement de l'hépatite C) représentaient toujours le facteur le plus important de l'augmentation des coûts des médicaments pour les régimes publics. Cette augmentation a été neutralisée en partie par une diminution continue de la consommation de nouveaux médicaments utilisés dans le traitement de l'hépatite C et par les économies réalisées grâce à la substitution par un médicament générique ou un produit biosimilaire.

## 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. Par exemple, au début de l'année 2020, la mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement par capitation au sein du programme de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario, ainsi que des changements temporaires apportés aux politiques associées à la fréquence d'exécution instaurés dans de nombreuses provinces pour réduire la demande dans la chaîne d'approvisionnement et prévenir la constitution de réserves en raison de la pandémie de COVID-19, ont directement influencé la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance et ont eu un effet marqué sur les dépenses pour l'exercice 2020-2021.

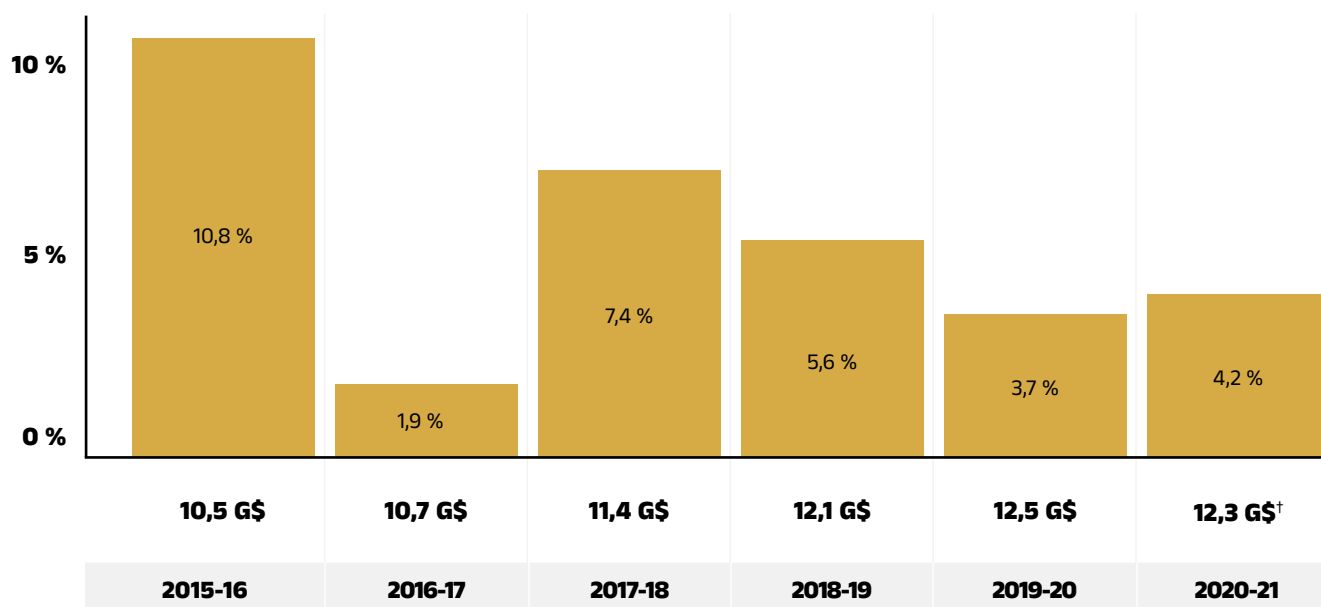
Des documents de référence complémentaires contenant des renseignements sur la structure de chaque régime public d'assurance-médicaments et les politiques régissant les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance, ainsi qu'un glossaire des termes sont disponibles sur le [site Web du CEPMB](#).

## DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

$$\text{DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE} = \text{COÛTS DES MÉDICAMENTS (82 \%)} + \text{COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE (18 \%)}$$

Entre 2015-2016 et 2020-2021, 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 5,6 %, passant de 10,5 milliards à 12,3 milliards de dollars, dont 0,5 milliard au cours 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 2015-2016 À 2020-2021**



**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.

<sup>†</sup> Les dépenses totales en médicaments d'ordonnance pour 2020-2021, le taux de variation de 2019-2020 à 2020-2021 et le TCAC ont été calculés sans les données du Programme des SSNA. L'incidence des données des SSNA sur le taux de variation serait négligeable (environ 0,1 %).

**Sources 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 globale des dépenses en 2020-2021 découle d'une croissance de 5,3 % des coûts des médicaments (avec les marges bénéficiaires connexes) et d'une légère baisse (0,2 %) des coûts d'exécution d'ordonnance. En raison de la disparité de leurs taux de croissance, la composante du coût des médicaments a continué à représenter une part bien plus importante des dépenses globales (82 %), tandis que la part des frais d'exécution d'ordonnance a chuté pour s'établir à un nouveau creux (18 %) [figure 1.2].

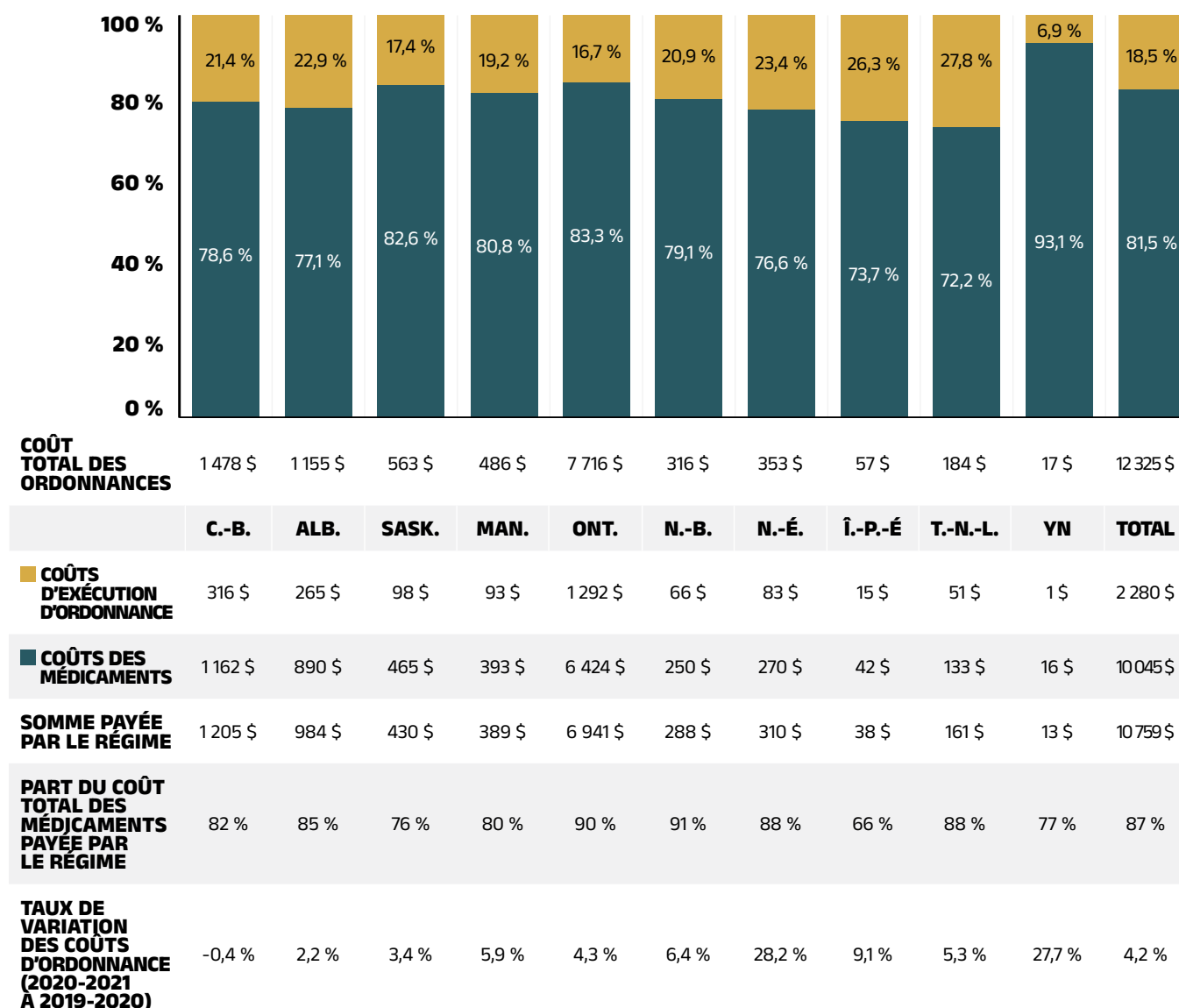
Ces dépenses comprennent à la fois la portion des coûts d'ordonnance payée par les régimes et les portions payées par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

### PART DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE PAYÉES PAR LES BÉNÉFICIAIRES

**DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE** = **DÉPENSES PAYÉES PAR LE RÉGIME (87 %)** + **DÉPENSES PAYÉES PAR LES BÉNÉFICIAIRES (13 %)**

En 2020-2021, les régimes publics ont payé en moyenne 87 % (figure 1.2) des dépenses totales en médicaments d'ordonnance remboursables, 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, entre 9 % et 34 %.

**FIGURE 1.2 DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE DANS LES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (EN MILLIONS DE DOLLARS)**



**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.

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

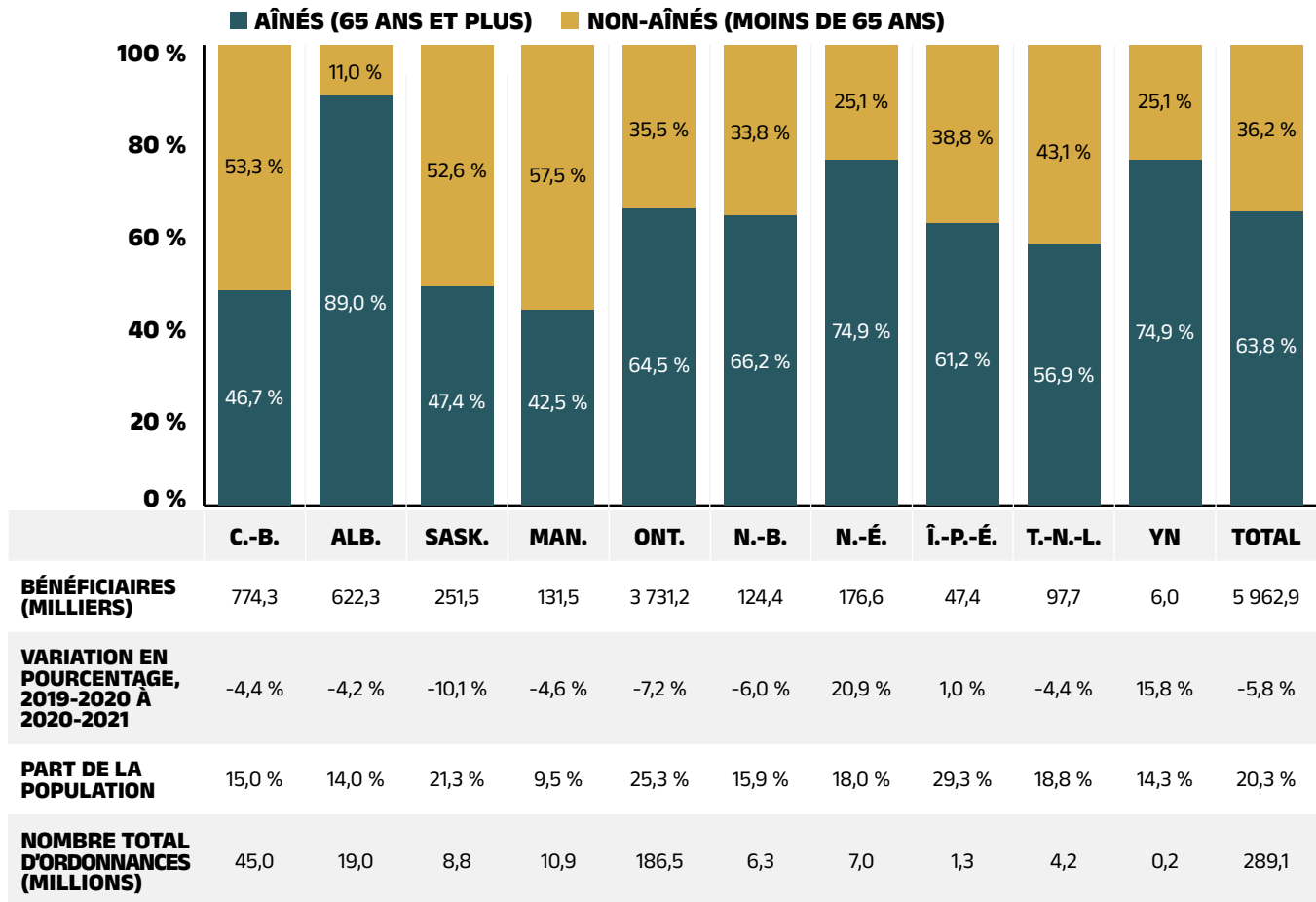
La croissance annuelle des dépenses en médicaments d'ordonnance est fonction de la hausse du nombre de bénéficiaires actifs et du coût de leurs médicaments. En lien avec la pandémie de COVID-19, la population globale des bénéficiaires des régimes publics du SNIUMP a diminué de 5,8 %. En 2020-2021, près de 6 millions de bénéficiaires actifs ont fait exécuter 289 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).

Après 2019-2020, le remaniement du programme Assurance santé Plus de l'Ontario a été achevé et est devenu stable.

Il a eu peu d'incidence sur les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP. Toutefois, avec le début de la pandémie de COVID-19, environ 366 000 Canadiens de moins ont fait exécuter une ordonnance remboursée dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments.

Puisque cette baisse a principalement touché la population des non-ânés, les ânés constituaient une proportion plus importante (64 %) du total des bénéficiaires actifs, 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, 2020-2021**



**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 influencer sur la répartition des parts des aînés et des non aînés.

**Sources 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).

### COMPOSANTE « COÛTS DES MÉDICAMENTS » DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

**DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE**



**COÛTS DES MÉDICAMENTS (82 %)**



**COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE (18 %)**

Les coûts des médicaments, y compris les marges bénéficiaires moyennes indiquées d'environ 5 %<sup>ii</sup>, 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 de 4,3 % en

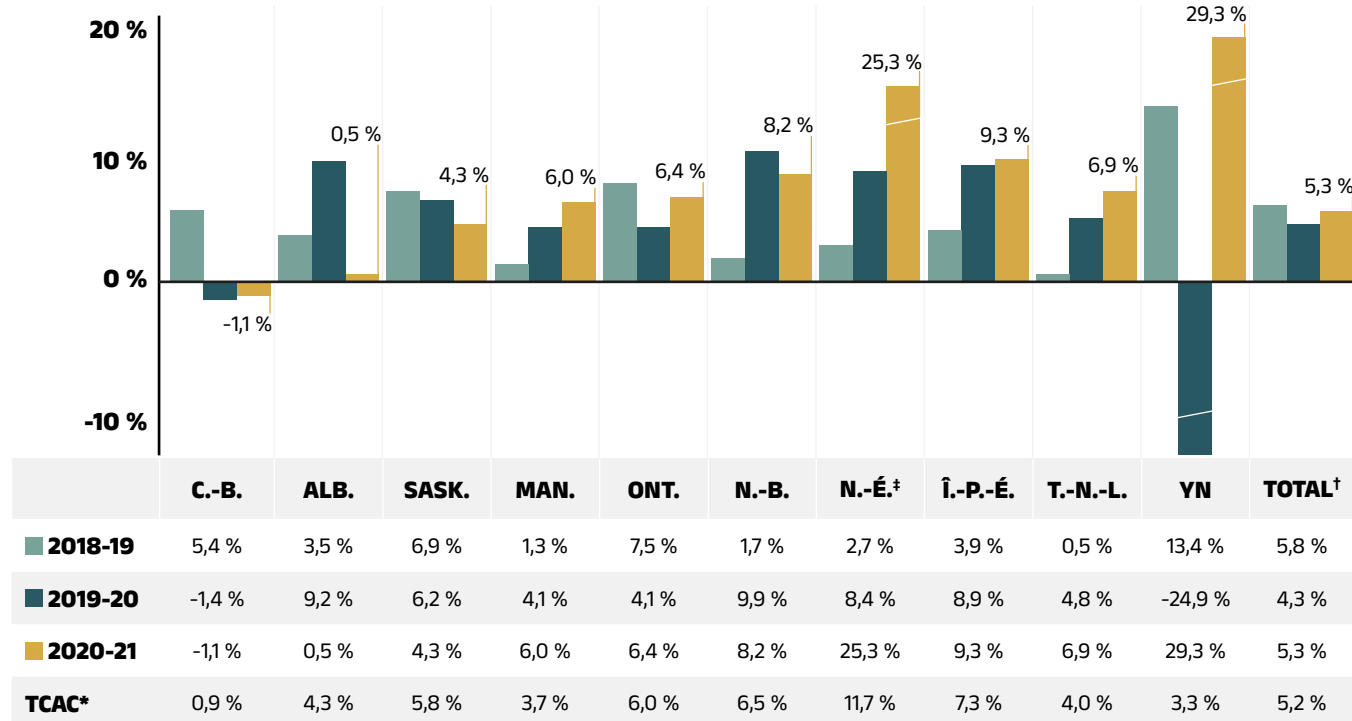
2019-2020, les coûts des médicaments ont à nouveau connu une augmentation importante en 2020-2021, soit 5,3 %. Le taux de variation moyen au cours des trois dernières années a été de 5,2 % dans l'ensemble des régimes publics.

ii La Colombie-Britannique, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador ne soumettent pas le montant de la marge bénéficiaire dans un champ distinct, et ne sont donc pas inclus dans l'estimation.

La figure 1.4 rend compte du taux de variation annuel des coûts des médicaments de chaque régime public d'assurance médicaments du SNIUMP entre 2018-2019 et 2020-2021. De nombreux régimes ont connu des taux de

variation positifs en 2020-2021, allant de 0,9 % en Alberta à 29,3 % au Yukon. Les coûts des médicaments en Colombie-Britannique ont diminué de 1,1 % la deuxième année.

**FIGURE 1.4 TAUX DE VARIATION ANNUELS DES COÛTS DES MÉDICAMENTS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2018-2019 À 2020-2021**



**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.

†Le taux de variation de 2019-2020 à 2020-2021 et le TCAC sur 3 ans ont été calculés sans les données du Programme des SSNA. L'incidence des données des SSNA sur le taux de variation serait négligeable (environ 0,1 %).

\*En Nouvelle-Écosse, les données du régime d'assurance-médicaments des services communautaires (régime F) ne sont soumises à la base de données du SNIUMP de l'ICIS que depuis 2020-2021. Cet ajout a entraîné une forte augmentation ponctuelle de la population de bénéficiaires et de la consommation de médicaments en 2020-2021.

**Sources 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 le taux de variation annuel des coûts des médicaments de 2019-2020 à 2020-2021 selon le segment de marché (diagramme à barres) et indique la part de marché correspondante de chacun (diagramme circulaire) en 2020-2021. 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 commercial d'un médicament peut changer, les médicaments contribuant à un segment donné peuvent différer d'une année à l'autre.

Les médicaments brevetés représentent le plus important segment du marché, avec 56,4 % des coûts des médicaments des régimes publics en 2020-2021. Les coûts attribuables aux antiviraux à action directe (AAD) destinés au traitement de l'hépatite C ont connu une baisse de 6,8 % en 2020-2021, ce qui témoigne d'une diminution de la consommation de ces médicaments (voir « Pleins feux sur les AAD contre l'hépatite C » à la section 2, sous la rubrique « Combinaison de médicaments »). Malgré cette baisse, le segment des médicaments brevetés a tout de même connu une croissance modérée de 2,1 %, principalement attribuable à l'utilisation de médicaments onéreux – c'est-à-dire des médicaments dont le



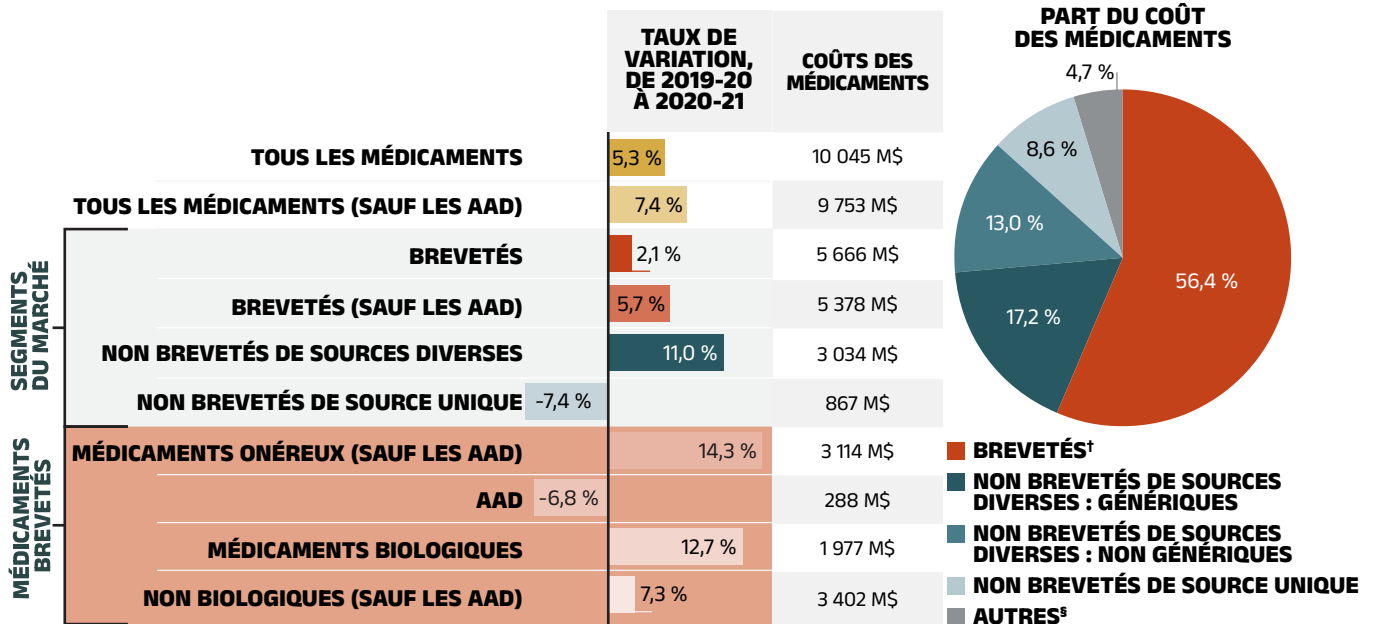
coût annuel moyen par bénéficiaire est supérieur à 10 000 \$, exception faite des AAD –, qui ont fait l'objet d'une croissance marquée s'élevant à 14,3 %.

Contrairement à la croissance importante enregistrée l'année précédente, le marché des médicaments non brevetés de source unique a diminué de 7,4 % en 2020-2021, ce qui témoigne de la diminution des coûts de ce segment en l'absence de changements significatifs apportés au statut des brevets en 2020-2021.

Les coûts liés aux médicaments non brevetés de sources diverses, qui comprennent les médicaments génériques et les médicaments de marque qui y sont associés, de même que les produits biosimilaires et leurs médicaments biologiques de référence, ont augmenté de 11,0 % en 2020-2021 et

représentent désormais 30,2 % des coûts totaux des médicaments. Ce segment peut être divisé en deux sous segments distincts. D'une part, les médicaments génériques de sources diverses ont représenté 17,2 % (1 730 millions de dollars) des coûts totaux des médicaments en 2020-2021 et les coûts qui sont associés à ce segment ont augmenté de 4,7 %. D'autre part, les autres médicaments, principalement les médicaments biologiques dont le brevet est arrivé à échéance et les biosimilaires, ont connu une croissance plus rapide s'établissant à 20,6 %, et représentent désormais 13,0 % (1 304 millions de dollars) des coûts totaux des médicaments. Les médicaments non brevetés de sources diverses forment un groupe important à surveiller dans les prochaines années, les biosimilaires devant exercer un effet à la baisse sur les coûts des régimes publics.

**FIGURE 1.5 TAUX DE VARIATION ANNUELS DES COÛTS DES MÉDICAMENTS, SELON LE SEGMENT DE MARCHÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP\*, DE 2019-2020 À 2020-2021**



**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.

Un glossaire des termes concernant chacun des segments de marché se trouve sur le [site Web du CEPMB](#).

\* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Yukon.

<sup>†</sup> Le segment de marché des médicaments brevetés comprend 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.

<sup>‡</sup> 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.

<sup>§</sup> Ce segment de marché englobe les instruments médicaux, les préparations magistrales et les autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments, mais qui n'ont pas de numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada.

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

## COMPOSANTE « COÛTS DES MÉDICAMENTS » DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

$$\text{DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE} = \text{COÛTS DES MÉDICAMENTS (82 \%)} + \text{COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE (18 \%)}$$

Les coûts d'exécution d'ordonnance représentent une part importante des dépenses en médicaments d'ordonnance. Les coûts d'exécution globaux des régimes publics du SNIUMP n'ont pas augmenté en grande partie en raison des pratiques temporaires liées à la fréquence d'exécution pendant la pandémie de COVID-19 et des changements apportés aux politiques du programme de soins de longue durée (SLD) en Ontario. Les coûts d'exécution d'ordonnance ont connu une légère baisse en 2020-2021, soit 0,2 %, de sorte que le taux de croissance annuel

composé des trois dernières années s'établit à 2,0 %. La figure 1.6 rend compte du taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance de chaque régime d'assurance médicaments du SNIUMP de 2018-2019 à 2020-2021. 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.

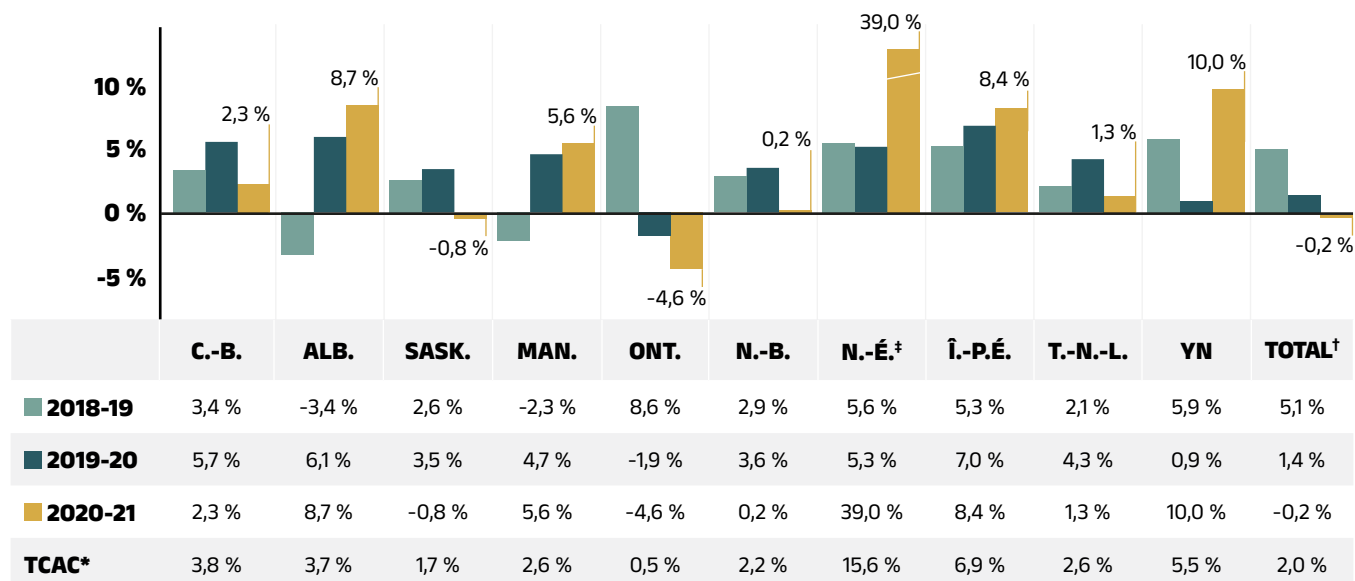
### Aperçu : Frais d'exécution d'ordonnance et politiques

Le 1<sup>er</sup> janvier 2020, le gouvernement de l'Ontario a instauré un nouveau modèle de financement par capitation pour les soins de longue durée (SLD). Ce nouveau modèle apportait des changements au modèle de paiements des services pharmaceutiques professionnels (frais d'exécution d'ordonnance et services pharmaceutiques professionnels) pour les établissements de SLD. En effet, le modèle de rémunération à l'acte est remplacé par un modèle de financement en fonction du nombre de patients. Ce faisant, les demandes d'ordonnance admissibles à la couverture du Programme de médicaments de l'Ontario soumises pour les résidents des établissements de SLD affichent des frais d'exécution d'ordonnance de zéro dollar. Ce changement se reflète tout au long de l'exercice 2020-2021.

À partir des mois de mars et avril 2020, la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont mis en œuvre des changements temporaires aux politiques relatives à la fréquence d'exécution d'ordonnances au cours de la pandémie de COVID-19. Ces changements sont également pris en compte dans la section 3, « Inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance ».

Un résumé des politiques sur les frais d'exécution de chacun des régimes publics d'assurance-médicaments est disponible sur le [site Web du CEPMB](#).

**FIGURE 1.6 TAUX DE VARIATION ANNUELS DES FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2018-2019 À 2020-2021**



**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.

† Le taux de variation de 2019-2020 à 2020-2021 et le TCAC sur 3 ans ont été calculés sans les données du Programme des SSNA. L'incidence des données des SSNA sur le taux de variation serait négligeable (environ 0,1 %).

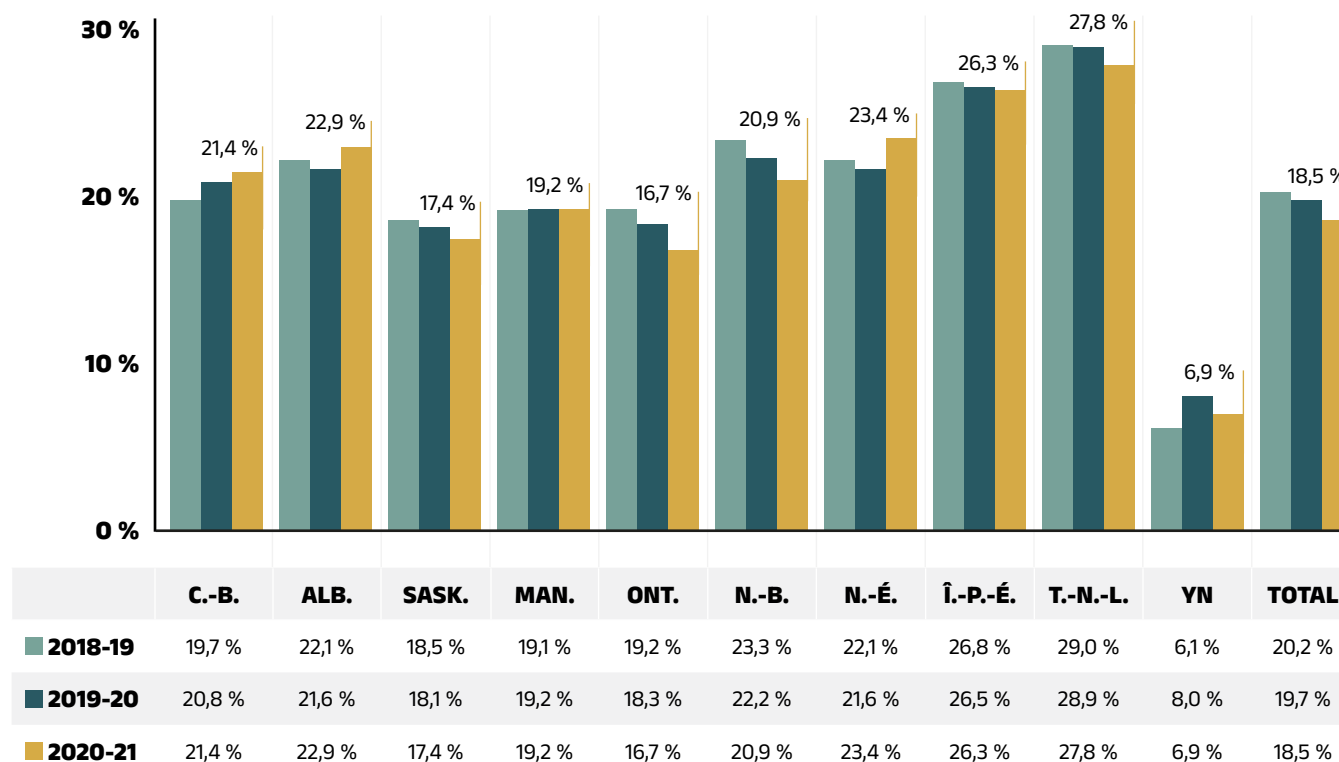
‡ En Nouvelle-Écosse, les données du régime d'assurance-médicaments des services communautaires (régime F) ne sont soumises à la base de données du SNIUMP de l'ICIS que depuis 2020-2021. Cet ajout a entraîné une forte augmentation ponctuelle de la population de bénéficiaires et de la consommation de médicaments en 2020-2021.

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

Contrairement aux coûts des médicaments, les coûts d'exécution d'ordonnance ont affiché un taux de croissance lent ou négatif au cours des trois dernières années. Leur part des dépenses totales en médicaments d'ordonnance a continué de diminuer, passant de 20,2 % en 2018-2019 à 18,5 % en 2020-2021.

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 2018-2019 à 2020-2021.

**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 2018-2019 À 2020-2021**



**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 frais 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.

## 2. INDUCTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS, 2019-2020 ET 2020-2021

**La hausse des coûts des médicaments dans les régimes publics du SNIUMP** en 2020-2021 est principalement attribuable à une augmentation soutenue de l'utilisation de médicaments plus onéreux, et ce malgré la diminution de l'utilisation des AAD. À mesure que les prix des médicaments génériques se sont stabilisés, l'effet de la substitution est devenu plus fort que l'effet de prix; toutefois, ces forces combinées ne compensent plus les pressions croissantes sur les coûts découlant de l'effet « combinaison de médicaments ». En 2020-2021, la COVID-19 a entraîné une baisse notable du nombre de bénéficiaires actifs. Ce phénomène a provoqué un effet « démographie » à la baisse, qui a été plus que compensé par une augmentation importante du nombre de demandes par patient (prise en compte dans l'effet « volume »), faisant grimper les dépenses et entraînant une augmentation globale de 5,3 %.

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 varié entre 2019-2020 et 2020-2021 si un seul facteur (p. ex. le prix des médicaments) avait été pris en compte alors que tous les autres seraient demeurés les mêmes<sup>iii</sup>.

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 concentration 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 délivrées par ordonnance ou l'utilisation de diverses concentrations 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.

En plus des effets annuels standard, le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario était traité comme un facteur distinct dans l'analyse des inducteurs de coûts, englobant tous les effets associés au programme (p. ex. variations dans le volume et la démographie). Ainsi, l'effet de l'Assurance-santé Plus reflétait l'incidence globale des changements apportés à la structure du régime. Après 2019-2020, les dépenses du programme Assurance santé Plus se sont stabilisées et ont eu peu d'incidence sur les coûts; par conséquent, elles ne sont plus déclarées comme un facteur distinct des inducteurs de coûts dans la présente édition de *CompasRx*. Pour les données historiques, veuillez consulter les éditions précédentes.

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

La figure 2.1 donne un aperçu des pressions exercées sur les taux de variation des coûts des médicaments de 2015-2016 à 2020-2021.

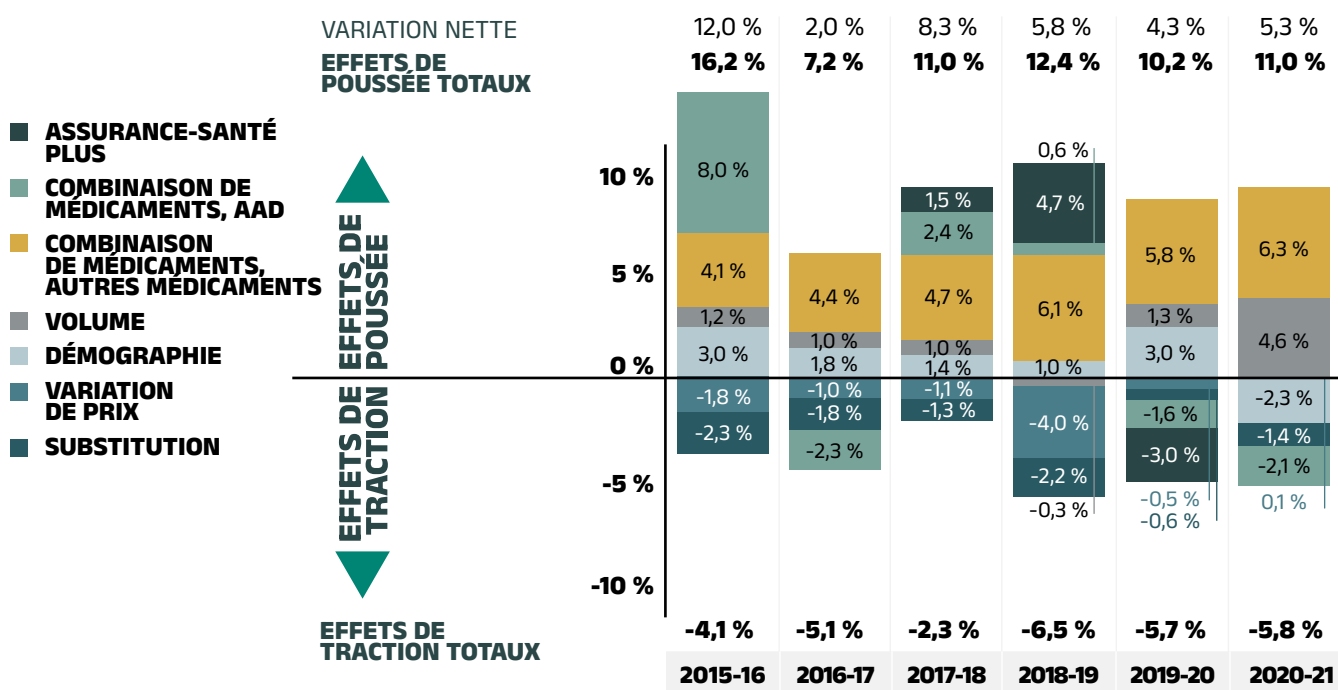
En général, les variations de la population de patients et du volume de médicaments prescrits entraînent une augmentation légère à modérée du coût des médicaments. Au cours des dernières années, cette augmentation se situait entre 1 % et 3 % pour l'effet « démographie » et est demeurée stable à 1 % pour l'effet « volume ». En 2020-2021, ces forces ont toutefois été touchées par la pandémie de COVID-19. Malgré la baisse de 2,3 % de l'effet « démographie » découlant d'une diminution notable du nombre de bénéficiaires actifs entraînée par la pandémie, une augmentation importante du nombre de demandes par patient prises en compte dans le volume a provoqué une hausse des dépenses globales de 4,6 % au cours de la même période. Ces effets devraient revenir progressivement aux niveaux observés avant la pandémie au cours des prochaines années.

La poussée à la hausse la plus marquée sur les coûts peut être attribuée à l'utilisation de médicaments plus onéreux (autres que les AAD destinés au traitement de

l'hépatite C), qui représentaient constamment entre 4 et 5 % de la croissance annuelle entre 2015-2016 et 2017-2018, et dont la moyenne des trois dernières années a bondi à 6,1 %. En revanche, l'utilisation d'AAD a continué de diminuer en 2020-2021, ce qui a abaissé les coûts des médicaments de 2,1 %. Les effets combinés des AAD et des autres médicaments plus onéreux ont tout de même contribué à une augmentation assez importante de 4,3 % des coûts des médicaments dans les régimes publics du SNIUMP.

Faisant contrepoids aux pressions à la hausse sur le coût, la substitution par des médicaments génériques et biosimilaires 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 et biosimilaires sur le marché et l'adoption de politiques faisant baisser le prix des médicaments génériques. En 2020-2021, l'influence de l'effet de variation de prix a diminué à moins de 0,1 %. L'effet de substitution est devenu plus marqué, entraînant une baisse des coûts des médicaments de 1,4 %. Au cours des deux dernières années, le taux combiné de ces deux effets s'est stabilisé à un niveau légèrement inférieur à 1 %.

**FIGURE 2.1** INDUCTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP\*, DE 2015-2016 À 2020-2021



**Remarque :** Les valeurs historiques sont déclarées pour 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. *Les résultats pour 2020-2021 n'incluent pas le programme des SSNA.*

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

L'augmentation globale de 5,3 % des coûts des médicaments en 2020-2021 représente une croissance absolue de 505 millions de dollars, les taux de croissance variables parmi les régimes publics d'assurance médicaments allant d'environ -1 % à 9 %. La Nouvelle-Écosse et le Yukon constituaient des exceptions avec des hausses de 25,3 % et de 29,3 % respectivement (figure 2.2). Ces variations étaient principalement attribuables à des différences dans l'ampleur des facteurs opposés. Parmi les autres administrations affichant des taux de croissance globaux plus élevés, mentionnons l'Île-du-Prince-Édouard (9,3 %), le Nouveau-Brunswick (8,2 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (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 6,3 % (605 millions de dollars) et des valeurs allant de 0,6 % à 10,5 % dans les différentes administrations. Le recours aux AAD pour le traitement de l'hépatite C a continué à diminuer, abaissant les coûts des médicaments de 2,1 % (197 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 à l'inscription sur la liste des médicaments et au profil sanitaire de la population, entre autres. La baisse globale de l'incidence des AAD ne s'est pas faite de façon uniforme, la traction à la baisse la plus marquée ayant été enregistrée en Colombie-Britannique (-5,1 %), suivie du Yukon (-4,1 %) et du Manitoba (-2,4 %). L'utilisation d'AAD en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador a légèrement fait augmenter les coûts (0,4 et 0,1 % respectivement).

Au cours des dernières années, en raison de la croissance de la population globale d'une administration, de l'augmentation du nombre de Canadiens admissibles à la couverture pour aînées (65 ans et plus) et/ou des changements apportés à la conception des régimes qui ont élargi la couverture à de nouvelles populations ou à de nouveaux groupes de patients,

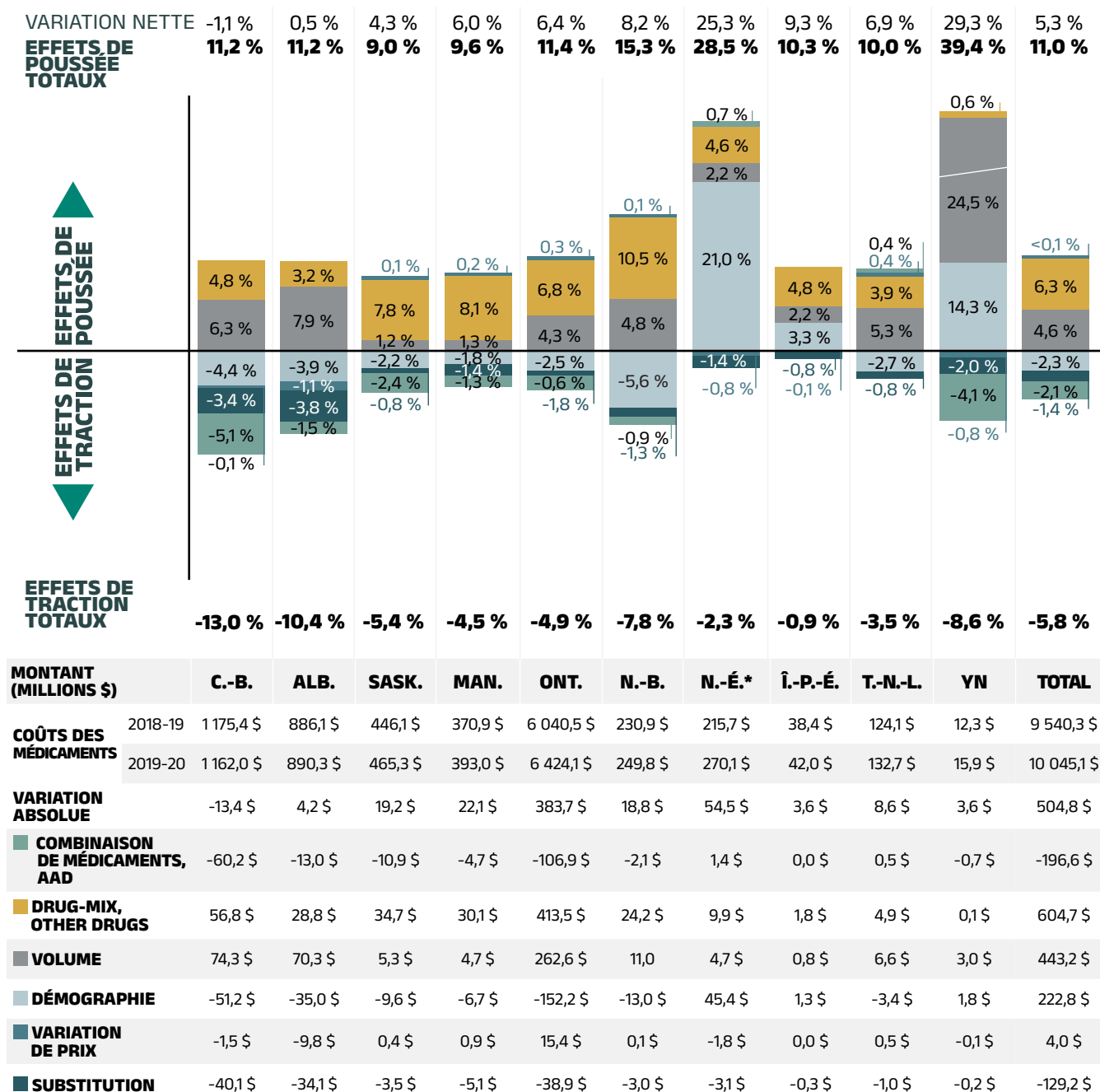
l'effet démographique a fait grimper les coûts des médicaments des régimes publics du SNIUMP d'un pourcentage relativement constant de 1 à 3 %. Toutefois, avec le début de la pandémie de COVID-19, en 2020-2021, moins de bénéficiaires actifs ont présenté des demandes de remboursement à des régimes publics dans de nombreuses provinces, exerçant un effet démographique global à la baisse de 2,3 % (223 millions de dollars). Cet effet de traction à la baisse a été observé dans de nombreuses provinces, et plus particulièrement au Nouveau-Brunswick (-5,6 %), en Colombie-Britannique (-4,4 %), en Alberta (-3,9 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (-2,7 %).

Malgré la diminution du nombre de bénéficiaires actifs dans de nombreux régimes publics, une augmentation importante du nombre d'ordonnances délivrées par patient (sous l'effet du volume) a fait grimper les coûts globaux des médicaments de 4,6 % ou 443 millions de dollars en 2020-2021. Cet effet a été un facteur important et a plus que compensé l'effet démographique à la baisse en Alberta (7,9 %), en Colombie-Britannique (6,3 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (5,3 %) et au Nouveau-Brunswick (4,8 %).

L'effet « variation de prix » (< 0,1 % ou 4 millions de dollars) a eu la contribution la plus faible et a été relativement uniforme dans toutes les administrations. Les effets d'économie de coûts résultant de la substitution par un médicament générique ou biosimilaire (-1,4 % ou -129 millions de dollars) étaient plus importants que l'effet de changement de prix, mais variaient d'un régime public à l'autre. L'effet « substitution » a été plus prononcé en Alberta (-3,8 %) et en Colombie-Britannique (-3,4 %), en raison de l'introduction d'initiatives de substitution par des biosimilaires.

Les principaux effets pour 2020-2021 – variation de prix, substitution et combinaison de médicaments – sont examinés plus en détail dans la section suivante.

**FIGURE 2.2 TAUX DE VARIATION DES COÛTS DES MÉDICAMENTS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2019-2020 À 2020-2021**



**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.

\* En Nouvelle-Écosse, les données du régime d'assurance-médicaments des services communautaires (régime F) ne sont soumises à la base de données du SNIUMP de l'ICIS que depuis 2020-2021. Cet ajout a entraîné une forte augmentation ponctuelle de la population de bénéficiaires et de la consommation de médicaments. Par conséquent, l'incidence globale a été prise en compte dans les effets démographiques et de volume en 2020-2021.

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



## Effet « variation de prix »

Cet effet rend compte des variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. L'incidence de ce facteur a faibli depuis l'importante baisse apportée au prix des médicaments génériques en avril 2018, dans la foulée de l'initiative pancanadienne sur les prix des médicaments génériques. En 2020-2021, les variations dans les prix des médicaments ont joué un rôle très mineur dans la croissance des coûts des médicaments, représentant moins de 0,1 % (4 millions de dollars).

Selon une analyse par segment de marché, on relève peu de changements à l'égard de la réduction des coûts unitaires moyens remboursés dans la catégorie des produits non brevetés de sources diverses. Le coût unitaire moyen des médicaments brevetés est demeuré stable, tandis que le coût des médicaments non brevetés de source unique a augmenté à un rythme régulier.

La figure 2.3 présente les tendances à long terme relatives aux coûts unitaires moyens de 2009-2010 à 2020-2021 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 en 2020-2021. Les valeurs du coût unitaire moyen sont exprimées sous la forme d'un indice, où la valeur de 1 est accordée à l'année de base (2009-2010) et où les valeurs des années subséquentes sont établies en fonction de cette valeur. Les résultats sont une moyenne, pondérée en fonction des coûts, des variations 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.

De 2009-2010 à 2020-2021, les prix des médicaments brevetés sont demeurés stables, augmentant d'une moyenne modeste de 7 %, tandis que les prix des médicaments non brevetés de source unique ont augmenté de 31 % en moyenne. Malgré la hausse importante des prix, l'impact de ce segment a été limité en raison de sa petite taille : la part de marché des médicaments non brevetés de source unique n'est que de 8,6 %, tandis que les médicaments brevetés représentent 56,4 % du marché. La catégorie des médicaments génériques de sources diverses a évolué de façon semblable dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, en fonction des différentes réformes qui ont touché le prix des médicaments génériques. Les coûts unitaires moyens ont rapidement diminué de presque 40 % au cours des premières années suivant la vague initiale de réformes, avant de diminuer graduellement entre 2014-2015 et 2016-2017 à mesure que les prix des médicaments génériques se stabilisaient. À la suite des plus récentes initiatives portant sur les prix, ces derniers ont diminué en moyenne de 3 % en 2017-2018, puis ont connu une baisse marquée de 11 % en 2018-2019. Depuis, ils sont restés stables sans autre diminution de 2019-2020 à 2020-2021. Ainsi, le coût unitaire moyen des médicaments génériques de sources diverses dans l'ensemble des administrations en 2020-2021 correspondait à moins de la moitié de la moyenne de 2009-2010.

### 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 1<sup>er</sup> avril 2015 et le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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.

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

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022, la Politique sur les produits historiques élaborée par l'APP et l'ACMG répond aux préoccupations concernant les évaluations des produits génériques dont le produit de référence de marque a été annulé après la mise en marché.

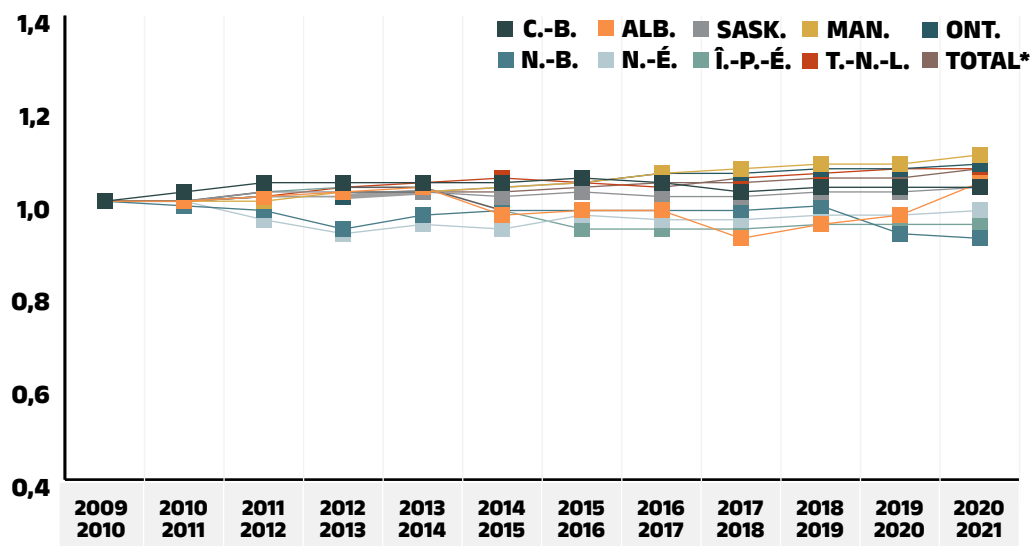
### Médicaments de marque

Au 31 juillet 2022, 454 négociations conjointes ou ententes d'inscription de produits pour les médicaments de marque avaient été menées à bien par l'APP, et 38 autres négociations étaient en cours. L'incidence des prix négociés de façon confidentielle n'est pas présentée pas dans cette analyse.

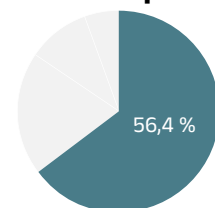
Pour plus de détails, voir l'aperçu des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques et des initiatives de l'APP sur le [site Web du CEPMB](#).

**FIGURE 2.3** INDICE DES COÛTS UNITAIRES MOYENS PAR SEGMENT DE MARCHÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2009-2010 À 2020-2021

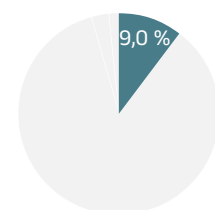
(a) Médicaments brevetés



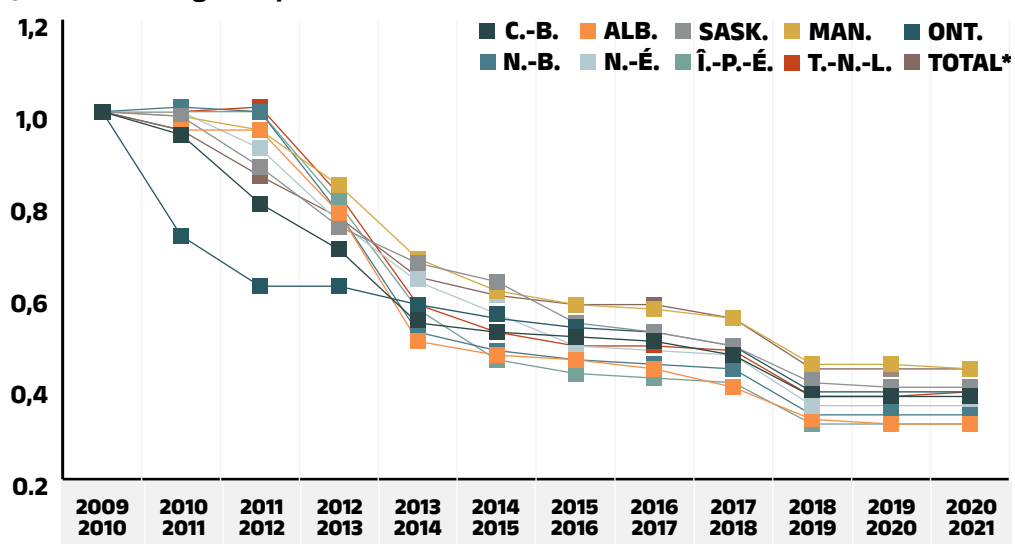
Part des dépenses



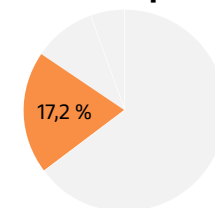
Part des ordonnances



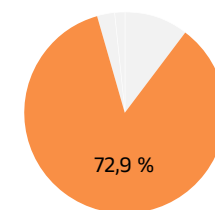
(b) Médicaments génériques de sources diverses



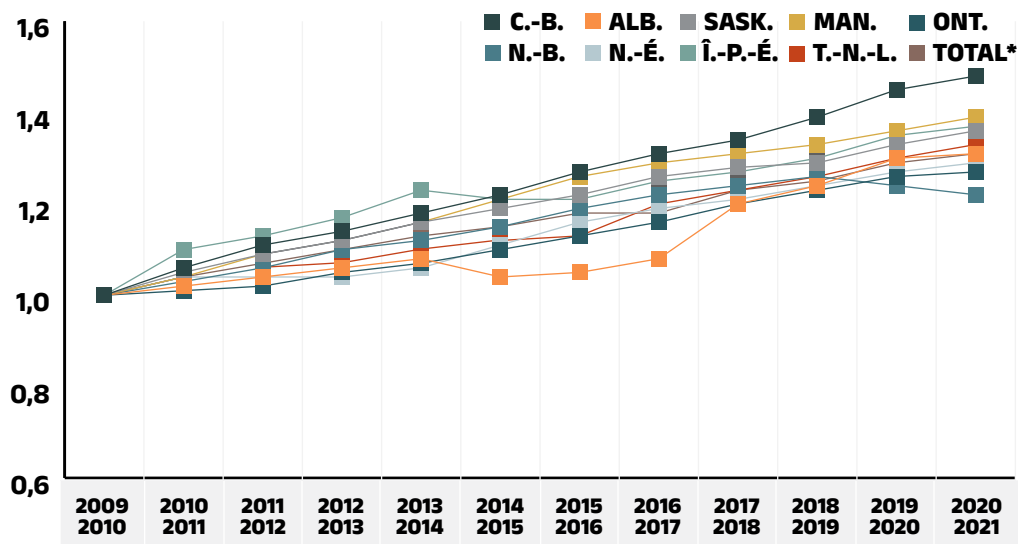
Part des dépenses



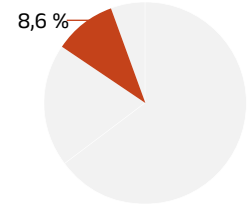
Part des ordonnances



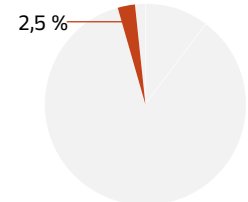
## (c) Médicaments non brevetés de source unique



## Part des dépenses



## Part des ordonnances



**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 nationaux pour 2020-2021 n'incluent pas le programme des SSNA.

Les résultats sont une moyenne, pondérée en fonction des coûts, des variations des coûts unitaires remboursés pour 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 instruments médicaux, les préparations magistrales et autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments, mais qui n'ont pas de numéro d'identification du médicament (DIN) attribuée par Santé Canada.

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

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

## Effet « substitution »

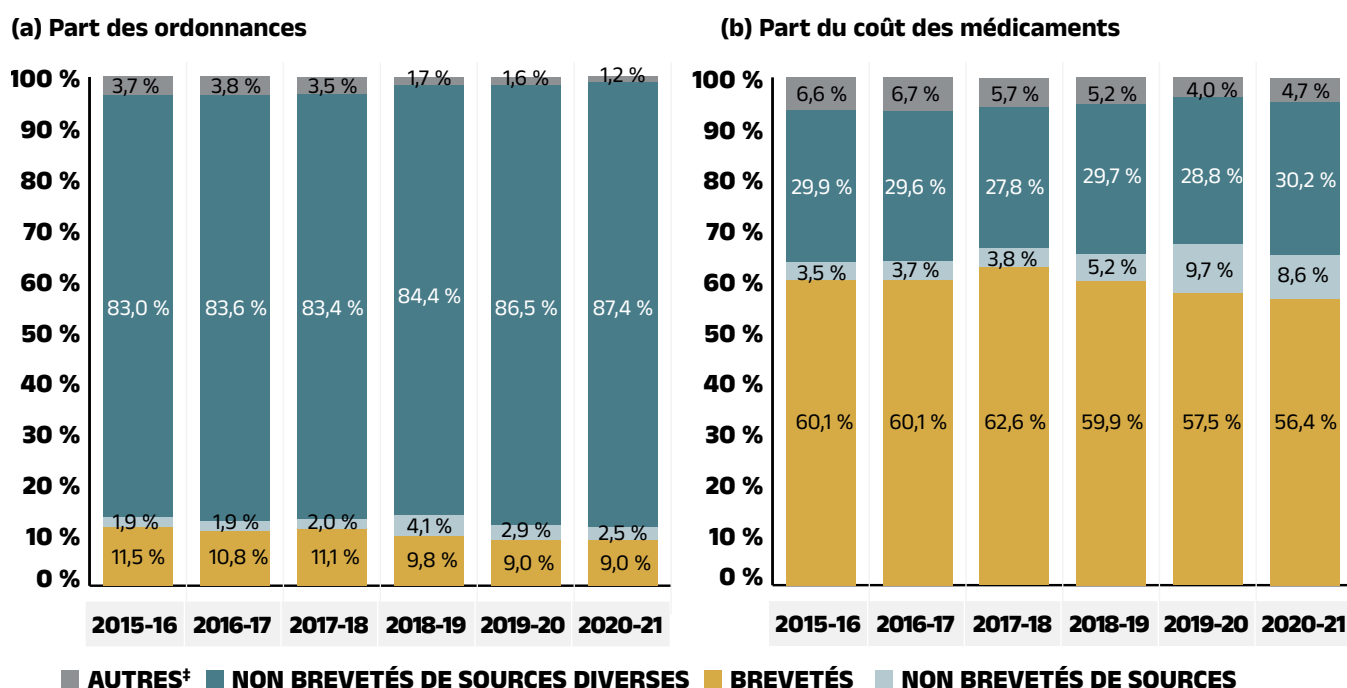
Le passage de médicaments de marque à des médicaments génériques ou biosimilaires a réduit les coûts globaux des médicaments de 1,4 % en 2020-2021, ce qui a engendré des économies de 129 millions de dollars pour les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP. Les trois médicaments génériques ayant le plus contribué à l'effet « substitution », soit un inhalant adrénergique (fluticasone/salmétérol), un immunomodulateur (fingolimod) et un médicament utilisé dans les troubles de dépendance (buprénorphine/naloxone), n'ont permis de réaliser que des économies de 0,3 %. Les biosimilaires ont davantage contribué à l'effet de substitution que les médicaments génériques en 2020-2021 : trois immunosuppresseurs et une insuline étaient responsables de la moitié des économies réalisées grâce à la substitution : Inflectra/Renflexis (-0,5 %), Brenzys/Erelzi (-0,1 %), Basaglar (-0,04 %) et Truxima/Riximyo/Ruxience (-0,03 %).

La part des ordonnances correspondant aux médicaments non brevetés de sources diverses dans les régimes publics est passée à 87,4 % en 2020-2021, ce qui représente une hausse importante par rapport à 83,0 % en 2015-2016. En revanche, leur part des coûts totaux des médicaments a peu changé au cours de la même période, passant de 29,9 % à 30,2 %. La tendance sur six ans reflète la mise en œuvre des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques, de même que l'introduction des génériques de plusieurs médicaments d'usage courant ayant perdu la protection de leur brevet au cours des dernières années. À eux seuls, les médicaments génériques de sources diverses représentaient 72,9 % des ordonnances et 17,2 % (tel qu'illustré sur la figure 1.5) des coûts liés aux médicaments en 2020-2021.

Les médicaments brevetés représentaient une part décroissante des ordonnances en 2020-2021, étant passés de 11,5 % en 2015-2016 à 9,0 %. Leur part du coût total des médicaments dans les régimes publics a également affiché une légère baisse pour s'établir à 56,4 % en raison des changements apportés au statut du brevet de quelques médicaments parmi les plus vendus. Malgré la perte de brevet de quelques médicaments importants, ce segment du marché s'est maintenu de façon stable autour de 60 % en raison de l'utilisation accrue de médicaments onéreux, comme les médicaments biologiques et les médicaments oncologiques oraux, et de l'introduction de nouveaux médicaments dont l'utilisation est élevée, tels que les antidiabétiques.

La figure 2.4 présente les tendances relatives aux parts de marché de 2015-2016 à 2020-2021 par segment de marché : médicaments brevetés, médicaments non brevetés de sources diverses et médicaments non brevetés de source unique.

**FIGURE 2.4 PARTS DES ORDONNANCES ET DU COÛT DES MÉDICAMENTS SELON LE SEGMENT DE MARCHÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP\*, DE 2015-2016 À 2020-2021**



**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. *Les résultats pour 2020-2021 n'incluent pas le programme des SSNA.*

† Ce segment de marché englobe les instruments médicaux, les préparations magistrales et les autres produits qui sont remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments, mais qui n'ont pas de numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada.

**Sources 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 *Principes fondamentaux pour les produits biologiques ultérieurs* pour orienter les négociations et éclairer les attentes relatives aux médicaments biologiques et biosimilaires. Par la suite, en septembre 2018, la création du document *Directives et négociations de l'APP relatives aux produits biologiques* a permis de 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 s'est récemment associée à Action Cancer Ontario pour mener une initiative conjointe sur l'utilisation des médicaments biosimilaires en oncologie, à savoir l'Initiative pancanadienne sur l'utilisation des médicaments biosimilaires en oncologie (IPUMBO), laquelle tient compte des facteurs uniques à prendre en considération à cet égard. Depuis juin 2019, les médicaments biosimilaires ne font plus l'objet de l'évaluation de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et sont plutôt présentés directement auprès des administrations et de l'APP. L'APP a ensuite fait équipe avec l'ACMTS pour réaliser un important exercice de consultation et de mobilisation des intervenants à propos de la mise en œuvre et de l'utilisation accrue des médicaments biosimilaires au Canada. Un [rapport final](#) (en anglais seulement) sur la consultation a été publié en février 2020.

De nombreux payeurs canadiens, notamment les régimes publics en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick, ont récemment mené ou annoncé un grand nombre d'initiatives pour favoriser l'adoption des biosimilaires et la substitution de médicaments par des biosimilaires. Pour de plus amples renseignements, voir l'annexe C : Initiatives de transition vers les biosimilaires par les payeurs publics canadiens.

Un médicament biosimilaire, ou biosimilaire, est un médicament biologique très similaire, mais moins cher que son médicament biologique d'origine. Bien que les biosimilaires ne soient pas identiques à leurs produits biologiques d'origine, aucune différence n'est attendue en termes d'efficacité et d'innocuité entre un biosimilaire et le médicament biologique d'origine<sup>iv</sup>. Le marché des biosimilaires est relativement complexe. Comparativement aux marchés traditionnels des médicaments génériques, les économies découlant des médicaments biosimilaires ont été limitées par une adoption initiale plus lente.

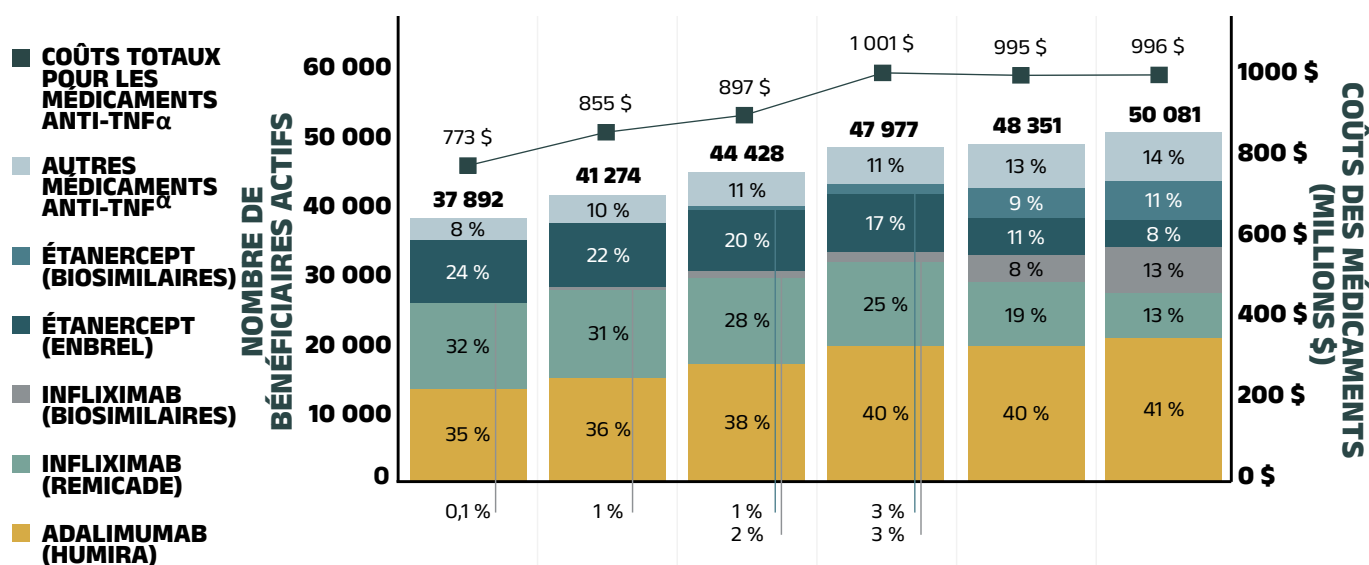
Le tableau 2.1 donne un aperçu des médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada. Inflectra, qui a été approuvé au Canada en 2014 et a ensuite été commercialisé officiellement en 2016, a été l'un des premiers médicaments biosimilaires disponibles sur le marché canadien et offre l'un des rabais le plus élevé sur le prix courant. Inflectra et Renflexis, qui ont été approuvés en 2017, sont tous deux autorisés pour la plupart des mêmes indications relatives aux maladies inflammatoires auto immunes que Remicade, le produit d'origine. Cependant, malgré le fait que leur prix courant était près de la moitié du prix de Remicade, leur implantation initiale sur le marché a été lente au cours des années précédentes. L'an passé, les régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique et de l'Alberta ont entrepris des initiatives afin d'encourager le passage des produits biologiques aux produits biosimilaires dans le but d'accroître l'utilisation des biosimilaires, ce qui a contribué à l'augmentation de l'utilisation des produits biosimilaires ciblés par ces initiatives. En 2020-2021, Inflectra et Renflexis avaient atteint un taux d'adoption considérable, enregistrant 42 % des ordonnances.

Les produits Brenzys et Erelzi, biosimilaires d'Enbrel (étanercept), un autre médicament inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF $\alpha$ ), 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 d'origine, ciblé de façon similaire par les initiatives de substitution des biosimilaires, ces produits comptaient pour 51,4 % des ordonnances d'étanercept en 2020-2021.

Truxima, Riximyo et Ruxience ont récemment fait leur entrée sur le marché des produits biosimilaires approuvés en 2019 et en 2020 pour l'anticorps monoclonal rituximab (Rituxan), à la suite du lancement d'initiatives de substitution des médicaments biosimilaires. Ils ont ainsi compté pour 26,8 % des ordonnances de rituximab dès leur première année de disponibilité dans les régimes publics du SNIUMP.

Pour examiner l'incidence de l'entrée des biosimilaires sur un marché thérapeutique clé, la figure 2.5 présente la distribution des patients qui reçoivent des médicaments anti-TNF $\alpha$  par l'entremise d'un régime public avant et après l'arrivée de biosimilaires sur le marché. Malgré la croissance considérable de ce marché au cours des dernières années, les patients ayant recours à des médicaments biologiques pour lesquels aucun produit biosimilaire n'est offert constituent toujours la majorité (55 %) des bénéficiaires de médicaments anti-TNF $\alpha$  en 2020-2021. En dépit de l'augmentation du nombre de bénéficiaires qui prennent des médicaments de cette classe, l'arrivée de nouveaux biosimilaires et les initiatives visant à accroître l'adoption des biosimilaires ont stabilisé les dépenses relatives à ces médicaments.

**FIGURE 2.5 RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS\* QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS ANTI-TNF $\alpha$  (L04AB), DE 2015-2016 À 2020-2021**



MÉDICAMENTS ANTI-TNF $\alpha$ (L04AB)	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21
<b>PART DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS PRENANT DES MÉDICAMENTS ANTI-TNF<math>\alpha</math></b>	0,74 %	0,79 %	0,71 %	0,65 %	0,76 %	0,84 %
<b>COÛT MOYEN DES MÉDICAMENTS PAR BÉNÉFICIAIRE</b>	9,9 %	10,7 %	10,4 %	10,9 %	10,4 %	9,9 %
<b>AVERAGE TREATMENT COST PER BENEFICIARY</b>	20 390 \$	20 724 \$	20 195 \$	20 864 \$	20 580 \$	19 882 \$

**Remarque :** Les autres médicaments anti-TNF $\alpha$  comprenaient le golimumab (Simponi) et le certolizumab pégol (Cimzia). Les résultats ne font pas de distinction entre les différentes indications.

\* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Yukon.

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

Il a été observé que les produits biosimilaires indiqués dans le traitement d'une affection aiguë ont souvent un taux d'adoption considérablement plus élevé que ceux utilisés pour des indications chroniques. Grastofil et Nivestym ainsi que les produits récemment approuvés Lapelga, Fulphila et Ziextenzo, sont des biosimilaires de filgrastim (Neupogen) et de pegfilgrastim (Neulasta), des stimulateurs de globules blancs. Leurs taux d'adoption sont les plus élevés des régimes publics : ils atteignaient respectivement 93,8 % et presque 100 % en 2020-2021, et ce, même si Neulasta n'était offert dans les régimes publics du SNIUMP que depuis un an (tableau 2.1). Leur rabais par rapport au prix courant des produits biologiques d'origine variait de 25 % à 43 %.

Le taux d'adoption sur le marché des biosimilaires utilisés dans la prise en charge du diabète, notamment Basaglar, un biosimilaire de l'insuline glargine (Lantus), et Admelog, un biosimilaire de l'insuline lispro (Humalog), a été relativement lent, leur part des ordonnances au sein leur marché respectif s'établissant à 28,3 % pour Basaglar et 0,1 % pour Admelog, ce dernier produit étant offert dans les régimes publics du SNIUMP depuis seulement un semestre. Leur rabais de 25 % par rapport au prix courant des médicaments biologiques d'origine les place au bas de la liste des produits biosimilaires pour ce qui est des rabais sur les prix.

**TABLEAU 2.1 MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES RÉCEMMENT APPROUVÉS AU CANADA, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP\*, 2020-2021**

PRODUIT BIOLOGIQUE DE RÉFÉRENCE		PRODUIT BIOSIMILAIRE				
INGRÉDIENT MÉDICINAL (NOM COMMERCIAL)	COÛT DU MÉDICAMENT EN MILLIONS DE DOLLARS (PART)	NOM COMMERCIAL	APPROBATION DE MISE EN MARCHÉ	PREMIER REMBOURSEMENT	RÉDUCTION DE PRIX <sup>†</sup> PAR RAPPORT AU MÉDICAMENT DE RÉFÉRENCE	PART DES ORDONNANCES POUR L'INGRÉDIENT MÉDICINAL
<b>INFLIXIMAB (REMICADE)</b>	268,5 \$ (2,7 %)	Inflectra	15 janvier 2014	T1 2016	46,8 %	42,0 %
		Renflexis	1 <sup>er</sup> décembre 2017	T3 2018	50,1 %	
<b>ÉTANERCEPT (ENBREL)</b>	85,4 \$ (0,8 %)	Brenzys	31 août 2016	T3 2017	33,7 %	51,4 %
		Erelzi	6 avril 2017	T4 2017	37,2 %	
<b>RITUXIMAB (RITUXAN)</b>	28,5 \$ (0,3 %)	Truxima	4 avril 2019	T1 2020	30,0 %	26,8 %
		Riximyo	28 avril 2020	T3 2020	37,0 %	
		Ruxience	4 mai 2020	T3 2020	35,0 %	
<b>INSULINE GLARGINE (LANTUS)</b>	79,5 \$ (0,8 %)	Basaglar	1 <sup>er</sup> septembre 2015	T3 2017	25,0 %	28,3 %
<b>INSULIN LISPRO (HUMALOG)</b>	41,2 \$ (0,4 %)	Admelog	16 novembre 2017	T4 2020	25,0 %	0,1 %
<b>FILGRASTIM (NEUPOGEN)</b>	3,1 \$ ( $<$ 0,1 %)	Grastofil	7 décembre 2015	T4 2016	25,0 %	93,8 %
		Nivestym	16 avril 2020	T3 2020	25,0 %	
<b>PEGFILGRASTIM (NEULASTA)</b>	S.O.	Lapelga	5 avril 2018	T2 2019	25,0 % <sup>‡</sup>	100,0 %
		Fulphila	24 décembre 2018	T1 2020	36,1 %	
		Ziextenzo	21 avril 2020	T3 2020	43,1 %	

**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.

\* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Yukon.

<sup>†</sup> Selon le prix courant figurant sur la liste des médicaments du Programme de médicaments de l'Ontario au moment de l'inscription du médicament biosimilaire. Ce prix peut changer au fil du temps; par exemple, le prix courant de Brenzys a récemment été réduit pour égaliser celui d'Erelzi. Les rabais sur les prix ne reflètent pas les rabais confidentiels découlant des négociations.

<sup>‡</sup> D'après la valeur indiquée dans le Dossier sommaire de biosimilaire de l'ACMTS, qui a tiré les prix de la liste des médicaments remboursés de l'Alberta, puisque l'Alberta était la seule province participant à l'ACMTS à disposer de prix publics pour le Neulasta au moment de l'inscription du biosimilaire. Les rabais sur les prix ne reflètent pas les rabais confidentiels découlant des négociations.

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

## Effet « combinaison de médicaments »

Récemment, les payeurs canadiens, notamment les régimes publics d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, ont mené ou proposé plusieurs initiatives pour faire augmenter l'adoption des produits biosimilaires. Pour en savoir plus sur la répartition des produits biosimilaires et des médicaments biologiques de référence sur le marché par administration, consulter l'annexe B. Les prochaines éditions du *CompasRx* continueront de suivre l'incidence de ces initiatives.

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 6,3 %, soit 605 millions de dollars, en 2020-2021. Les AAD destinés au traitement de l'hépatite C, déclarés séparément, ont eu une incidence considérable sur les coûts des médicaments des régimes publics au cours des dernières années. Toutefois, les AAD ont coûté 197 millions de dollars de moins en 2020-2021 qu'en 2019-2020, ce qui a eu pour effet d'abaisser les coûts globaux de 2,1 %.

### 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. 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), avant d'être étendues en 2017 par une entente multilatérale qui comprenait plusieurs nouveaux médicaments et ceux qui étaient déjà remboursés.

Le nombre de bénéficiaires actifs ayant recours à des AAD est monté en flèche en 2015-2016 avant de chuter rapidement l'année suivante. En raison de l'arrivée sur le marché de nouveaux AAD et de l'élargissement des critères de traitement, le groupe de bénéficiaires a augmenté de presque 60 % pour atteindre 11 920 personnes en 2017-2018. Ce chiffre a continué d'augmenter en 2018-2019, alors que le nombre total de bénéficiaires actifs s'élevait à 13 019.

Étant donné que ces médicaments sont des traitements curatifs et qu'ils sont maintenant sur le marché depuis plusieurs années, il n'est pas étonnant que le taux déclaré d'hépatite C au Canada ait diminué de 10 % (passant de 33,9 à 30,4 cas pour 100 000 habitants) entre 2018 et 2019<sup>v</sup>. Bien que les AAD aient continué de représenter une part substantielle (5,4 %) des coûts liés aux médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2019-2020, le nombre de bénéficiaires actifs ayant recours à des AAD se situait alors à 10 887, et a continué à décliner au cours de l'année suivante. En 2020-2021, la part des coûts des médicaments et le nombre de bénéficiaires actifs utilisant des AAD ont diminué de près de 50 % pour s'établir à 2,9 % des coûts des médicaments et à 6 248 bénéficiaires actifs des régimes publics du SNIUMP, ce qui s'est traduit par une réduction de 197 millions de dollars des coûts globaux pour l'exercice.

Compte tenu de leur incidence déclinante sur la croissance des dépenses des régimes publics, la présente édition de *CompasRx* sera la dernière à présenter les AAD en tant qu'effet distinct. Pour les données historiques, veuillez consulter les éditions précédentes.

La figure 2.6 fait état des dix médicaments qui ont contribué le plus à l'effet « combinaison de médicaments » en 2020-2021, représentant ensemble une poussée à la hausse de 3,4 % sur les coûts globaux des médicaments. Quatre médicaments ont fait leur première apparition sur cette liste en 2020-2021 : Tagrisso, Ocrevus, Skyrizi et Fasenna. Ces médicaments ne sont autorisés par Santé Canada que depuis deux à cinq ans.

Deux antidiabétiques, la sémaglutide (Ozempic) et l'empagliflozine (Jardiance), se sont classés en tête de la liste des médicaments ayant à impact élevé avec une contribution de 1,3 % à la croissance du coût des médicaments, tandis qu'un autre antidiabétique, l'insuline dégludec (Tresiba), est également demeuré dans la liste des 10 principaux contributeurs. Cinq des autres principaux contributeurs étaient des médicaments onéreux dont les coûts de traitement annuels moyens allaient de 10 988 \$ à 69 717 \$, dont un produit oncologique oral, deux immunosuppresseurs, un antiviral et un nouveau traitement biologique des

maladies obstructives des voies respiratoires. Les deux autres médicaments étaient soit des médicaments très utilisés, soit des médicaments dont les coûts de traitement annuels étaient relativement faibles.

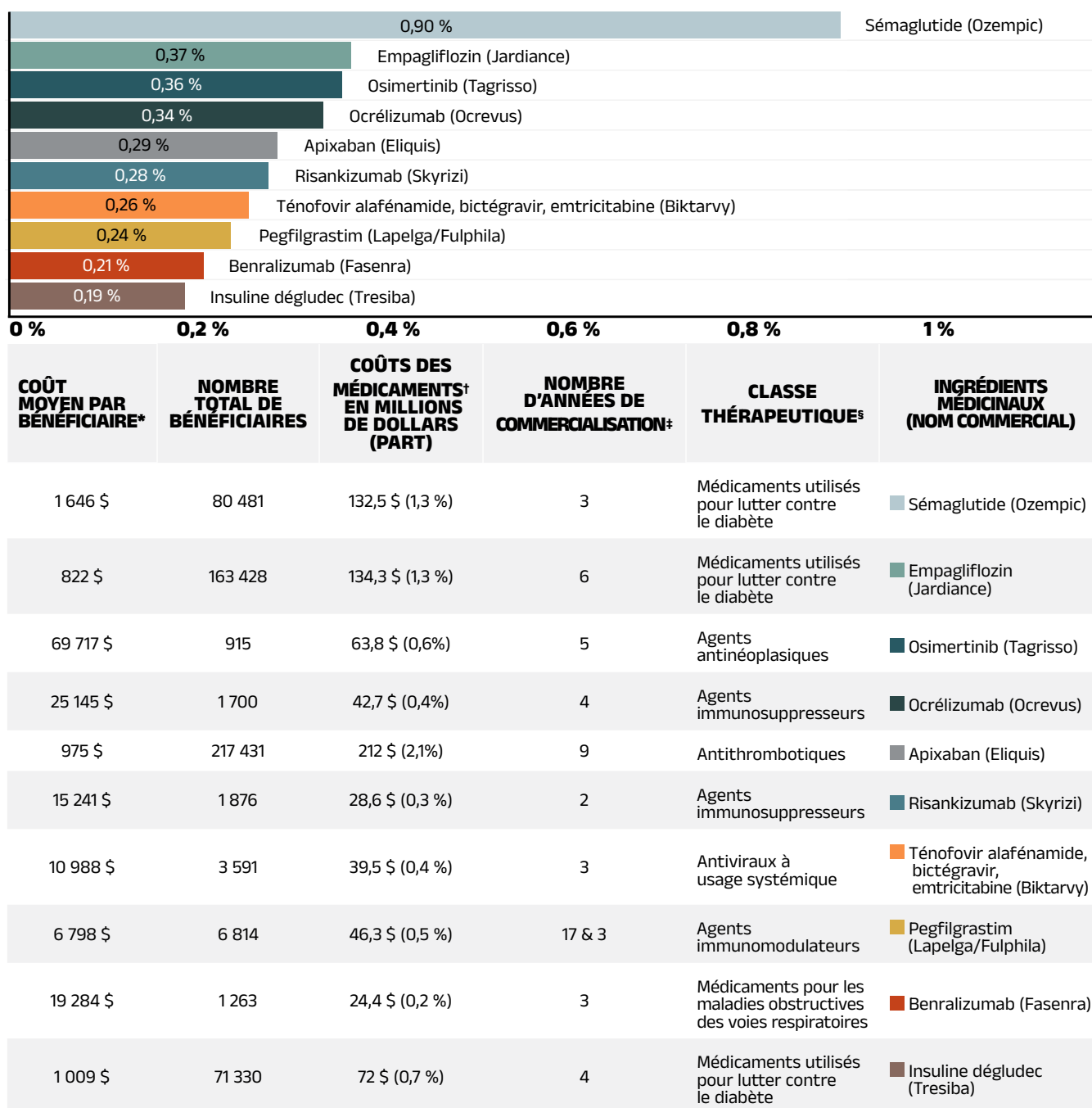
Quatre médicaments qui figuraient dans la liste des 10 principaux contributeurs du rapport 2019-2020 ont été exclus en 2020-2021. Imbruvica, Ibrance et Entyvio ont continué d'avoir une incidence importante sur l'effet « combinaison de médicaments » et sont demeurés parmi les 20 principaux contributeurs en 2020-2021, tandis que les coûts d'Eylea sont restés stables sans adoption appréciable.

La part du total des coûts des médicaments pour chacun des principaux médicaments contribuant à l'effet est présentée dans le tableau accompagnant la figure 2.6. 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.

v Agence de la santé publique du Canada Hépatite C au Canada : données de surveillance de 2019. Ottawa (Ontario) : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/hepatite-c-donnees-surveillance-2019.html>



**FIGURE 2.6 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS CONTRIBUANT À L'EFFET « COMBINAISON DE MÉDICAMENTS », RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP\*, 2020-2021**



**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 et Yukon.

<sup>†</sup> Tous les principaux médicaments contribuant à l'effet « poussée » sont associés aux ententes d'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.

<sup>‡</sup> Nombre d'années depuis que Santé Canada a accordé l'autorisation de commercialiser le médicament, en date de 2020-2021.

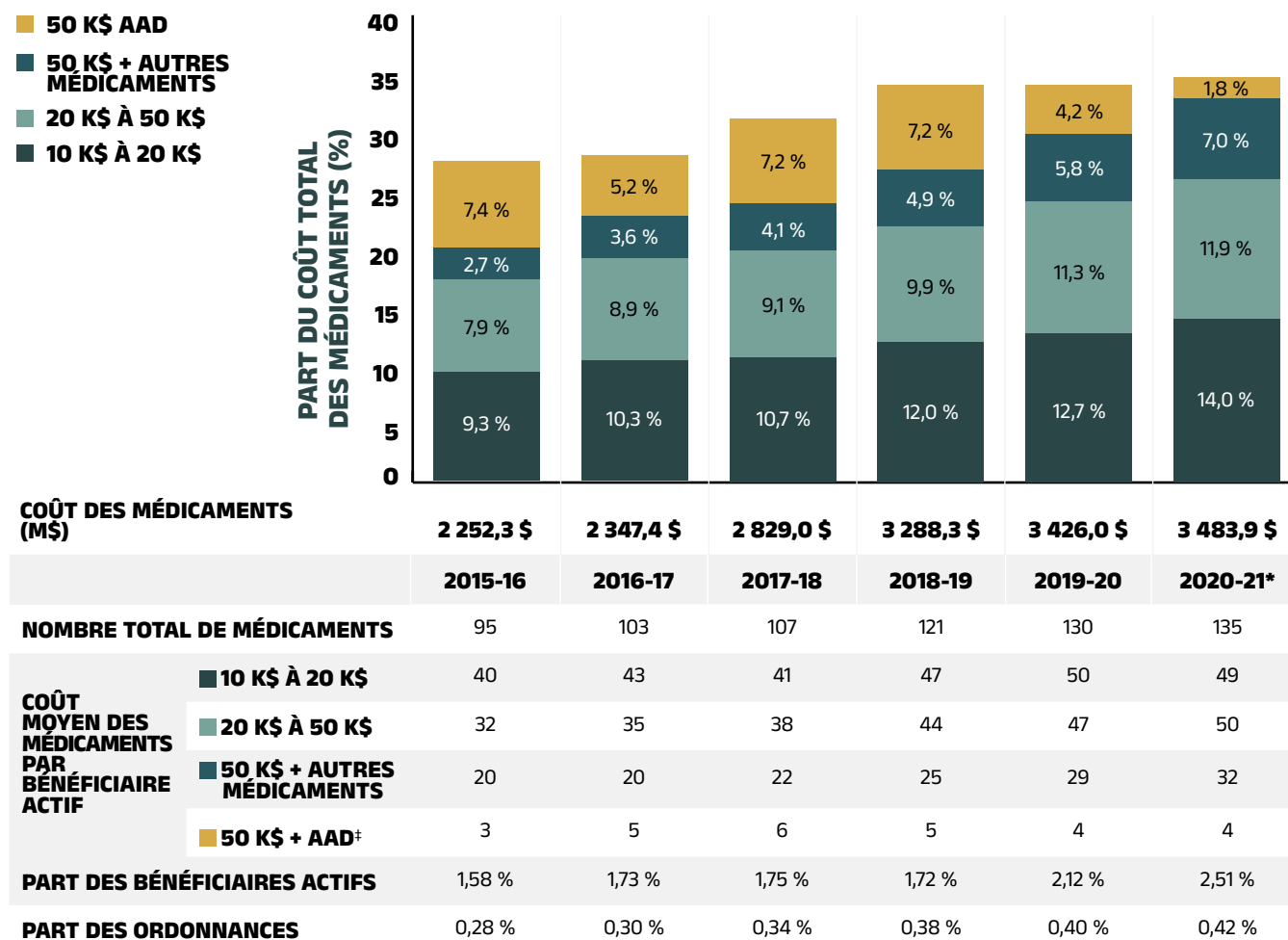
<sup>§</sup> La classe thérapeutique est basée sur le niveau 2 du système de classification ATC. Les résultats ne tiennent pas compte des administrations ayant des programmes particuliers pour les médicaments ophtalmologiques.

**Sources 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 régimes publics du SNIUMP ont remboursé un nombre croissant de médicaments onéreux, 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 95 en 2015-2016 à 135 en 2020-2021. Ces médicaments, qui représentaient 27,3 % des coûts globaux des médicaments du SNIUMP en 2015-2016, comptaient pour 34,7 % des coûts en 2020-2021, tout en ne représentant qu'un très faible pourcentage des bénéficiaires actifs (2,5 %).

Bien que la part des coûts des médicaments associée à 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), outre les AAD. La figure 2.7 présente les tendances en matière d'utilisation de médicaments onéreux entre 2015-2016 et 2020-2021 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.

**FIGURE 2.7 TENDANCES RELATIVES AU NOMBRE ET AU COÛT DES MÉDICAMENTS ONÉREUX\*, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP†, DE 2015-2016 À 2020-2021**



**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 l'analyse a été révisée pour le rapport de 2018-2019. 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. *Les résultats pour 2020-2021 n'incluent pas le programme des SSNA.*

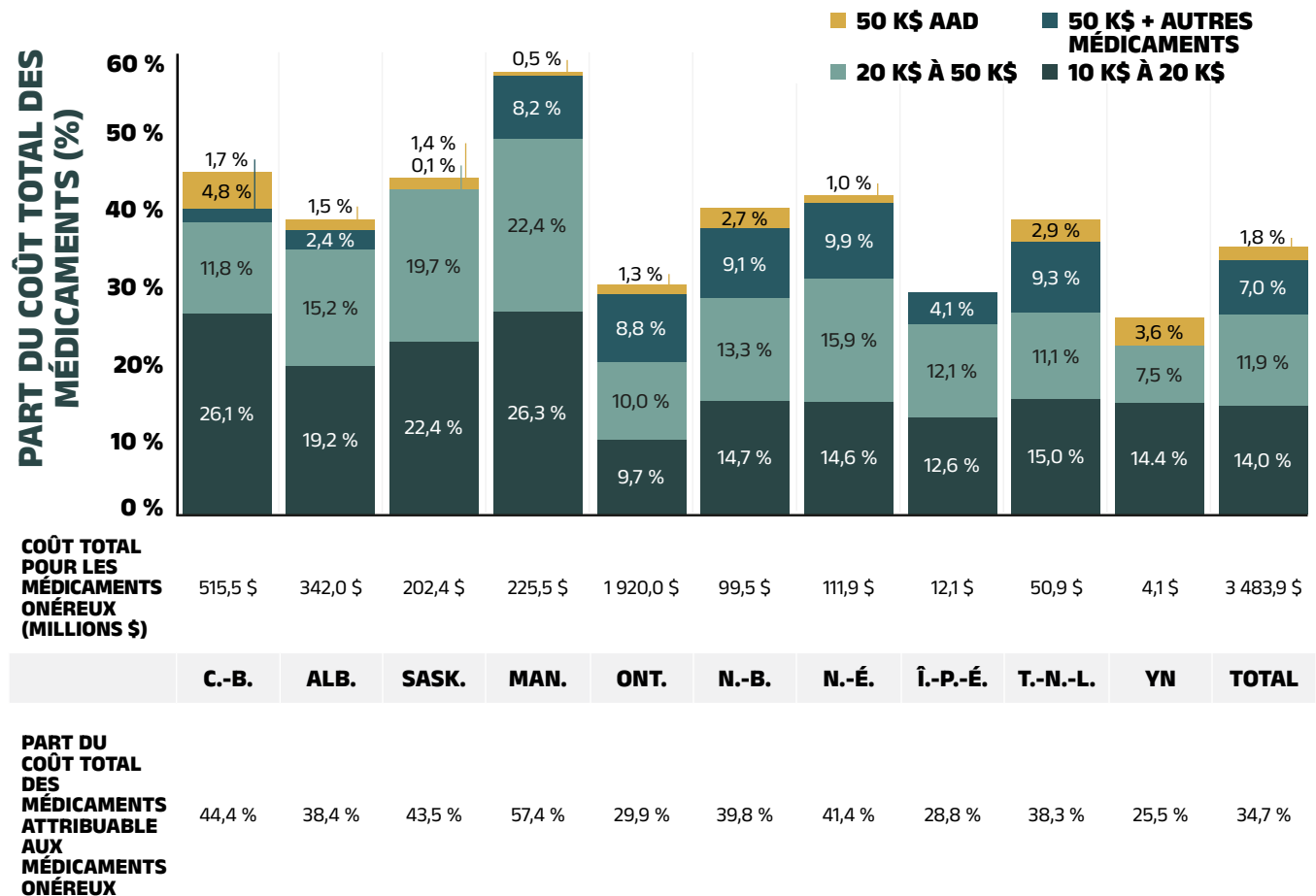
‡ Antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

**Sources 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 2.8 présente une ventilation plus détaillée de la part des médicaments onéreux selon la province et le territoire en 2020-2021. Les médicaments onéreux représentent une plus grande part des coûts des programmes fondés sur le revenu et les primes; par exemple, ils représentent environ la moitié des coûts totaux des médicaments des régimes publics de la Colombie-Britannique (44,4 %) et du Manitoba (57,4 %).

Avec de tels types de programmes, les bénéficiaires doivent assumer une partie des coûts de leurs ordonnances, soit en fonction d'un pourcentage du revenu ou sous la forme de primes. Ainsi, les dépenses des régimes dépendent davantage des bénéficiaires ayant des coûts globaux élevés, y compris ceux qui reçoivent des médicaments onéreux.

**FIGURE 2.8 PART DU COÛT TOTAL DES MÉDICAMENTS ATTRIBUABLE AUX MÉDICAMENTS ONÉREUX\*, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021**



**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.

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

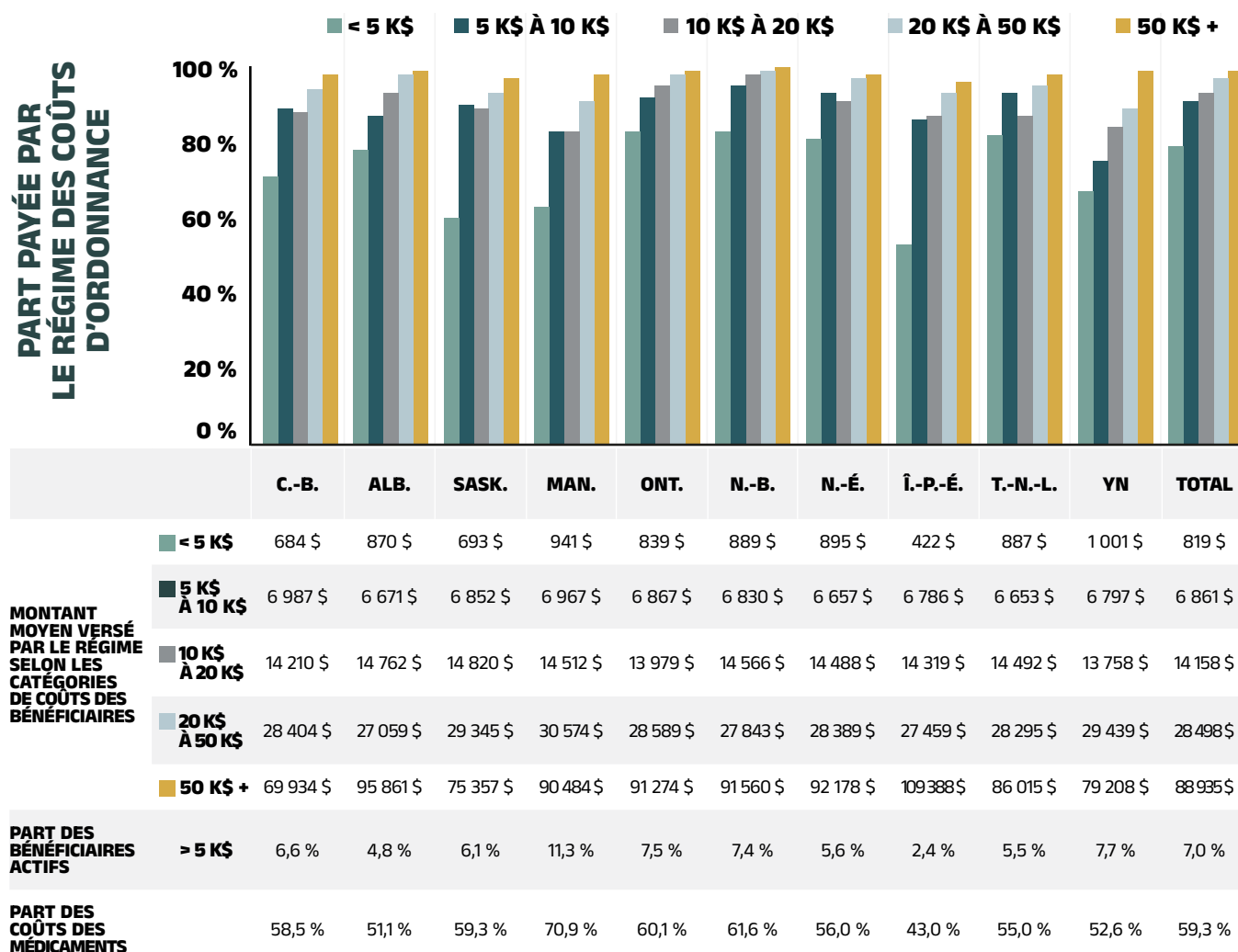
En 2020-2021, les régimes publics du SNIUMP ont payé la majorité (à savoir plus de 91 % comme l'indique la figure 2.9) des coûts d'ordonnance pour un nombre relativement faible de bénéficiaires à coûts élevés. Ces bénéficiaires représentaient près de 60 % du coût total des médicaments. Comme le montre la figure 1.2, les régimes publics du SNIUMP ont payé en moyenne 87 % du total des coûts d'ordonnance en 2020-2021, tandis que les 13 % restants ont été payés 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 2.9 présente une ventilation de la part payée par le régime des dépenses des régimes d'assurance-médicaments du SNIUMP selon le coût annuel moyen des médicaments des bénéficiaires en 2020-2021.

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 une plus grande portion des coûts d'ordonnance pour les bénéficiaires à coûts élevés. En 2020-2021, les 7 % des bénéficiaires qui avaient des coûts de médicaments annuels supérieurs à 5 000 \$ représentaient près de 60 % 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 2.9 PART PAYÉE PAR LE RÉGIME DES COÛTS D'ORDONNANCE SELON LES CATÉGORIES DE COÛT DES BÉNÉFICIAIRES\*, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021**



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

**Sources 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 10 médicaments les plus onéreux remboursés par les régimes publics du SNIUMP en 2020-2021 selon le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif. Les dix médicaments étaient indiqués dans le traitement de maladies rares et avaient des coûts de

traitement supérieurs à 200 000 \$. 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\*, 2020-2021**

INGRÉDIENT MÉDICINAL (NOM COMMERCIAL)	CLASSE THÉRAPEUTIQUE, ATC NIVEAU 2	COÛT MOYEN DU MÉDICAMENT PAR BÉNÉFICIAIRE <sup>†</sup>	NOMBRE D'ANNÉES SUR LE MARCHÉ <sup>‡</sup>
Alglucosidase alfa (Myozyme)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	578 128 \$	15
Asfotase alfa (Strensiq)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	543 611 \$	6
Éculizumab (Soliris)	Immunosuppresseurs	474 173 \$	12
Cerliponase alfa (Brineura)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	438 690 \$	2
Nusinersen (Spinraza)	Autres médicaments pour les troubles du système musculosquelettique	365 871 \$	4
Élosulfase alfa (Vimizim)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	299 413 \$	7
Vélaglucérase alfa (Vpriv)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	291 415 \$	11
Téduglutide (Revestive)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	253 420 \$	6
Ivacaftor (Kalydeco)	Autres médicaments des voies respiratoires	235 150 \$	8
Migalastat (Galafold)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	223 505 \$	4

**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, lesquels ne sont pas consignés dans les données du SNIUMP.

\* Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Yukon.

<sup>†</sup> 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.

<sup>‡</sup> Nombre d'années depuis que Santé Canada a accordé l'autorisation de commercialiser le médicament, en date de 2020-2021.

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

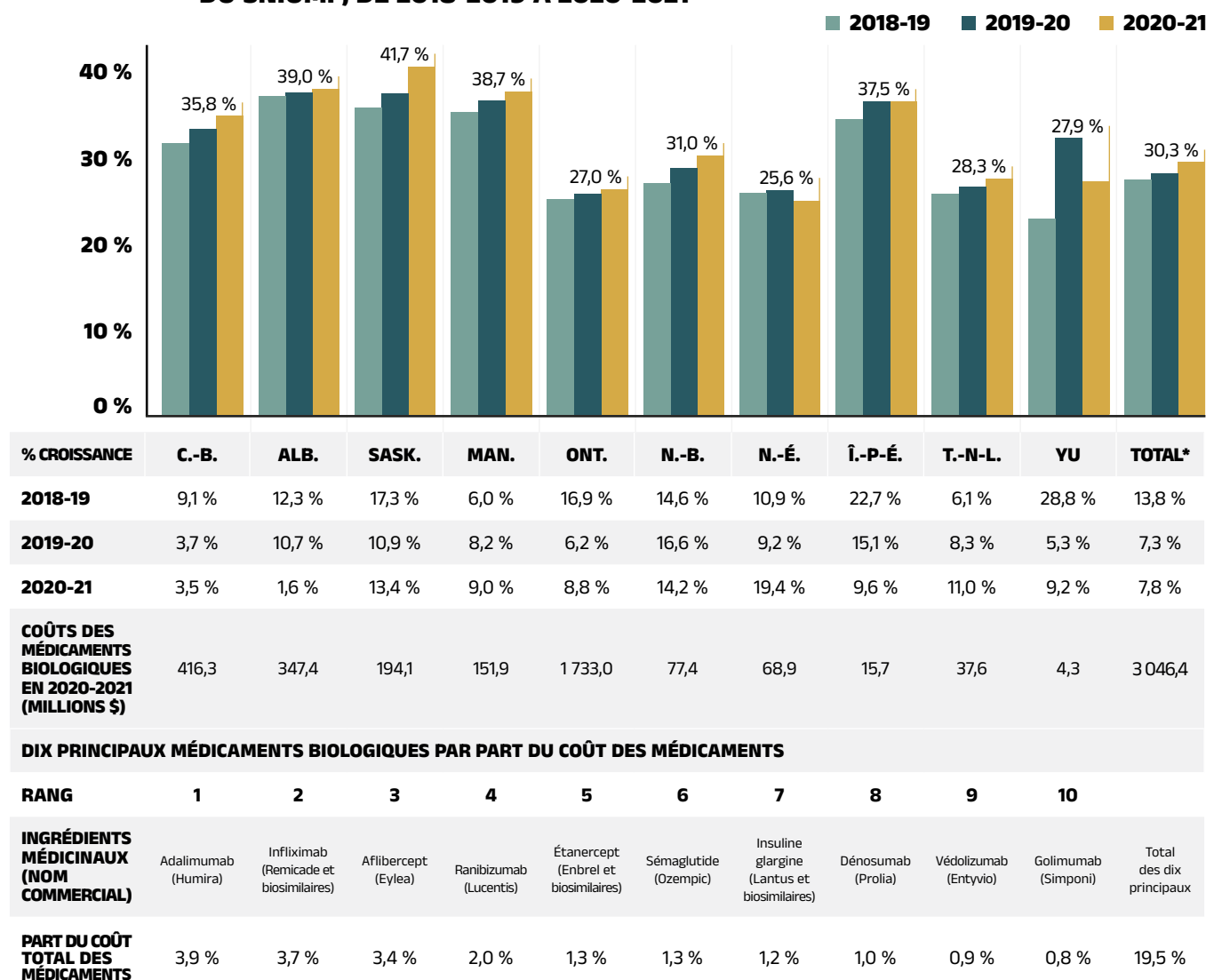
Au cours des dernières années, les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP. En 2020-2021, la part de marché des médicaments biologiques a augmenté de 7,8 % pour atteindre 30,3 % (3,0 milliards de dollars) des coûts totaux des médicaments. Les quatre principaux médicaments biologiques — adalimumab (Humira), infliximab (Remicade et biosimilaires), aflibercept (Eylea) et ranibizumab (Lucentis) — représentaient 13,0 % des coûts totaux des médicaments du SNIUMP.

La figure 2.10 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.

La Saskatchewan et l'Alberta affichaient les coûts les plus élevés des médicaments biologiques par rapport aux coûts totaux des médicaments en 2020-2021 (41,7 % et 39,0 %, respectivement), alors que la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick présentaient les taux de croissance les plus élevés (19,4 % et 14,2 %, 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 2.10 PART DES COÛTS TOTAUX DES MÉDICAMENTS ATTRIBUABLE AUX MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2018-2019 À 2020-2021**



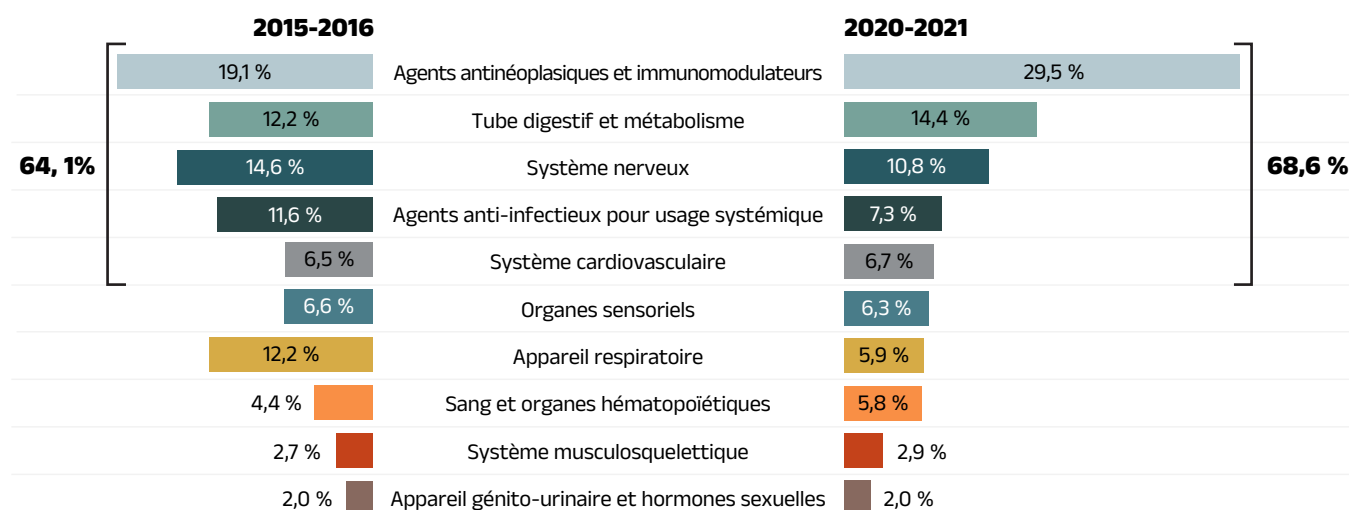
**Remarque :** La présente analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public.

**Sources 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 domaine thérapeutique donne à penser que plus des deux tiers des coûts totaux des médicaments en 2020-2021 étaient concentrés dans cinq classes. Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs arrivaient en tête de liste des classes thérapeutiques, comme en 2015-2016; toutefois, ils représentaient une part nettement plus élevée des coûts totaux (passant de 19,1 % en 2015-2016 à 29,5 % en 2020-2021). Cette situation témoigne de la place croissante qu'occupent les médicaments oncologiques oraux et de l'utilisation accrue des immunomodulateurs. Les médicaments des voies digestives et du métabolisme représentaient la deuxième part des coûts en importance

(14,4 %), en raison notamment des nouveaux médicaments antidiabétiques. Les médicaments pour le système nerveux, qui comprennent des médicaments relativement peu coûteux utilisés par un grand nombre de bénéficiaires actifs, représentaient une part moins élevée des coûts (10,8 %) en 2020-2021, principalement en raison d'augmentations importantes dans d'autres domaines thérapeutiques. La part des coûts des anti-infectieux pour usage systémique a été largement influencée par l'introduction et l'utilisation d'AAD dans le cadre du traitement de l'hépatite C de 2015-2016 à 2020-2021.

**FIGURE 2.11** 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<sup>†</sup>, 2015-2016 ET 2020-2021



**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) tenu à jour par l'Organisation mondiale de la Santé.

<sup>†</sup> 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 résultats pour 2020-2021 n'incluent pas le programme des SSNA.*

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

### 3. INDUCTEURS DE COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, 2019-2020 ET 2020-2021

**Le taux de variation légèrement négatif en ce qui concerne les frais d'exécution d'ordonnance** en 2020-2021 était nettement plus bas que la croissance des coûts des médicaments, poursuivant la tendance de croissance plus lente observée au cours des dernières années. Les pressions à la hausse sur les coûts attribuables à la réduction de la taille des ordonnances et à l'augmentation du volume d'unités délivrées en 2020-2021 ont été plus que compensées par une baisse du nombre de bénéficiaires actifs, une diminution globale des frais d'exécution d'ordonnance moyens et une importante diminution du modèle des frais d'exécution d'ordonnance à zéro dollar instauré dans le programme de soins de longue durée de l'Ontario.

À l'instar des coûts des médicaments, les variations des frais 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 et 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 varié entre 2018-2019 et 2020-2021 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.<sup>vi</sup>

En plus des effets annuels standard, le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario a été traité comme un facteur distinct dans l'analyse des inducteurs de coûts, englobant tous les effets associés au programme Assurance-santé Plus (p. ex. variations dans le volume et la démographie). Ainsi, l'effet de l'Assurance-santé Plus reflétait l'incidence globale des changements apportés à la structure du régime. Après 2019-2020, les dépenses du programme Assurance santé Plus se sont stabilisées et ont eu peu d'incidence; par conséquent, elles ne sont plus déclarées comme un facteur distinct des inducteurs de coûts dans la présente édition de *CompasRx*. Pour les données historiques, veuillez consulter les éditions précédentes.

Les ordonnances de SLD avaient été exclues de l'analyse des coûts d'exécution d'ordonnance de 2017-2018 à 2018-2019, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires. Les ordonnances de SLD contribuent généralement à raison de moins de 0,1 % à la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance et ne sont donc pas incluses dans les statistiques des facteurs de coût. Or, comme leur effet est plus important en 2019-2020 et 2020-2021, elles ont été incluses comme facteur distinct.

Les frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics du SNIUMP ont affiché une légère diminution, soit 0,2 % ou 4,9 millions de dollars en 2020-2021, atteignant au total 2,3 milliards de dollars. Il s'agit de la première croissance négative des frais d'exécution d'ordonnance au cours des 6 dernières années.

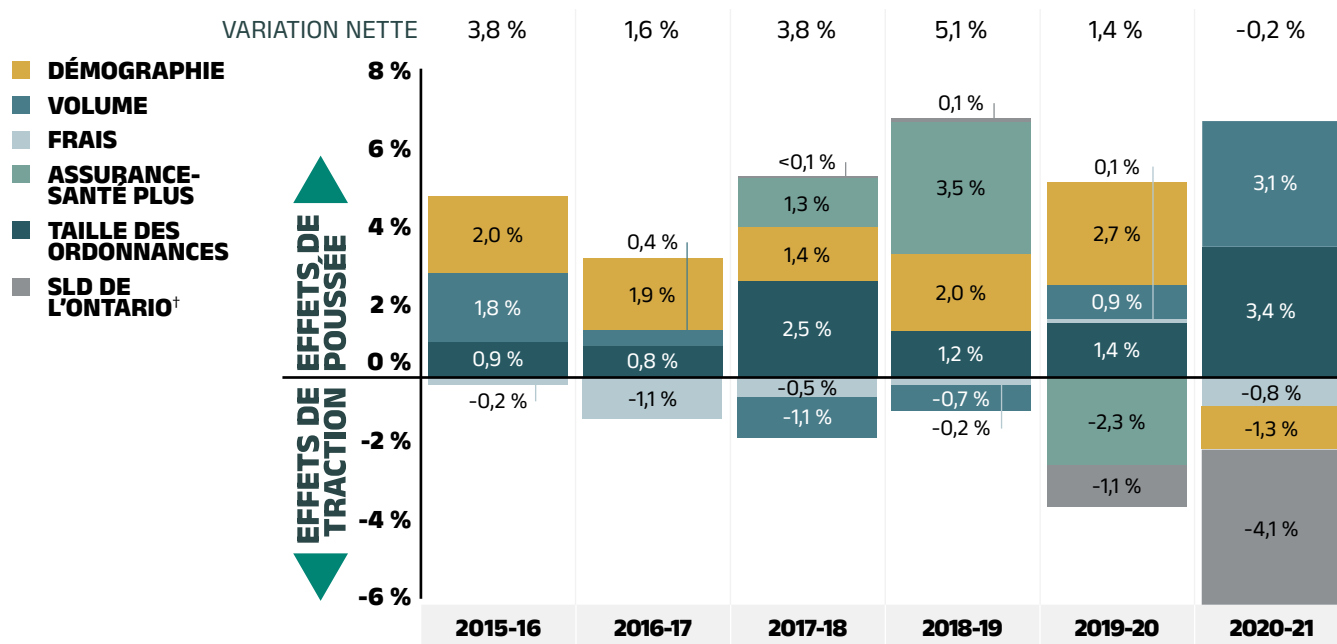
La figure 3.1 donne un aperçu des pressions qui ont entraîné des variations dans les frais d'exécution d'ordonnance de 2015-2016 à 2020-2021. L'effet « démographie », qui avait généralement suivi une tendance à la hausse prévisible, a plutôt contribué à une baisse de 1,3 % des frais d'exécution d'ordonnance en 2020-2021, en raison d'une diminution du

nombre de bénéficiaires actifs dans le contexte du début de la pandémie de COVID-19. En revanche, l'effet « taille des ordonnances » est passé de 1,4 % en 2019-2020 à une hausse plus importante pour atteindre 3,4 % en 2020-2021, à la suite des changements temporaires apportés aux politiques sur la fréquence d'exécution des ordonnances pendant la pandémie de COVID-19 dans de nombreuses provinces. L'effet « volume » a continué d'exercer une forte poussée à la hausse de 3,1 %, en raison de l'augmentation de la quantité de médicaments délivrés aux patients, tandis que les variations des frais d'exécution moyens par ordonnance ont réduit les coûts d'exécution de 0,8 % en 2020-2021.

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



**FIGURE 3.1** INDUCTEURS DES FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS DU SNIUMP\*, DE 2015-2016 À 2020-2021



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

\* 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 résultats pour 2020-2021 n'incluent pas le programme des SSNA.*

† Les ordonnances de SLD avaient été exclues de l'analyse des coûts d'exécution d'ordonnance de 2017-2018 à 2018-2019, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires. En 2017-2018 et en 2018-2019, 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.

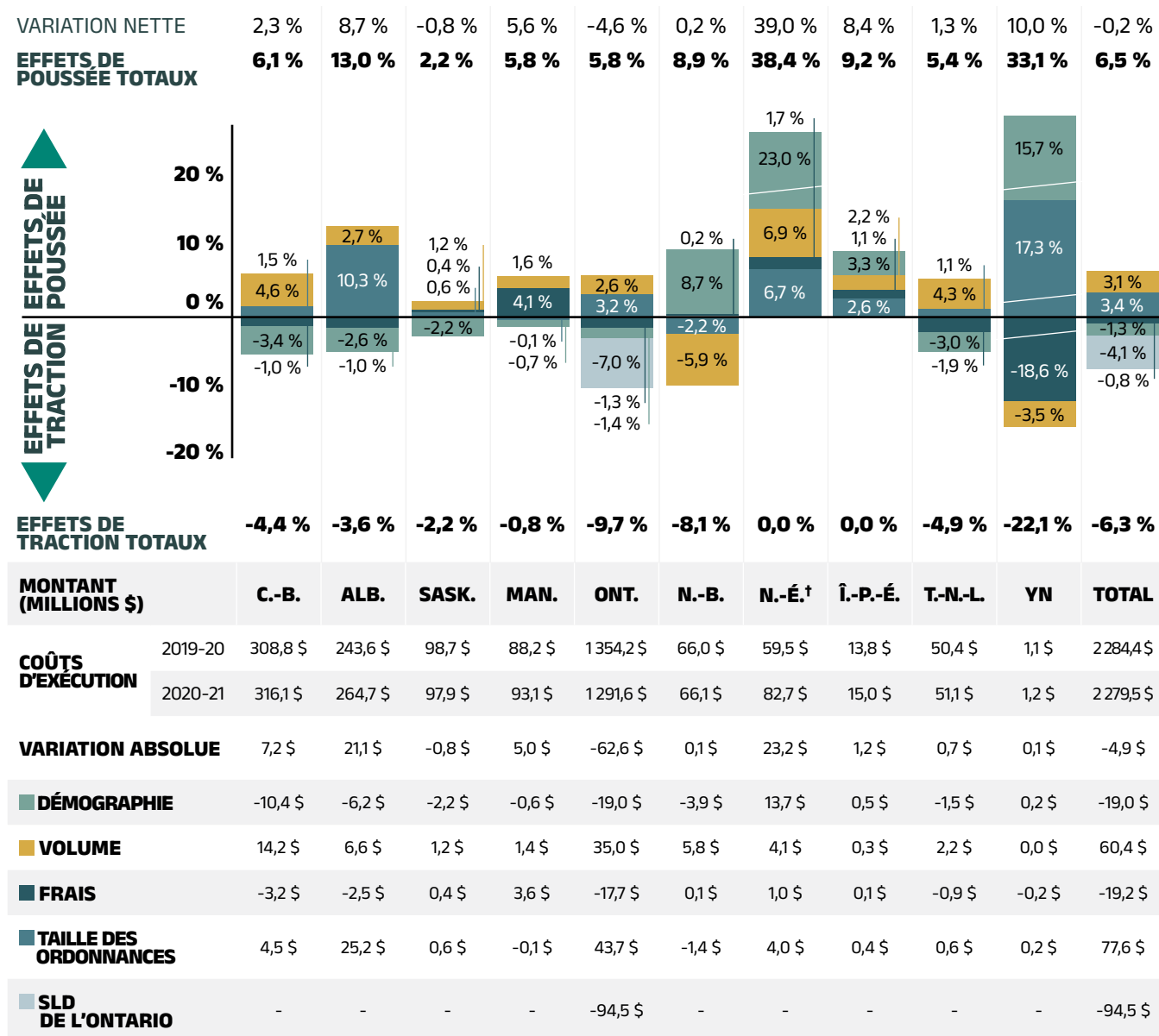
**Source des données :** Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Le taux global de variation des coûts d'exécution d'ordonnance différerait considérablement d'un régime à l'autre, passant d'un sommet de 10,0 % au Yukon à un minimum de 4,6 % en Ontario (figure 3.2). L'augmentation de 39 % en Nouvelle-Écosse constitue une exception notable. Cette situation est attribuable à l'ajout d'un programme d'assurance-médicaments pour les services communautaires, qui a entraîné une forte augmentation ponctuelle de la population de bénéficiaires et du volume de médicaments utilisés, ce qui s'est traduit par une forte augmentation des frais d'exécution d'ordonnance attribuable aux effets « démographie » et « volume ». En Ontario, la diminution des coûts d'exécution d'ordonnance s'explique principalement par le modèle des frais d'exécution d'ordonnance de zéro dollar mis en place dans le programme de soins de longue durée (SLD), sans lequel les coûts d'exécution d'ordonnance auraient connu une augmentation modérée de 2,4 %.

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.

Par exemple, il peut y avoir un nombre beaucoup plus élevé d'ordonnances par patient que dans la population générale de bénéficiaires en raison des besoins plus spécialisés des patients. Les patients recevant des SLD représentent une petite partie de tous les bénéficiaires et leur contribution au taux de croissance des coûts d'exécution d'ordonnance en Ontario équivaut généralement à moins de 0,1 %. Toutefois, un nouveau modèle de financement par capitation des SLD a été adopté le 1<sup>er</sup> janvier 2020, éliminant ainsi les frais d'exécution d'ordonnance pour les résidents des établissements de SLD. Le programme de SLD est pris en compte au dernier trimestre de l'exercice 2019-2020 et au cours de l'exercice complet 2020-2021. Le programme a permis d'obtenir une réduction marquée de 7,0 % (ou 94 millions de dollars) des frais d'exécution d'ordonnance de l'Ontario, ce qui est significatif compte tenu de la taille relative de l'Ontario. Il a également permis d'abaisser de 4,1 % la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance pour l'ensemble des régimes publics du SNIUMP en 2020-2021.

**FIGURE 3.2 TAUX DE VARIATION DES COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2019-2020 À 2020-2021**



**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 Nouvelle-Écosse, les données du régime d'assurance-médicaments des services communautaires (régime F) ne sont soumises à la base de données du SNIUMP de l'ICIS que depuis 2020-2021. Cet ajout a entraîné une forte augmentation ponctuelle de la population de bénéficiaires et de la consommation de médicaments. Par conséquent, l'incidence globale a été prise en compte dans les effets démographiques et de volume en 2020-2021.

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

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

En 2020-2021, les taux de variation des frais d'exécution moyens par ordonnance ont fluctué d'un régime

d'assurance-médicaments du SNIUMP à l'autre. La plupart des régimes affichaient des variations modérées allant de -1,9 % à 4,1 %, à l'exception du Yukon. Au cours des cinq dernières années, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont connu une croissance relativement élevée des frais, les taux de croissance annuels composés se situant respectivement à 1,2 % et à 1,1 %.

Le tableau 3.1 rend compte des frais d'exécution moyens par ordonnance de 2015-2016 à 2020-2021, ainsi que du taux de croissance entre 2019-2020 et 2020-2021 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 sur le [site Web du CEPMB](#).

**TABLEAU 3.1 FRAIS D'EXÉCUTION MOYENS PAR ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2015-2016 À 2020-2021**

ADMINISTRATION	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	TAUX DE CROISSANCE DE 2019-20 À 2020-21	TCAC*, 2015-16 À 2020-21
<b>COLOMBIE-BRITANNIQUE</b>	7,30 \$	7,26 \$	7,18 \$	7,13 \$	7,10 \$	7,03 \$	-1,0 %	-0,8 %
<b>ALBERTA</b>	14,29 \$	14,33 \$	14,45 \$	14,18 \$	14,11 \$	13,96 \$	-1,0 %	-0,5 %
<b>SASKATCHEWAN</b>	10,91 \$	10,97 \$	10,92 \$	10,92 \$	11,04 \$	11,09 \$	0,4 %	0,3 %
<b>MANITOBA</b>	9,35 \$	9,48 \$	8,82 \$	8,19 \$	8,24 \$	8,58 \$	4,1 %	-1,7 %
<b>ONTARIO†</b>	7,72 \$	7,59 \$	7,55 \$	7,58 \$	7,58 \$	7,48 \$	-1,3 %	-0,6 %
<b>NOUVEAU-BRUNSWICK</b>	10,54 \$	10,54 \$	10,48 \$	10,43 \$	10,48 \$	10,50 \$	0,2 %	-0,1 %
<b>NOUVELLE-ÉCOSSE</b>	11,19 \$	11,25 \$	11,32 \$	11,48 \$	11,67 \$	11,87 \$	1,7 %	1,2 %
<b>ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD</b>	10,93 \$	11,03 \$	11,23 \$	11,38 \$	11,42 \$	11,54 \$	1,1 %	1,1 %
<b>TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR AND LABRADOR</b>	12,34 \$	12,39 \$	12,38 \$	12,41 \$	12,37 \$	12,14 \$	-1,9 %	-0,3 %
<b>YUKON</b>	5,76 \$	5,80 \$	5,81 \$	5,76 \$	7,16 \$	5,83 \$	-18,6 %	0,2 %
<b>SSNA</b>	8,76 \$	8,92 \$	8,97 \$	9,02 \$	9,17 \$	-	-	-

**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 l'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 l'analyse pour permettre la comparaison avec les résultats antérieurs.

**Sources 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 la rémunération. 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 peu élevés remboursent généralement les ordonnances dont le nombre de jours d'approvisionnement est inférieur et vice versa. Le Manitoba, la Colombie-Britannique et l'Ontario, dont les frais d'exécution d'ordonnance étaient parmi les plus bas en 2020-2021, ont généralement remboursé des ordonnances dont la taille moyenne était relativement faible. La diminution du nombre moyen de jours

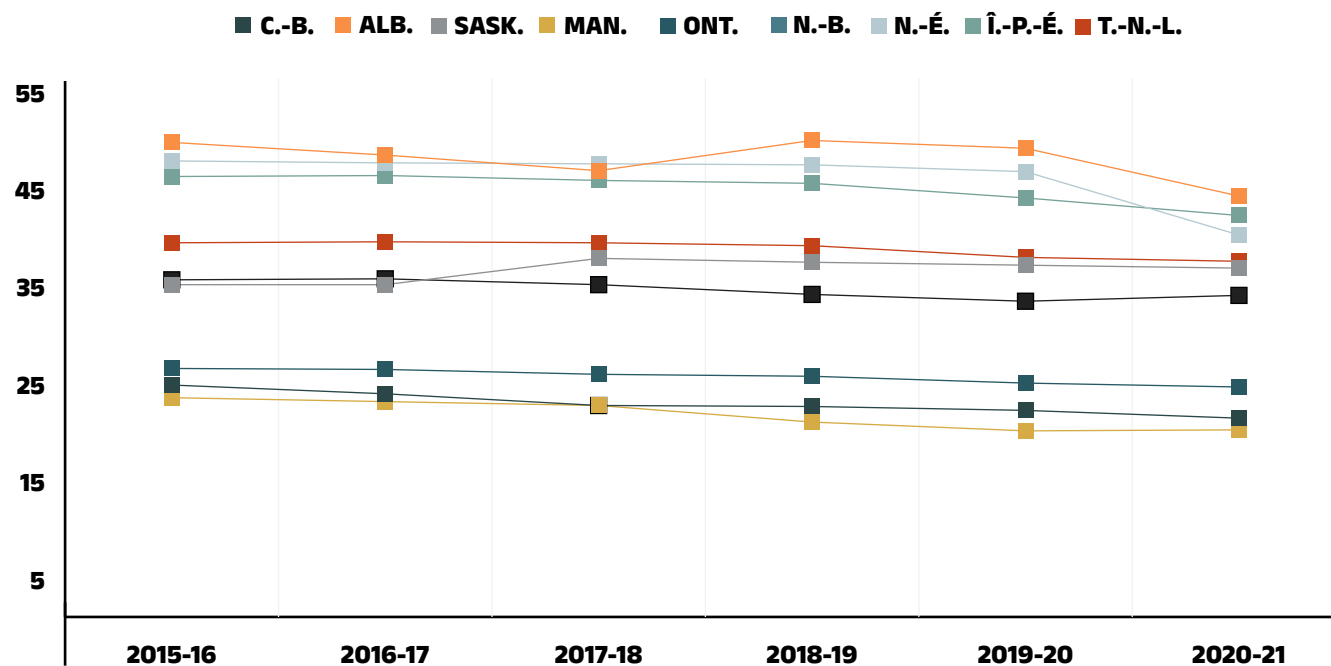
d'approvisionnement par ordonnance peut exercer une pression à la hausse sur les coûts d'exécution d'ordonnance, car un plus grand nombre d'ordonnances sont nécessaires pour délivrer le même volume de médicaments.

Les résultats pour ce qui est du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance indiquent que la taille des ordonnances est stable ou a diminué dans les régimes publics d'assurance médicaments de 2019-2020 à 2020-2021. La Nouvelle-Écosse et l'Alberta ont enregistré les plus fortes baisses proportionnelles de la taille moyenne des ordonnances, soit -10,3 % et -14,2 % respectivement.

La figure 3.3 illustre la tendance relative au nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance de 2015-2016 à 2020-2021. 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 2015-2016 À 2020-2021**



	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>NOMBRE MOYEN DE JOURS D'APPROVISIONNEMENT PAR ORDONNANCE, 2020-2021</b>	20,4	43,2	35,8	19,2	23,6	33,0	39,2	41,2	36,5
<b>VARIATION EN POURCENTAGE, DE 2019-2020 À 2020-2021</b>	-3,8 %	-10,3 %	-0,9 %	0,7 %	-2,0 %	1,8 %	-14,2 %	-4,3 %	-1,1 %

**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.

**Sources 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 des frais d'exécution d'ordonnance moyens. En comparant les frais d'exécution d'ordonnance d'un même ensemble de médicaments, on peut mieux comprendre les différences entre les régimes.

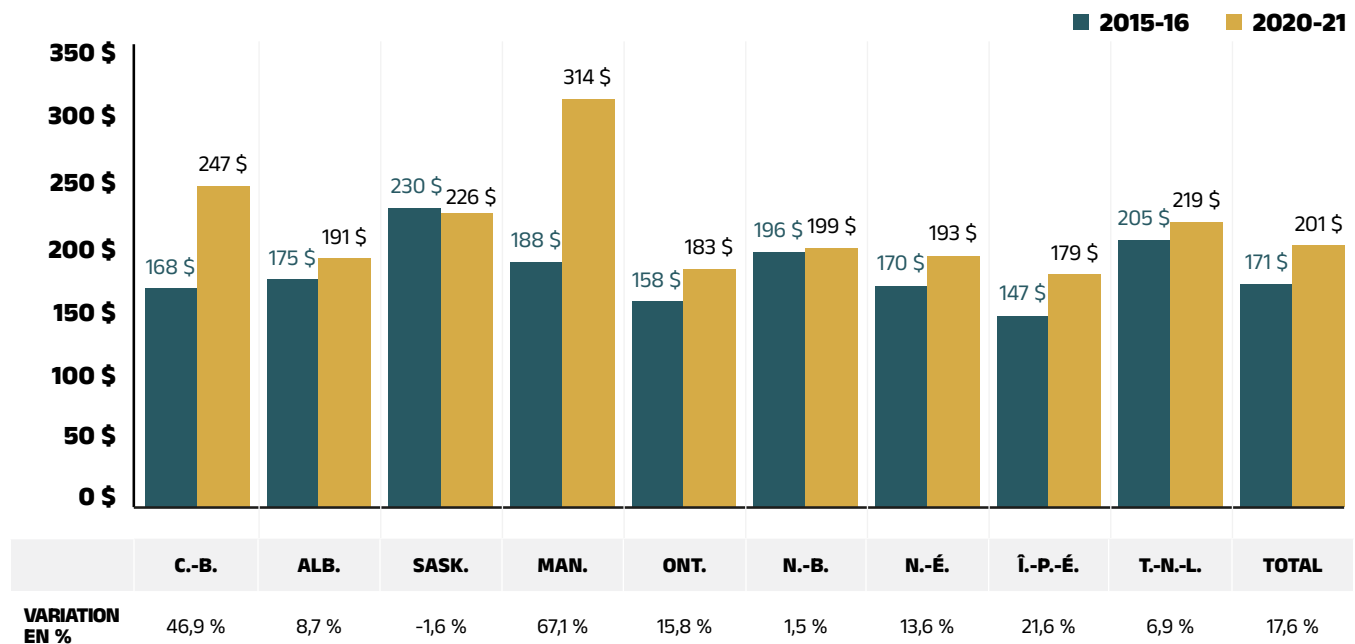
La figure 3.4 compare les coûts d'exécution d'ordonnance entre les administrations pour les médicaments génériques dont le prix a été réduit à 10 % (auparavant à 18 %) du prix de référence des médicaments de marque dans le cadre de l'entente de 2018 entre l'APP et l'ACMG. Les coûts d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés de chaque médicament sont présentés pour deux exercices : 2015-2016 et 2020-2021. Ces médicaments représentaient collectivement 19,7 % et 21,9 % des frais d'exécution d'ordonnance totaux des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP en 2015-2016 et en 2020-2021, respectivement.

Les coûts d'exécution d'ordonnance des médicaments en question sont demeurés stables ou ont augmenté entre 2015-2016 et 2020-2021 dans la plupart des provinces,

bien que l'ampleur des changements ait varié considérablement. Les taux d'augmentation les plus élevés ont été observés au Manitoba et en Colombie-Britannique. Seule la Saskatchewan a enregistré une baisse modérée. Dans quatre régimes publics du SNIUMP (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador), les coûts d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés ont dépassé 200 000 \$ en 2020-2021.

Même si des médicaments identiques 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, 2015-2016 ET 2020-2021**



**Remarque :** Les établissements de soins de longue durée ont été exclus de l'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 : Colombie-Britannique : Résidents permanents d'établissements de soins autorisés; Manitoba : Foyers de soins personnels/maisons de soins infirmiers; Nouveau-Brunswick : Particuliers dans des établissements résidentiels agréés, résidents d'une maison de soins infirmiers; Ontario : Soins de longue durée, soins à domicile et foyers de soins spéciaux. Le Yukon n'est pas déclaré en raison des limites des données.

\* 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, rosuvastatine, 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.

**Sources 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. 2020. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2020 : Regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*, Ottawa, Ontario : ICIS. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/prescribed-drug-spending-in-canada-2020-report-fr.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>

## ANNEXE A : EXAMENS ET APPROBATIONS DES MÉDICAMENTS

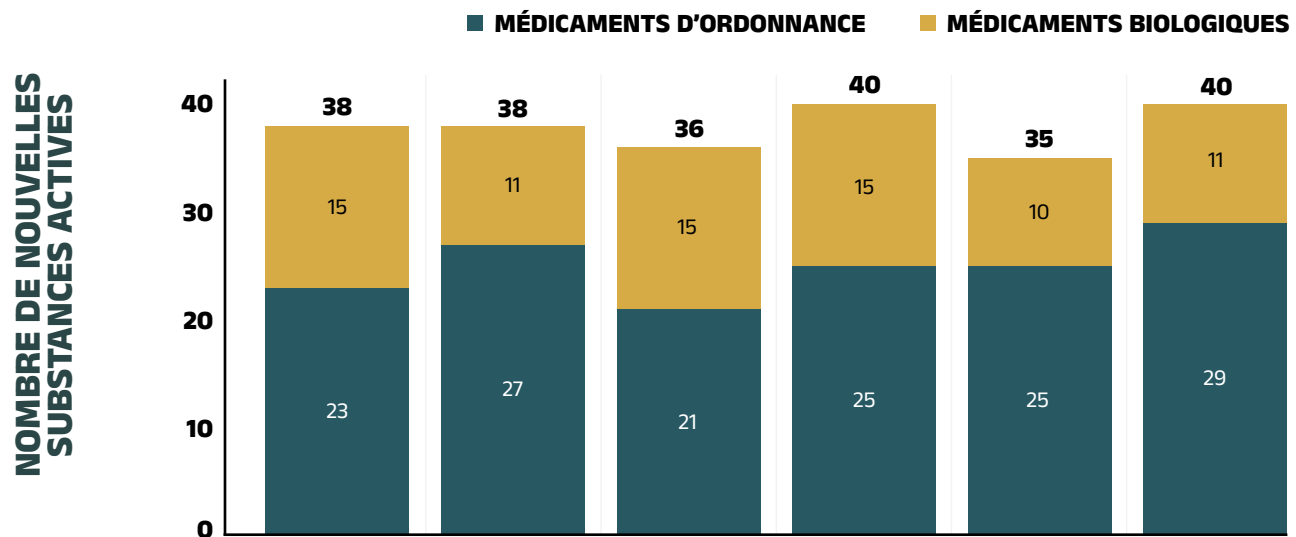
Au Canada, Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. La présente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

### Santé Canada

Santé Canada accorde l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada lorsque celui-ci a satisfait aux exigences réglementaires portant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Le ministère délivre alors un avis

de conformité (AC). En 2020, Santé Canada a délivré un AC pour 40 nouvelles substances actives : 11 médicaments biologiques et 29 médicaments à petites molécules.

**FIGURE A1 NOUVELLES SUBSTANCES ACTIVES APPROUVÉES PAR SANTÉ CANADA, 2015 À 2020**



**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.

**Sources des données :** Base de données des avis de conformité, Santé Canada.

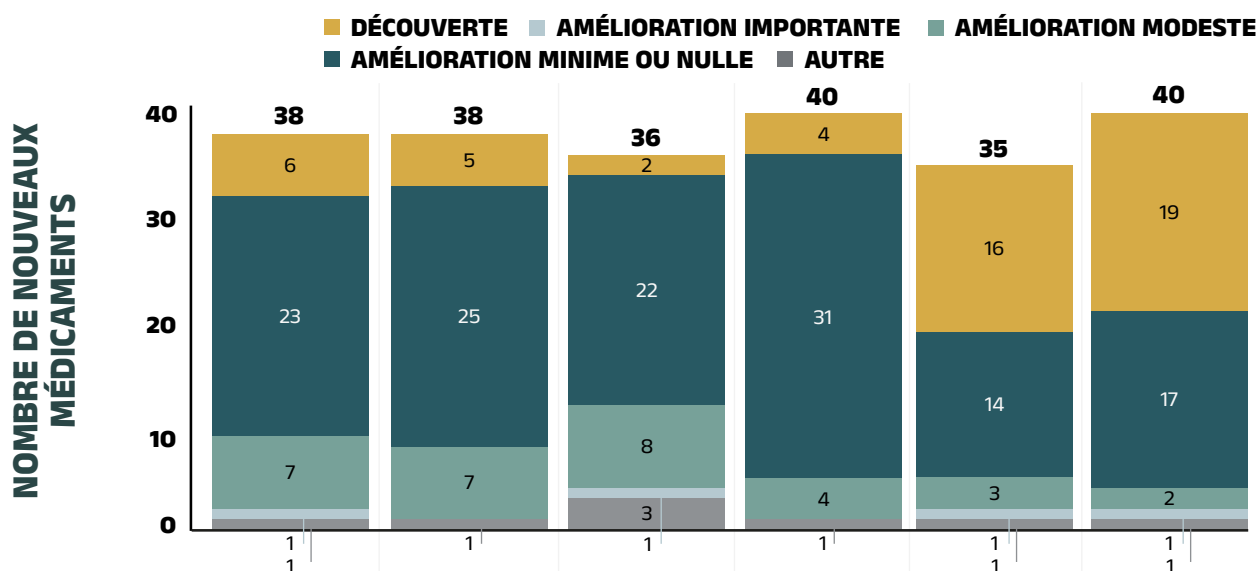
vii Il convient de noter que l'utilisation des termes « nouvelle substance active », « médicament » et « ingrédient médicamenteux » dans la présente section est conforme à la terminologie utilisée par chaque établissement.

### 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 processus actuel 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 175 des 227 médicaments approuvés par Santé Canada entre 2015 et 2020. Au cours de cette période de six ans, seulement 7 % ont été classés dans les catégories Amélioration importante ou Découverte. Les trois quarts des médicaments à l'étude ont affiché une légère amélioration ou aucune amélioration par rapport aux traitements existants, tandis que 18 % ont été classés dans la catégorie Amélioration modeste (figure A2)

**FIGURE A2 NOUVEAUX MÉDICAMENTS SELON LE NIVEAU D'AMÉLIORATION THÉRAPEUTIQUE, TELS QU'EXAMINÉS PAR LE CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS, DE 2015 À 2020\***



\*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 2020.

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



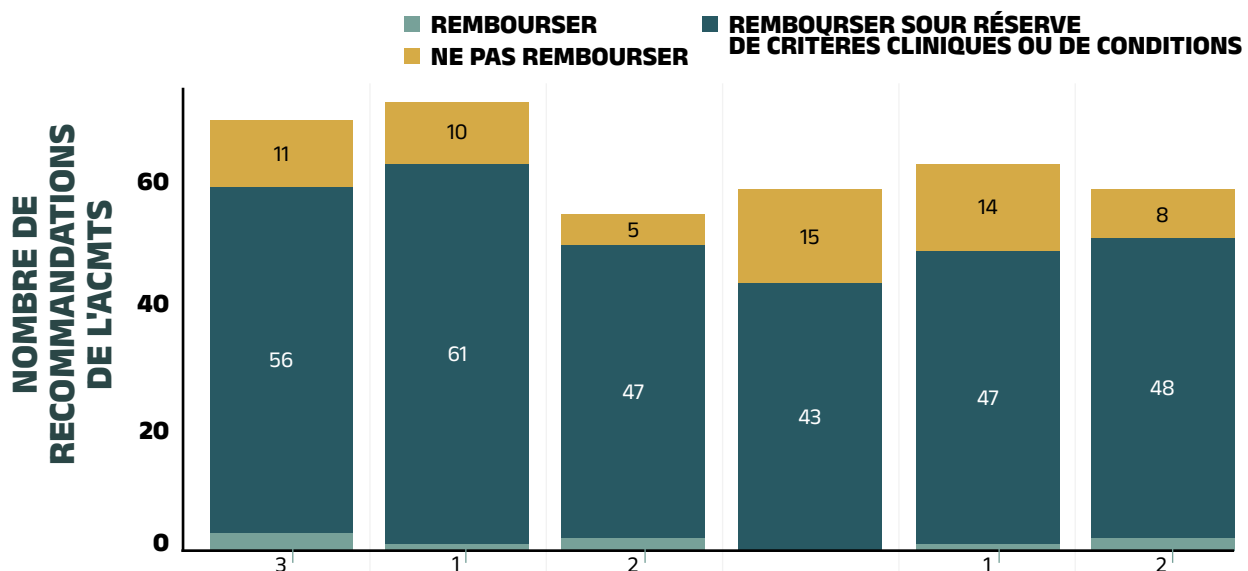


### Association canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

En date d'octobre 2020, le processus d'examen du remboursement des produits de l'ACMTS a été modifié afin qu'il ne compte plus qu'une seule voie, au lieu des différentes voies auparavant offertes (p. ex. le Programme pancanadien d'examen des médicaments oncologiques et le Programme commun d'évaluation des médicaments). L'ACMTS fournit des recommandations et des conseils en matière de remboursement aux régimes d'assurance-médicaments publics du Canada (sauf celui du Québec) en s'appuyant sur une évaluation des éléments de preuve cliniques, économiques et relatifs aux patients concernant les médicaments commercialisés au Canada. Les administrations prennent ces recommandations en délibéré lorsqu'elles déterminent les médicaments à inscrire à leur liste des médicaments et dans les négociations de prix.

La figure A3 résume les recommandations de l'ACMTS pour les exercices 2015-2016 à 2020-2021<sup>viii</sup>. Le nombre total de recommandations relatives à l'examen des remboursements, qui comprenaient auparavant le Programme commun d'évaluation des médicaments et le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques, a varié d'une année à l'autre, atteignant un sommet de 72 en 2016-2017. En 2020-2021, 58 recommandations ont été formulées : 48 médicaments ont fait l'objet de la recommandation « rembourser avec critères et conditions cliniques » et 2 ont fait l'objet de la recommandation « rembourser », alors que 8 ont fait l'objet de la recommandation « ne pas rembourser ».

**FIGURE A3 RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT À L'ISSUE DE L'EXAMEN DE L'ACMTS, DE 2015-2016 À 2020-2021**



**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 ».

**Sources des données :** Rapports d'examen en vue du remboursement de l'ACMTS.

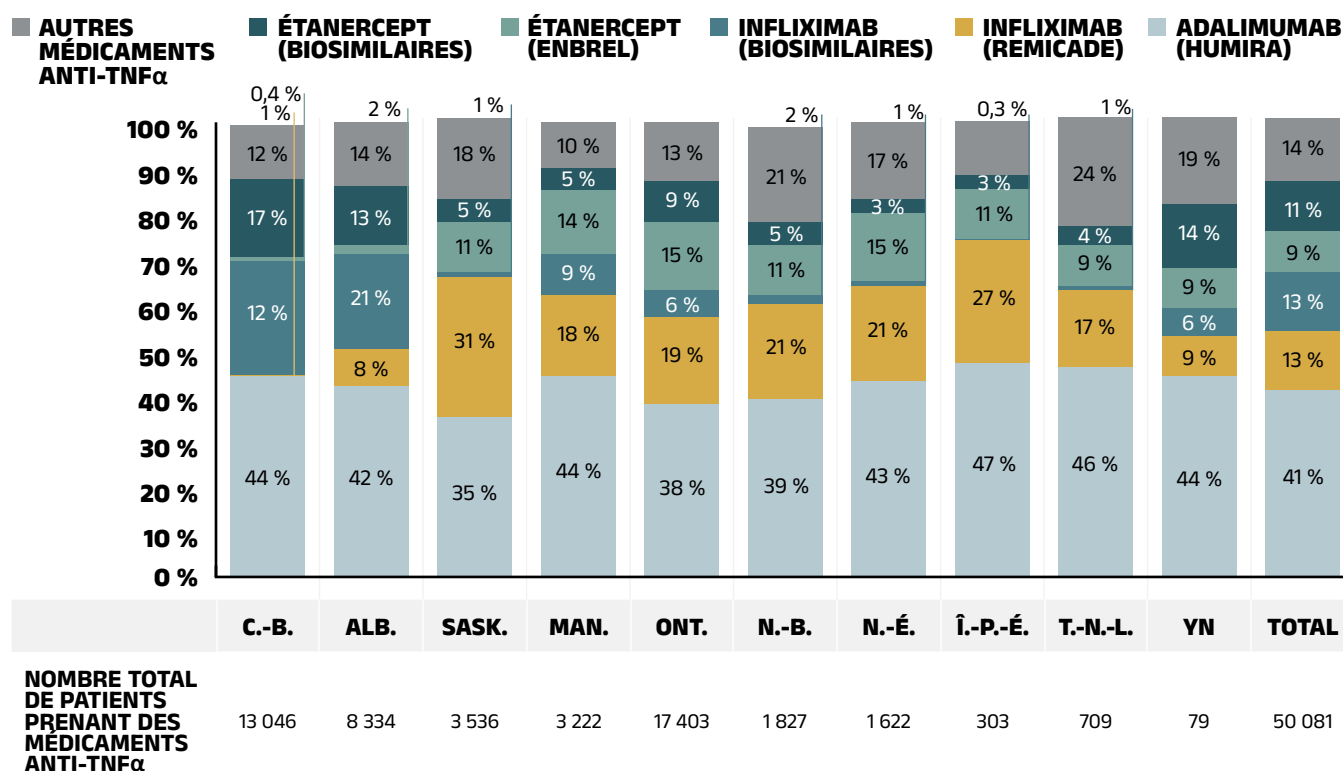
viii Rapport d'examen en vue du remboursement de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : <https://www.cadth.ca/fr/rapports-dexamen-en-vue-d-u-remboursement>

## ANNEXE B : RÉPARTITION DES PATIENTS PRENANT PART À L'INITIATIVE SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES PAR ADMINISTRATION, 2020-2021

De nombreux payeurs publics canadiens ont récemment annoncé ou entrepris des initiatives visant à accroître l'adoption des produits biosimilaires (voir l'annexe C). En 2019, la Colombie-Britannique est devenue la première province canadienne à avoir amorcé une transition vers les biosimilaires pour les patients couverts par le régime d'assurance-médicaments. À la fin de l'exercice 2020-2021, la Colombie-Britannique avait lancé trois phases de sa politique de substitution non médicale. Depuis janvier 2021, l'Alberta a aussi mis en place une politique de substitution. Ces initiatives exigent que les patients ayant recours aux médicaments biologiques de référence Remicade (influximab), Enbrel (étanercept), Lantus (insuline glargine, 100 UI/ml) et Rituxan (rituximab) pour certaines indications utilisent plutôt un produit biosimilaire.

Pour suivre le taux d'adoption des médicaments biosimilaires et étudier les effets des politiques de substitution dans les régimes publics d'assurance-médicaments, les figures B1 et B2 présentent la répartition des patients couverts qui prennent des médicaments anti-TNF $\alpha$ , de l'insuline glargine et du rituximab pour chaque administration du SNIUMP. Les prochaines éditions du présent rapport continueront de surveiller l'effet de ces initiatives au fur et à mesure qu'elles sont mises en œuvre.

**FIGURE B1** RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS ANTI-TNF $\alpha$  (L04AB), PAR ADMINISTRATION, 2020-2021

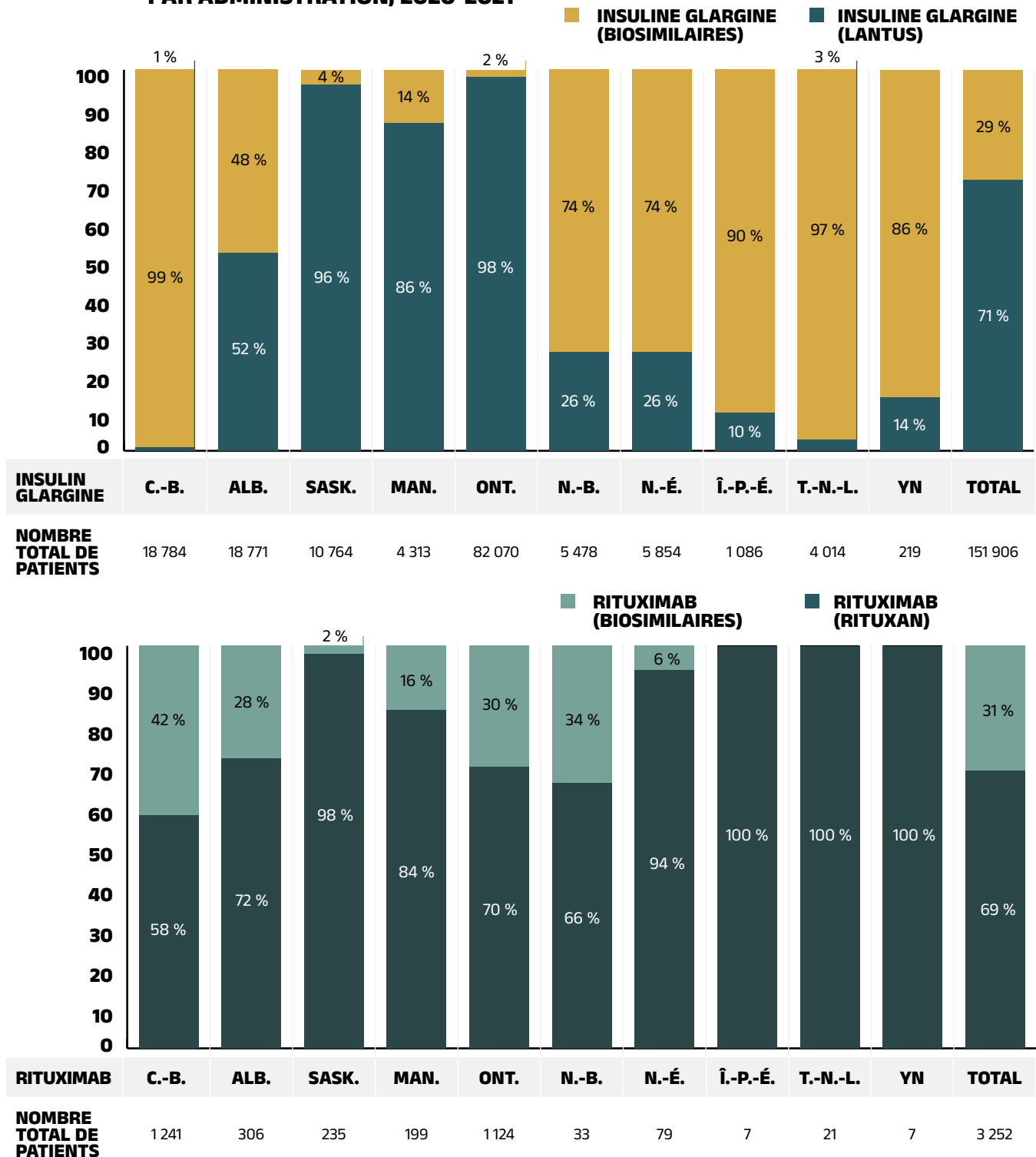


**Remarque :** Les autres médicaments anti-TNF $\alpha$  comprenaient le golimumab (Simponi) et le certolizumab péglol (Cimzia).

Les résultats ne font pas de distinction entre les différentes indications.  
Les chiffres étant arrondis, les sommes peuvent ne pas totaliser 100 %.

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

**FIGURE B2 RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS QUI PRENNENT DE L'INSULINE GLARGINE\*, DU RITUXIMAB†, PAR ADMINISTRATION, 2020-2021**



**Remarque :** Les chiffres étant arrondis, les sommes peuvent ne pas totaliser 100 %.

\* Aux fins de comparaison, la présente analyse porte seulement sur les patients qui prennent de l'insuline glargine à 100 UI/ml. Les patients qui prennent de l'insuline glargine à 300 UI/ml ou une combinaison d'insuline glargine à 100 UI/ml et à 300 UI/ml sont exclus.

† Les résultats ne font pas de distinction entre les différentes indications.

**Sources 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 : INITIATIVES DE TRANSITION VERS LES BIOSIMILAIRES MISES EN ŒUVRE PAR LES PAYEURS PUBLICS CANADIENS

Compte tenu du coût élevé des produits biologiques au Canada, les biosimilaires offrent la possibilité de réaliser d'importantes économies. Récemment, les payeurs publics canadiens ont annoncé ou entrepris un certain nombre d'initiatives visant à accroître l'adoption de biosimilaires, qui sont décrites dans le tableau ci-dessous.

	INITIATIVE
<b>COLOMBIE-BRITANNIQUE</b>	En 2019, la Colombie-Britannique est devenue la première province canadienne à avoir amorcé une transition vers les biosimilaires pour les patients couverts par le régime d'assurance-médicaments. Dans le cadre des phases 1 et 2 des initiatives stratégiques, les patients qui prennent <b>Enbrel</b> , <b>Remicade</b> et <b>Lantus</b> pour des indications particulières doivent obligatoirement passer aux versions biosimilaires de ces médicaments. La politique de substitution a été étendue aux phases 3 et 4 en 2020 et 2021 de manière à inclure <b>Rituxan</b> et <b>Humira</b> .
<b>ALBERTA</b>	En janvier 2021, l'Alberta a annoncé que tous les patients prenant <b>Enbrel</b> , <b>Remicade</b> , <b>Lantus</b> , <b>Neupogen</b> , <b>Neulasta</b> , <b>Rituxan</b> et <b>Copaxone</b> pour des indications allant de la polyarthrite rhumatoïde au diabète et à la sclérose en plaques devaient passer aux versions biosimilaires de ces médicaments. Cette politique a depuis été élargie pour inclure <b>Humira</b> , <b>Lovenox</b> et <b>Hamlog</b> .
<b>NOUVEAU-BRUNSWICK</b>	Depuis avril 2021, le Nouveau-Brunswick ne rembourse que les versions biosimilaires des indications approuvées des médicaments <b>Humira</b> , <b>Enbrel</b> , <b>Remicade</b> , <b>Lantus</b> , <b>Humalog</b> , <b>Rituxan</b> , <b>Copaxone</b> et <b>Lovenox</b> .
<b>QUÉBEC</b>	En avril 2021, le gouvernement du Québec a annoncé une politique de substitution pour des raisons non médicales selon laquelle les patients couverts par le régime public d'assurance-médicaments du Québec qui reçoivent un traitement par des médicaments biologiques sont tenus de passer à des versions biosimilaires lorsque celles-ci sont disponibles et de façon continue.
<b>Man., Ont., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L., Yn, SSNA</b>	Planification de la mise en œuvre de stratégies de remplacement de certains médicaments biologiques par leurs versions biosimilaires.

# ANNEXE D : LES 50 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS BREVETÉS SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (MILLIONS DE DOLLARS)

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
1	Adalimumab (Humira)	AbbVie Corporation	388,02 \$	115,00 \$	57,32 \$	30,02 \$	33,46 \$	120,00 \$	9,38 \$	13,49 \$	2,52 \$	5,97 \$	0,86 \$
2	Aflibercept (Eylea)	Bayer Inc.	344,15 \$	-	8,23 \$	5,53 \$	-	319,34 \$	8,63 \$	-	1,44 \$	0,43 \$	0,55 \$
3	Lénalidomide (Revlimid)	Celgene Inc.	233,94 \$	-	-	-	13,89 \$	193,97 \$	8,11 \$	10,56 \$	1,21 \$	5,97 \$	0,22 \$
4	Apixaban (Eliquis)	Bristol-Myers Squibb Canada	212,05 \$	22,04 \$	24,73 \$	8,61 \$	4,39 \$	146,88 \$	2,53 \$	2,10 \$	0,34 \$	0,29 \$	0,15 \$
5	Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa)	Gilead Sciences Canada Inc.	155,86 \$	50,69 \$	12,94 \$	6,15 \$	1,80 \$	76,42 \$	2,50 \$	1,18 \$	-	3,87 \$	0,31 \$
6	Ibrutinib (Imbruvica)	Janssen Inc.	137,67 \$	-	-	-	6,33 \$	118,01 \$	3,28 \$	5,68 \$	0,30 \$	3,82 \$	0,25 \$
7	Rivaroxaban (Xarelto)	Bayer Inc.	137,57 \$	13,77 \$	17,27 \$	7,19 \$	3,80 \$	88,23 \$	3,26 \$	2,77 \$	0,44 \$	0,84 \$	0,01 \$
8	Empagliflozine (Jardiance)	Boehringer Ingelheim	134,32 \$	10,31 \$	12,91 \$	3,58 \$	1,85 \$	102,33 \$	1,58 \$	1,39 \$	0,21 \$	0,12 \$	0,03 \$
9	Sémaglutide (Ozempic)	Novo Nordisk Canada Inc.	132,92 \$	0,62 \$	16,18 \$	0,74 \$	0,16 \$	113,17 \$	0,66 \$	0,50 \$	0,74 \$	0,10 \$	0,05 \$
10	Sitagliptine/chlorhydrate de metformine (Janumet)	Merck Canada Inc.	113,46 \$	< 0,01 \$	7,64 \$	1,11 \$	0,13 \$	103,21 \$	1,10 \$	0,25 \$	0,01 \$	0,01 \$	-
11	Sitagliptine (Januvia)	Merck Canada Inc.	109,80 \$	0,01 \$	9,34 \$	2,59 \$	1,58 \$	92,47 \$	2,84 \$	0,84 \$	0,04 \$	0,08 \$	0,01 \$
12	Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret)	AbbVie Corporation	105,95 \$	28,13 \$	5,42 \$	6,76 \$	4,20 \$	56,41 \$	1,03 \$	2,62 \$	-	1,28 \$	0,10 \$
13	Dénosumab (ProliaMC)	Amgen Canada Inc.	96,33 \$	1,49 \$	3,34 \$	1,51 \$	0,36 \$	89,10 \$	0,18 \$	0,26 \$	0,04 \$	0,03 \$	0,02 \$
14	Védolizumab (Entyvio)	Takeda Canada Inc.	90,11 \$	36,66 \$	12,40 \$	13,83 \$	7,23 \$	14,19 \$	2,44 \$	2,40 \$	0,23 \$	0,71 \$	0,03 \$
15	Palipéridone (Invega sustenna)	Janssen Inc.	88,92 \$	19,36 \$	1,33 \$	4,65 \$	2,53 \$	54,44 \$	3,51 \$	2,28 \$	0,19 \$	0,61 \$	0,04 \$
16	Fumarate de formotérol dihydraté/budésonide (Symbicort)	AstraZeneca Canada Inc.	86,32 \$	8,13 \$	11,78 \$	2,93 \$	2,37 \$	56,25 \$	1,33 \$	2,60 \$	0,19 \$	0,66 \$	0,09 \$

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
17	Étanercept (Enbrel)	Immunex Corporation	80,74 \$	2,02 \$	8,32 \$	6,96 \$	9,66 \$	45,21 \$	2,85 \$	4,01 \$	0,54 \$	1,02 \$	0,16 \$
18	Insuline glargine (Lantus)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	79,54 \$	0,27 \$	8,62 \$	8,36 \$	2,93 \$	56,31 \$	1,23 \$	1,56 \$	0,08 \$	0,13 \$	0,04 \$
19	Golimumab (Simponi)	Janssen Inc.	76,23 \$	15,01 \$	13,61 \$	8,72 \$	5,08 \$	23,60 \$	4,45 \$	2,98 \$	0,47 \$	2,15 \$	0,16 \$
20	Palbociclib (Ibrance)	Pfizer Canada ULC	72,85 \$	-	-	-	3,30 \$	61,72 \$	2,71 \$	3,06 \$	0,28 \$	1,78 \$	-
21	Ustékinumab (Stelara)	Janssen Inc.	70,27 \$	8,68 \$	12,59 \$	15,21 \$	4,01 \$	22,76 \$	3,12 \$	2,64 \$	0,32 \$	0,93 \$	0,03 \$
22	Tofacitinib (Xeljanz)	Pfizer Canada ULC	69,09 \$	12,71 \$	6,05 \$	3,15 \$	3,32 \$	39,48 \$	0,93 \$	2,49 \$	0,20 \$	0,63 \$	0,12 \$
23	Osimertinib (Tagrisso)	AstraZeneca Canada Inc.	63,79 \$	-	-	-	2,83 \$	57,34 \$	1,25 \$	1,33 \$	0,50 \$	0,51 \$	0,03 \$
24	Linagliptine (Trajenta)	Boehringer Ingelheim	59,45 \$	7,29 \$	3,86 \$	1,06 \$	0,67 \$	45,77 \$	0,72 \$	0,05 \$	0,02 \$	0,01 \$	-
25	Sacubitril/valsartan (Entresto)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	56,15 \$	6,68 \$	4,76 \$	1,53 \$	0,68 \$	39,56 \$	1,35 \$	1,33 \$	0,06 \$	0,17 \$	0,03 \$
26	Vilantérol/furoate de fluticasone (Breo Ellipta)	GlaxoSmithKline Inc.	52,18 \$	5,43 \$	5,80 \$	1,94 \$	1,84 \$	34,13 \$	1,18 \$	1,03 \$	0,25 \$	0,52 \$	0,05 \$
27	Acétate d'abiratéronne (Zytiga)	Janssen Inc.	50,84 \$	-	-	-	2,18 \$	44,21 \$	1,41 \$	2,41 \$	0,20 \$	0,36 \$	0,07 \$
28	Aripiprazole (Ablify Maintena)	Otsuka Pharmaceutical Co Ltd	49,84 \$	14,55 \$	0,68 \$	2,62 \$	0,73 \$	28,25 \$	1,38 \$	1,28 \$	0,07 \$	0,27 \$	0,02 \$
29	Fumarate de diméthyle (Tecfidera)	Biogen Canada Inc.	49,75 \$	10,13 \$	9,87 \$	6,33 \$	3,50 \$	14,25 \$	2,22 \$	1,81 \$	0,15 \$	1,35 \$	0,14 \$
30	Canagliflozine (Invokana)	Janssen Inc.	49,47 \$	< 0,01 \$	4,85 \$	1,29 \$	0,68 \$	42,26 \$	0,34 \$	0,02 \$	< 0,01 \$	0,02 \$	< 0,01 \$
31	Abacavir/lamivudine/dolutégravir (Triumeq)	Viiv Healthcare ULC	49,24 \$	-	-	1,69 \$	3,11 \$	42,74 \$	1,28 \$	-	-	0,25 \$	0,16 \$
32	Nintédanib (Ofev)	Boehringer Ingelheim	49,17 \$	6,52 \$	6,88 \$	1,46 \$	2,69 \$	27,43 \$	1,09 \$	1,85 \$	0,72 \$	0,55 \$	-
33	Sitagliptine/chlorhydrate de metformine (Janumet XR)	Merck Canada Inc.	48,34 \$	-	2,69 \$	0,27 \$	0,12 \$	44,91 \$	0,31 \$	0,04 \$	< 0,01 \$	< 0,01 \$	-
34	Éculizumab (Soliris)	Alexion Pharma GmbH	48,11 \$	-	6,42 \$	-	1,57 \$	39,15 \$	0,46 \$	-	0,51 \$	-	-
35	Omaliuzumab (Xolair)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	46,20 \$	2,18 \$	8,52 \$	2,43 \$	1,89 \$	29,18 \$	0,49 \$	1,15 \$	-	0,34 \$	0,02 \$

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
36	Pirféridone (Esbriet)	Hoffmann-La Roche Ltée	45,01 \$	3,65 \$	7,47 \$	1,45 \$	2,67 \$	25,98 \$	1,09 \$	1,49 \$	0,28 \$	0,91 \$	0,01 \$
37	Ocrélizumab (Ocrevus)	Hoffmann-La Roche Ltée	43,13 \$	0,59 \$	13,37 \$	7,87 \$	6,14 \$	11,91 \$	1,26 \$	1,10 \$	-	0,54 \$	0,36 \$
38	Ruxolitinib (Jakavi)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	42,61 \$	-	-	-	2,53 \$	36,20 \$	1,84 \$	1,44 \$	-	0,58 \$	0,02 \$
39	Abatacept (Orencia)	Bristol-Myers Squibb Canada	41,64 \$	13,04 \$	6,81 \$	2,72 \$	1,54 \$	14,53 \$	0,67 \$	1,58 \$	0,31 \$	0,40 \$	0,04 \$
40	Ténofovir alafénamide/ bictégravir/emtricitabine (Biktarvy)	Gilead Sciences Canada Inc.	40,11 \$	-	-	3,90 \$	1,64 \$	32,81 \$	1,50 \$	-	-	0,24 \$	0,03 \$
41	Sécukinumab (Cosentyx)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	38,96 \$	16,88 \$	5,40 \$	3,58 \$	5,44 \$	3,91 \$	0,81 \$	1,04 \$	0,04 \$	1,70 \$	0,15 \$
42	Enzalutamide (Xtandi)	Astellas Pharma Canada Inc.	38,34 \$	-	-	-	3,43 \$	30,05 \$	1,44 \$	1,87 \$	0,39 \$	1,12 \$	0,05 \$
43	Tocilizumab (Actemra)	Hoffmann-La Roche Ltée	37,80 \$	7,49 \$	6,42 \$	2,89 \$	2,28 \$	16,99 \$	0,40 \$	0,84 \$	0,05 \$	0,36 \$	0,08 \$
44	Octréotide (Sandostatine LAR)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	37,32 \$	0,05 \$	6,48 \$	0,52 \$	2,98 \$	25,24 \$	0,84 \$	0,77 \$	-	0,44 \$	-
45	Mirabégron (Myrbetriq)	Astellas Pharma Canada Inc.	36,87 \$	0,01 \$	3,53 \$	0,83 \$	1,00 \$	29,97 \$	0,65 \$	0,68 \$	0,05 \$	0,13 \$	0,02 \$
46	Dimésylate de lisdexamfétamine (Vyvanse)	Takeda Canada Inc.	36,18 \$	2,42 \$	2,33 \$	2,44 \$	1,97 \$	25,64 \$	0,51 \$	0,59 \$	0,08 \$	0,15 \$	0,04 \$
47	Emtricitabine/elvitégravir/ cobicistat (Genvoya)	Gilead Sciences Canada Inc.	35,18 \$	-	-	2,63 \$	2,00 \$	29,19 \$	0,87 \$	-	-	0,34 \$	0,15 \$
48	Tiotropium (Spiriva)	Boehringer Ingelheim	35,07 \$	1,92 \$	5,05 \$	1,41 \$	0,68 \$	23,36 \$	1,01 \$	1,09 \$	0,12 \$	0,31 \$	0,11 \$
49	OnabotulinumtoxinA (Botox)	Allergan Inc.	34,60 \$	5,12 \$	7,16 \$	1,13 \$	0,93 \$	18,83 \$	0,30 \$	1,08 \$	-	-	0,05 \$
50	Tiotropium (Spiriva respimat)	Boehringer Ingelheim	33,78 \$	3,46 \$	4,65 \$	1,21 \$	0,70 \$	22,15 \$	0,50 \$	0,83 \$	0,10 \$	0,14 \$	0,04 \$
<b>TOTAL</b>			4 265,23 \$	452,29 \$	373,05 \$	190,78 \$	170,79 \$	2 829,44 \$	94,82 \$	92,36 \$	13,68 \$	43,14 \$	4,87 \$
<b>PART DE TOUS LES MÉDICAMENTS BREVETÉS</b>			75 %	75 %	76 %	79 %	73 %	75 %	77 %	75 %	78 %	75 %	73 %

Sources 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 GÉNÉRIQUES DE SOURCES DIVERSES SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (MILLIONS DE \$)

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
1	Atorvastatine	61,99 \$	7,24 \$	7,47 \$	2,15 \$	1,41 \$	39,08 \$	1,34 \$	1,88 \$	0,40 \$	0,88 \$	0,13 \$
2	Rosuvastatine	54,86 \$	4,37 \$	6,49 \$	2,14 \$	0,73 \$	36,10 \$	1,41 \$	2,05 \$	0,43 \$	1,11 \$	0,04 \$
3	Pantoprazole	54,77 \$	3,71 \$	8,65 \$	2,34 \$	0,75 \$	34,41 \$	2,74 \$	1,12 \$	0,48 \$	0,52 \$	0,05 \$
4	Amlodipine	43,92 \$	5,06 \$	5,30 \$	1,67 \$	0,99 \$	27,79 \$	0,91 \$	1,37 \$	0,34 \$	0,43 \$	0,07 \$
5	Duloxétine	35,78 \$	0,77 \$	4,14 \$	1,72 \$	1,01 \$	27,43 \$	0,34 \$	0,28 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,05 \$
6	Prégabaline	34,77 \$	0,10 \$	1,81 \$	1,67 \$	0,57 \$	28,93 \$	0,75 \$	0,71 \$	0,04 \$	0,14 \$	0,04 \$
7	Candésartan	26,52 \$	2,58 \$	2,86 \$	1,27 \$	0,30 \$	17,58 \$	0,46 \$	0,79 \$	0,14 \$	0,49 \$	0,05 \$
8	Buprénorphine	24,14 \$	6,97 \$	0,81 \$	0,59 \$	0,66 \$	11,44 \$	0,72 \$	1,19 \$	0,34 \$	1,42 \$	0,01 \$
9	Escitalopram	24,01 \$	4,53 \$	2,12 \$	0,52 \$	0,30 \$	15,66 \$	0,24 \$	0,39 \$	0,06 \$	0,16 \$	0,02 \$
10	Périndopril	23,59 \$	0,48 \$	1,46 \$	0,72 \$	0,17 \$	19,39 \$	0,52 \$	0,51 \$	0,06 \$	0,26 \$	0,01 \$
11	Sertraline	22,92 \$	3,77 \$	1,47 \$	1,28 \$	0,94 \$	12,45 \$	0,87 \$	1,21 \$	0,23 \$	0,68 \$	0,02 \$
12	Gabapentine	22,44 \$	5,25 \$	2,88 \$	1,06 \$	1,21 \$	10,11 \$	0,91 \$	0,73 \$	0,16 \$	0,09 \$	0,03 \$
13	Périndopril et diurétiques	21,04 \$	-	2,88 \$	1,57 \$	0,42 \$	13,64 \$	1,05 \$	0,91 \$	0,10 \$	0,47 \$	0,01 \$
14	Aripiprazole	19,20 \$	2,93 \$	0,36 \$	0,30 \$	0,85 \$	14,19 \$	0,29 \$	0,22 \$	0,02 \$	0,03 \$	0,01 \$
15	Ramipril	18,50 \$	4,26 \$	1,93 \$	0,80 \$	0,49 \$	9,52 \$	0,40 \$	0,46 \$	0,17 \$	0,39 \$	0,08 \$
16	Nabilone	18,37 \$	2,48 \$	0,89 \$	0,02 \$	0,89 \$	12,29 \$	0,75 \$	0,82 \$	< 0,01 \$	0,23 \$	< 0,01 \$
17	Tamsulosine	17,77 \$	1,93 \$	3,41 \$	0,91 \$	0,38 \$	9,61 \$	0,49 \$	0,49 \$	0,15 \$	0,37 \$	0,04 \$
18	Quétiapine	17,57 \$	3,46 \$	0,75 \$	1,20 \$	0,65 \$	9,74 \$	0,67 \$	0,68 \$	0,05 \$	0,36 \$	0,01 \$



RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
19	Lansoprazole	17,08 \$	0,32 \$	1,09 \$	0,14 \$	0,10 \$	15,23 \$	0,13 \$	0,05 \$	< 0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$
20	Salmétérol et fluticasone	17,06 \$	1,43 \$	0,75 \$	0,45 \$	0,55 \$	12,80 \$	0,38 \$	0,44 \$	0,05 \$	0,17 \$	0,03 \$
21	Hydromorpnone	16,57 \$	4,18 \$	1,13 \$	1,03 \$	0,52 \$	8,40 \$	0,41 \$	0,61 \$	0,13 \$	0,14 \$	0,02 \$
22	Lévodopa et inhibiteur de la décarboxylase	16,47 \$	1,67 \$	1,98 \$	0,66 \$	0,39 \$	10,70 \$	0,28 \$	0,44 \$	0,09 \$	0,23 \$	0,02 \$
23	Olanzapine	16,33 \$	2,72 \$	0,56 \$	0,64 \$	0,82 \$	9,71 \$	0,85 \$	0,69 \$	0,11 \$	0,24 \$	0,01 \$
24	Métoprolol	16,15 \$	2,26 \$	2,39 \$	1,25 \$	0,81 \$	6,72 \$	0,59 \$	1,11 \$	0,20 \$	0,79 \$	0,03 \$
25	Clozapine	15,71 \$	9,17 \$	0,53 \$	1,93 \$	2,73 \$	-	0,70 \$	-	0,04 \$	0,59 \$	0,02 \$
26	Rabéprazole	15,34 \$	1,53 \$	0,43 \$	1,05 \$	0,44 \$	9,27 \$	0,19 \$	1,54 \$	0,06 \$	0,81 \$	0,01 \$
27	Metformine	15,34 \$	2,18 \$	1,90 \$	0,96 \$	0,49 \$	8,20 \$	0,41 \$	0,65 \$	0,16 \$	0,34 \$	0,04 \$
28	Clopidogrel	15,18 \$	1,55 \$	1,40 \$	0,59 \$	0,39 \$	9,76 \$	0,43 \$	0,58 \$	0,10 \$	0,37 \$	0,02 \$
29	Diltiazem	15,17 \$	2,18 \$	1,39 \$	0,60 \$	0,42 \$	9,09 \$	0,65 \$	0,53 \$	0,13 \$	0,16 \$	0,02 \$
30	Venlafaxine	14,97 \$	2,83 \$	1,33 \$	0,86 \$	0,63 \$	7,37 \$	0,63 \$	0,69 \$	0,12 \$	0,49 \$	0,02 \$
31	Acide valproïque	14,63 \$	2,96 \$	0,46 \$	0,74 \$	0,60 \$	8,40 \$	0,50 \$	0,44 \$	0,11 \$	0,41 \$	0,01 \$
32	Oxycodone et paracétamol	14,20 \$	0,60 \$	0,66 \$	-	0,48 \$	11,26 \$	0,47 \$	0,28 \$	0,09 \$	0,35 \$	0,01 \$
33	Fluoxétine	13,67 \$	3,08 \$	1,01 \$	1,05 \$	0,71 \$	6,49 \$	0,37 \$	0,49 \$	0,10 \$	0,36 \$	0,02 \$
34	Salbutamol	13,56 \$	2,13 \$	0,53 \$	0,60 \$	0,50 \$	7,79 \$	0,61 \$	0,78 \$	0,14 \$	0,45 \$	0,03 \$
35	Acide mycophénolique	12,50 \$	0,56 \$	-	1,02 \$	0,58 \$	9,95 \$	0,19 \$	0,13 \$	< 0,01 \$	0,01 \$	0,07 \$
36	Rispéridone	12,30 \$	2,35 \$	0,40 \$	0,84 \$	0,73 \$	6,38 \$	0,63 \$	0,49 \$	0,11 \$	0,35 \$	0,01 \$
37	Épinéphrine	12,25 \$	1,16 \$	0,69 \$	0,88 \$	0,27 \$	8,80 \$	0,19 \$	0,19 \$	0,01 \$	0,05 \$	< 0,01 \$
38	Méthotrexate	11,92 \$	2,12 \$	2,01 \$	0,62 \$	0,42 \$	5,66 \$	0,36 \$	0,43 \$	0,08 \$	0,19 \$	0,03 \$
39	Irbesartan	11,74 \$	0,35 \$	2,22 \$	0,49 \$	0,43 \$	7,50 \$	0,16 \$	0,41 \$	0,09 \$	0,09 \$	0,01 \$
40	Acide risédronique	11,59 \$	0,19 \$	1,51 \$	0,27 \$	0,08 \$	8,84 \$	0,21 \$	0,37 \$	0,04 \$	0,09 \$	< 0,01 \$
41	Oméprazole	11,36 \$	0,23 \$	0,99 \$	0,41 \$	1,16 \$	6,04 \$	0,69 \$	1,10 \$	0,17 \$	0,50 \$	0,07 \$
42	Lévétiracétam	11,06 \$	1,70 \$	1,10 \$	0,64 \$	0,51 \$	6,11 \$	0,26 \$	0,41 \$	0,08 \$	0,22 \$	0,02 \$

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
43	Ondansétron	10,70 \$	1,31 \$	2,64 \$	0,09 \$	1,46 \$	4,71 \$	0,18 \$	0,27 \$	0,01 \$	0,02 \$	< 0,01 \$
44	Mirtazapine	10,64 \$	1,44 \$	0,58 \$	0,42 \$	0,67 \$	6,42 \$	0,27 \$	0,41 \$	0,05 \$	0,38 \$	< 0,01 \$
45	Gliclazide	10,55 \$	0,63 \$	1,07 \$	0,52 \$	0,56 \$	6,09 \$	0,33 \$	0,73 \$	0,16 \$	0,44 \$	0,02 \$
46	Méthadone	10,37 \$	0,16 \$	0,07 \$	-	0,30 \$	9,07 \$	0,06 \$	< 0,01 \$	-	0,70 \$	-
47	Timolol, associations	10,34 \$	1,75 \$	2,01 \$	0,66 \$	0,36 \$	4,41 \$	0,35 \$	0,44 \$	0,08 \$	0,24 \$	0,03 \$
48	Ézétimibe	10,26 \$	0,05 \$	0,66 \$	0,34 \$	0,10 \$	8,40 \$	0,25 \$	0,28 \$	0,01 \$	0,16 \$	< 0,01 \$
49	Ténofovir disoproxil	10,11 \$	2,26 \$	1,02 \$	0,20 \$	0,24 \$	6,33 \$	0,02 \$	0,02 \$	-	-	0,01 \$
50	Fentanyl	9,84 \$	1,57 \$	0,86 \$	0,96 \$	0,62 \$	5,28 \$	0,20 \$	0,26 \$	0,02 \$	0,05 \$	0,02 \$
<b>TOTAL</b>		967,11 \$	118,53 \$	91,07 \$	42,81 \$	31,78 \$	600,54 \$	26,84 \$	31,07 \$	5,72 \$	17,45 \$	1,26 \$
	<b>PART DE TOUS LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES DE SOURCES DIVERSES</b>	58 %	59 %	56 %	56 %	51 %	60 %	56 %	54 %	54 %	52 %	53 %

**Sources 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 MÉDICAMENTS NON BREVETÉS DE SOURCE UNIQUE SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2020-2021 (MILLIERS DE DOLLARS)

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
1	Ranibizumab (Lucentis)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	205 046 \$	-	5 783 \$	1 179 \$	-	185 357 \$	9 418 \$	-	584 \$	2 726 \$	-
2	Insuline dégludec (Tresiba)	Novo Nordisk Canada Inc.	72 846 \$	-	9 936 \$	3 595 \$	1 826 \$	46 455 \$	2 881 \$	4 577 \$	1 814 \$	1 754 \$	9 \$
3	Insuline asparte (Novorapid)	Novo Nordisk Canada Inc.	36 962 \$	2 958 \$	3 472 \$	834 \$	1 257 \$	22 857 \$	932 \$	1 974 \$	547 \$	2 095 \$	37 \$
4	Térfilunomide (Aubagio)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada Inc.	34 465 \$	7 336 \$	2 848 \$	2 861 \$	1 382 \$	15 000 \$	1 856 \$	2 118 \$	304 \$	694 \$	65 \$
5	Mépolizumab (Nucala)	GlaxoSmithKline Inc.	29 947 \$	4 875 \$	5 301 \$	1 269 \$	169 \$	16 292 \$	1 118 \$	797 \$	-	126 \$	-
6	Goséréline (Zoladex LA)	TerSera Therapeutics LLC	25 558 \$	-	3 \$	8 \$	23 \$	22 575 \$	712 \$	1 563 \$	245 \$	346 \$	84 \$
7	Daltéparine sodique (Fragmin)	Pfizer Canada ULC	24 106 \$	4 857 \$	911 \$	390 \$	1 588 \$	14 234 \$	504 \$	1 493 \$	18 \$	1 \$	110 \$
8	Insuline détémir (Levemir Penfill)	Novo Nordisk Canada Inc.	17 981 \$	2 364 \$	2 687 \$	625 \$	132 \$	11 221 \$	171 \$	633 \$	24 \$	105 \$	20 \$
9	Darbépoéatine alfa (Aranesp HSA-free)	Amgen Canada Inc.	16 448 \$	-	8 317 \$	614 \$	36 \$	5 126 \$	1 264 \$	29 \$	-	1 047 \$	14 \$
10	Insuline lispro/insuline lispro protamine en suspension (mélange Humalog)	Eli Lilly Canada Inc.	13 746 \$	829 \$	587 \$	2 \$	505 \$	11 576 \$	118 \$	-	88 \$	33 \$	7 \$
11	Tinzaparine sodique (Innohep)	Leo Pharma Inc.	12 832 \$	378 \$	6 453 \$	1 669 \$	9 \$	4 319 \$	-	5 \$	-	-	-
12	Acide fusidique (Fucidine)	Leo Pharma Inc.	10 123 \$	968 \$	473 \$	240 \$	199 \$	7 739 \$	121 \$	224 \$	25 \$	131 \$	1 \$

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
13	Tréprostiniil (Remodulin)	United Therapeutics Corporation	8 894 \$	1 914 \$	-	59 \$	516 \$	5 356 \$	1 050 \$	-	-	-	-
14	Lévonorgestrel (Mirena)	Bayer Inc.	8 103 \$	1 738 \$	222 \$	488 \$	297 \$	4 919 \$	144 \$	150 \$	11 \$	134 \$	-
15	Énoxaparine sodique (Lovenox avec agent de conservation)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	7 983 \$	605 \$	614 \$	393 \$	17 \$	5 974 \$	159 \$	72 \$	20 \$	123 \$	7 \$
16	Dornase alfa (Pulmozyme)	Hoffmann-La Roche Ltée.	6 760 \$	2 376 \$	-	852 \$	341 \$	2 562 \$	297 \$	-	-	295 \$	37 \$
17	Tacrolimus (Protopic)	Leo Pharma Inc.	6 268 \$	132 \$	111 \$	80 \$	85 \$	5 816 \$	20 \$	19 \$	3 \$	2 \$	-
18	Œstrogènes conjugués (Premarin vaginal)	Pfizer Canada ULC	6 078 \$	973 \$	986 \$	387 \$	132 \$	3 087 \$	161 \$	151 \$	46 \$	141 \$	14 \$
19	Insuline asparte/insuline asparte protamine (Novomix)	Novo Nordisk Canada Inc.	5 959 \$	205 \$	-	-	-	5 753 \$	-	-	-	-	1 \$
20	Élosulfase alfa (Vimizim)	BioMarin International Ltd	4 491 \$	-	-	-	-	4 491 \$	-	-	-	-	-
21	Chlorhydrate de terbinafine (Lamisil)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	4 273 \$	-	325 \$	110 \$	5 \$	3 644 \$	51 \$	76 \$	-	57 \$	4 \$
22	Polysulfate de pentosan sodique (Elmiron)	Janssen Inc.	3 639 \$	1 545 \$	344 \$	118 \$	174 \$	413 \$	283 \$	626 \$	24 \$	112 \$	-
23	Phénylbutyrate de glycérol (Ravicti)	Horizon Therapeutics Ireland DAC	3 587 \$	86 \$	334 \$	358 \$	-	2 621 \$	140 \$	48 \$	-	-	-
24	Aprépitant (Emend Tri-Pack)	Lettre explicative envoyée.	3 512 \$	541 \$	451 \$	-	323 \$	2 057 \$	74 \$	37 \$	14 \$	-	14 \$
25	Décanoate de flupentixol (Fluanxol Dépôt)	Lundbeck Canada Inc.	3 224 \$	499 \$	79 \$	215 \$	132 \$	2 029 \$	61 \$	153 \$	1 \$	54 \$	1 \$
26	Défériprone (Ferriprox)	Chiesi Canada Corp.	3 077 \$	779 \$	196 \$	-	-	1 860 \$	91 \$	151 \$	-	-	-
27	Pentoxifylline (Pentoxifylline SR)	AA Pharma Inc.	3 053 \$	363 \$	321 \$	98 \$	40 \$	2 057 \$	36 \$	34 \$	14 \$	87 \$	3 \$
28	Dégarélix (Firmagon)	Ferring Inc.	2 984 \$	-	-	-	-	2 686 \$	93 \$	144 \$	5 \$	46 \$	11 \$
29	Atovaquone (Mepron)	GlaxoSmithKline Inc.	2 905 \$	46 \$	823 \$	44 \$	77 \$	1 874 \$	9 \$	-	-	17 \$	15 \$

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
30	Alemtuzumab (Lemtrada)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada Inc.	2 880 \$	2 025 \$	388 \$	157 \$	-	193 \$	-	-	71 \$	-	46 \$
31	Idursulfase (Elaprase)	Takeda Canada Inc.	2 703 \$	-	-	-	-	2 703 \$	-	-	-	-	-
32	Pimécrolimus (Elidel)	Bausch Health, Canada Inc.	2 586 \$	13 \$	-	35 \$	8 \$	2 530 \$	-	-	-	-	-
33	Vitamine A/vitamine B12/ vitamine D (Multi)	Sandoz Canada Incorporated	2 525 \$	-	-	-	-	2 525 \$	-	-	-	-	-
34	Méthylprednisolone (SoluMedrol)	Pfizer Canada ULC	2 285 \$	184 \$	126 \$	77 \$	8 \$	1 639 \$	41 \$	83 \$	70 \$	53 \$	3 \$
35	Alfacalcidol (One-alpha)	Leo Pharma Inc.	2 183 \$	659 \$	73 \$	162 \$	7 \$	1 105 \$	56 \$	94 \$	0 \$	27 \$	1 \$
36	Décanoate de zuclopenthixol (Clopixol Dépôt)	Lundbeck Canada Inc.	2 167 \$	710 \$	51 \$	252 \$	50 \$	886 \$	77 \$	76 \$	0 \$	64 \$	0 \$
37	Dexaméthasone/ tobramycine (Tobradex)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	2 144 \$	271 \$	280 \$	155 \$	17 \$	1 253 \$	43 \$	69 \$	4 \$	50 \$	2 \$
38	Acétate de médroxyprogestérone (Depo Provera)	Pfizer Canada ULC	2 044 \$	303 \$	25 \$	222 \$	112 \$	1 112 \$	82 \$	75 \$	12 \$	101 \$	-
39	Acétate de mégestrol (Megestrol)	AA Pharma Inc.	1 874 \$	148 \$	23 \$	8 \$	287 \$	1 107 \$	157 \$	109 \$	10 \$	25 \$	-
40	Chlorhydrate d'amantadine (pdp-Amantadine Hydrochloride)	Pendopharm, division de Pharmascience Inc.	1 870 \$	283 \$	177 \$	272 \$	54 \$	930 \$	44 \$	60 \$	14 \$	32 \$	4 \$
41	Chlorhydrate de diphénoxylylate/sulfate d'atropine (Lomotil)	Pfizer Canada ULC	1 784 \$	123 \$	315 \$	87 \$	20 \$	1 087 \$	41 \$	48 \$	1 \$	61 \$	0 \$
42	Dipropionate de béclométhasone (Qvar)	Bausch Health, Canada Inc.	1 657 \$	206 \$	238 \$	279 \$	61 \$	775 \$	40 \$	49 \$	3 \$	5 \$	2 \$
43	Fluorouracil (Efudex)	Bausch Health, Canada Inc.	1 561 \$	132 \$	216 \$	48 \$	17 \$	1 059 \$	30 \$	38 \$	13 \$	6 \$	2 \$
44	Icatibant (Firazyr)	Takeda Canada Inc.	1 519 \$	226 \$	89 \$	77 \$	438 \$	649 \$	-	-	-	41 \$	-
45	Extrait thyroïdien (Thyroid)	Erfa Canada 2012 Inc.	1 393 \$	380 \$	828 \$	119 \$	10 \$	-	21 \$	34 \$	0 \$	1 \$	-

RANG	INGRÉDIENTS MÉDICINAUX (NOM COMMERCIAL)	FABRICANT	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
46	Macrogol/sulfate de sodium (Peglyte pdr sol)	Pendopharm, division de Pharmascience Inc.	1 392 \$	-	-	6 \$	3 \$	1 383 \$	-	-	-	0 \$	-
47	Chlorthalidone (Chlorthalidone)	AA Pharma Inc.	1 330 \$	202 \$	119 \$	54 \$	15 \$	878 \$	15 \$	22 \$	4 \$	17 \$	5 \$
48	Calcipotriol (Dovonex)	Leo Pharma Inc.	1 276 \$	231 \$	122 \$	36 \$	97 \$	591 \$	38 \$	68 \$	11 \$	73 \$	7 \$
49	Thyrotropine alfa (Thyrogen)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada Inc.	1 270 \$	-	355 \$	-	-	864 \$	-	51 \$	-	-	-
50	Salmétérol (Serevent Diskus)	GlaxoSmithKline Inc.	1 235 \$	184 \$	187 \$	62 \$	60 \$	663 \$	29 \$	25 \$	6 \$	7 \$	11 \$
<b>TOTAL</b>			624 530 \$	42 647 \$	55 184 \$	18 596 \$	10 529 \$	443 882 \$	22 479 \$	15 979 \$	4 008 \$	10 690 \$	536 \$
<b>PART DE TOUS LES MÉDICAMENTS NON BREVETÉS DE SOURCE UNIQUE</b>			94 %	85 %	93 %	85 %	81 %	96 %	93 %	90 %	94 %	90 %	93 %

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

## ANNEXE G : LES 50 PRINCIPAUX FABRICANTS SELON LE COÛT DU MÉDICAMENT, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2017/2018 (MILLIONS DE DOLLARS)

RANG	ENTREPRISE	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
1	Janssen Inc.	897,16 \$	67,35 \$	74,76 \$	90,16 \$	55,74 \$	534,00 \$	27,54 \$	29,94 \$	4,11 \$	12,44 \$	1,13 \$
2	AbbVie Corporation	572,43 \$	148,95 \$	69,80 \$	38,40 \$	42,76 \$	228,81 \$	12,91 \$	18,23 \$	2,67 \$	8,88 \$	1,02 \$
3	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	555,41 \$	35,66 \$	39,87 \$	12,63 \$	18,85 \$	411,11 \$	18,60 \$	10,22 \$	0,99 \$	7,17 \$	0,32 \$
4	Bayer Inc.	522,45 \$	17,82 \$	26,95 \$	15,62 \$	6,58 \$	432,74 \$	13,01 \$	3,97 \$	2,08 \$	3,09 \$	0,59 \$
5	Apotex Inc.	434,06 \$	43,10 \$	29,07 \$	13,37 \$	12,29 \$	307,07 \$	11,72 \$	8,89 \$	1,83 \$	6,23 \$	0,49 \$
6	Boehringer Ingelheim	392,35 \$	41,60 \$	40,76 \$	11,70 \$	8,74 \$	271,33 \$	6,56 \$	7,76 \$	1,50 \$	2,15 \$	0,25 \$
7	Novo Nordisk Canada Inc.	298,24 \$	9,81 \$	38,39 \$	6,85 \$	4,50 \$	213,54 \$	5,67 \$	10,46 \$	3,40 \$	5,42 \$	0,22 \$
8	Merck Canada Inc.	295,60 \$	2,37 \$	20,47 \$	4,37 \$	2,78 \$	258,88 \$	4,83 \$	1,67 \$	0,06 \$	0,14 \$	0,02 \$
9	AstraZeneca Canada Inc.	288,10 \$	19,82 \$	30,09 \$	7,28 \$	9,14 \$	209,04 \$	4,19 \$	5,79 \$	0,81 \$	1,75 \$	0,18 \$
10	Gilead Sciences Canada Inc.	266,03 \$	56,18 \$	14,37 \$	14,07 \$	6,31 \$	162,28 \$	5,93 \$	1,40 \$	-	4,66 \$	0,82 \$
11	Sandoz Canada Incorporated	265,84 \$	40,08 \$	27,87 \$	11,99 \$	7,19 \$	159,63 \$	5,53 \$	7,84 \$	1,27 \$	4,03 \$	0,41 \$
12	Teva Canada Limitée	258,16 \$	32,44 \$	22,80 \$	12,93 \$	11,75 \$	152,99 \$	8,57 \$	8,97 \$	1,41 \$	5,85 \$	0,44 \$
13	Celgene Inc.	257,62 \$	0,01 \$	-	-	14,81 \$	213,51 \$	8,62 \$	11,74 \$	1,31 \$	7,40 \$	0,22 \$
14	Bristol-Myers Squibb Canada	257,55 \$	35,18 \$	31,66 \$	11,35 \$	6,55 \$	164,30 \$	3,23 \$	3,73 \$	0,65 \$	0,71 \$	0,19 \$
15	GlaxoSmithKline Inc.	254,16 \$	32,43 \$	28,62 \$	11,96 \$	7,83 \$	151,01 \$	8,43 \$	8,00 \$	1,13 \$	4,41 \$	0,33 \$
16	Pfizer Canada ULC	235,87 \$	27,12 \$	12,96 \$	6,57 \$	12,32 \$	156,46 \$	6,23 \$	9,27 \$	0,80 \$	3,83 \$	0,30 \$

RANG	ENTREPRISE	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
17	Pharmascience Inc.	213,45 \$	29,42 \$	18,78 \$	10,64 \$	8,03 \$	127,14 \$	4,76 \$	7,56 \$	1,32 \$	5,64 \$	0,16 \$
18	Hoffmann-La Roche Ltée	184,14 \$	24,74 \$	30,39 \$	16,12 \$	15,60 \$	84,23 \$	4,38 \$	4,88 \$	0,41 \$	2,71 \$	0,69 \$
19	Sanis Health Inc.	179,13 \$	19,89 \$	21,68 \$	8,64 \$	6,43 \$	103,15 \$	6,96 \$	7,22 \$	1,09 \$	3,63 \$	0,44 \$
20	Takeda Canada Inc.	165,60 \$	43,40 \$	19,61 \$	18,54 \$	11,96 \$	63,07 \$	3,31 \$	3,39 \$	1,08 \$	1,15 \$	0,09 \$
21	Sanofi-Aventis Canada Inc.	150,68 \$	3,38 \$	11,95 \$	11,09 \$	3,76 \$	112,45 \$	2,70 \$	3,68 \$	0,51 \$	1,08 \$	0,08 \$
22	Amgen Canada Inc.	148,73 \$	6,86 \$	12,47 \$	2,54 \$	0,52 \$	122,58 \$	1,79 \$	0,62 \$	0,04 \$	1,27 \$	0,03 \$
23	Allergan Inc.	133,47 \$	10,80 \$	12,03 \$	3,28 \$	2,23 \$	99,78 \$	1,36 \$	2,72 \$	0,34 \$	0,84 \$	0,08 \$
24	Eli Lilly Canada Inc.	120,28 \$	32,13 \$	10,70 \$	7,75 \$	7,54 \$	45,82 \$	4,65 \$	5,31 \$	1,26 \$	4,80 \$	0,32 \$
25	Astellas Pharma Canada Inc.	111,90 \$	0,03 \$	3,55 \$	3,09 \$	7,55 \$	90,12 \$	3,22 \$	2,56 \$	0,44 \$	1,25 \$	0,08 \$
26	Biogen Canada Inc.	103,36 \$	16,79 \$	20,38 \$	7,46 \$	9,38 \$	40,42 \$	3,85 \$	2,64 \$	0,29 \$	1,81 \$	0,34 \$
27	Sivem Pharmaceuticals ULC	100,41 \$	17,51 \$	26,31 \$	7,19 \$	8,04 \$	21,24 \$	5,17 \$	9,64 \$	2,41 \$	2,90 \$	0,01 \$
28	Mylan Pharmaceuticals ULC	95,76 \$	13,48 \$	10,68 \$	4,53 \$	5,37 \$	51,64 \$	3,84 \$	3,16 \$	0,71 \$	2,22 \$	0,14 \$
29	Immunex Corporation	85,35 \$	2,34 \$	8,92 \$	7,29 \$	9,91 \$	47,75 \$	2,87 \$	4,48 \$	0,54 \$	1,08 \$	0,17 \$
30	Celltrion Healthcare Co., Ltd	77,17 \$	36,43 \$	18,83 \$	0,74 \$	5,53 \$	14,97 \$	0,38 \$	0,16 \$	0,01 \$	0,08 \$	0,04 \$
31	Purdue Pharma	68,73 \$	5,46 \$	7,33 \$	4,77 \$	3,28 \$	42,44 \$	2,34 \$	2,45 \$	0,14 \$	0,46 \$	0,06 \$
32	AA Pharma Inc.	67,06 \$	15,29 \$	6,11 \$	4,09 \$	2,65 \$	31,16 \$	2,32 \$	2,94 \$	0,47 \$	1,95 \$	0,09 \$
33	Auro Pharma Inc.	66,30 \$	7,69 \$	5,02 \$	1,80 \$	1,34 \$	47,83 \$	0,65 \$	1,23 \$	0,19 \$	0,47 \$	0,08 \$
34	Viiv Healthcare ULC	65,65 \$	-	-	2,64 \$	4,11 \$	56,60 \$	1,73 \$	-	-	0,41 \$	0,16 \$
35	Otsuka Pharmaceutical Co Ltd	59,83 \$	15,52 \$	1,51 \$	2,73 \$	1,00 \$	35,99 \$	1,43 \$	1,29 \$	0,07 \$	0,27 \$	0,02 \$
36	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-Aventis Canada Inc.	55,19 \$	9,36 \$	3,59 \$	3,70 \$	3,39 \$	29,66 \$	1,91 \$	2,40 \$	0,38 \$	0,69 \$	0,11 \$
37	Alexion Pharma GmbH	51,92 \$	-	8,92 \$	-	1,57 \$	40,45 \$	0,46 \$	-	0,51 \$	-	-



RANG	ENTREPRISE	TOTAL	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN
38	Bausch Health, Canada Inc.	50,05 \$	3,96 \$	5,59 \$	1,53 \$	1,16 \$	34,37 \$	1,33 \$	1,18 \$	0,19 \$	0,71 \$	0,02 \$
39	Samsung Bioepis Co., Ltd	49,60 \$	27,97 \$	6,59 \$	1,47 \$	1,52 \$	10,82 \$	0,61 \$	0,32 \$	0,05 \$	0,17 \$	0,07 \$
40	Leo Pharma Inc.	46,40 \$	3,06 \$	8,49 \$	3,06 \$	0,45 \$	29,89 \$	0,47 \$	0,47 \$	0,05 \$	0,44 \$	0,02 \$
41	Taro Pharmaceuticals Inc.	44,70 \$	4,66 \$	2,72 \$	1,84 \$	1,82 \$	30,02 \$	0,94 \$	1,62 \$	0,27 \$	0,77 \$	0,05 \$
42	BGP Pharma ULC	40,81 \$	6,08 \$	5,45 \$	1,86 \$	1,34 \$	22,36 \$	1,22 \$	1,72 \$	0,27 \$	0,46 \$	0,06 \$
43	Organon Canada Inc.	36,21 \$	3,27 \$	3,87 \$	1,08 \$	0,47 \$	24,90 \$	1,31 \$	0,69 \$	0,13 \$	0,46 \$	0,03 \$
44	UCB Canada Inc.	35,54 \$	8,97 \$	3,36 \$	2,46 \$	0,84 \$	17,14 \$	0,51 \$	1,54 \$	0,18 \$	0,41 \$	0,13 \$
45	JAMP Pharma Corporation	32,89 \$	3,67 \$	3,71 \$	1,29 \$	0,84 \$	21,31 \$	0,83 \$	0,57 \$	0,14 \$	0,50 \$	0,03 \$
46	Marcan Pharmaceuticals Inc.	31,26 \$	3,14 \$	2,93 \$	1,45 \$	0,88 \$	19,85 \$	0,71 \$	1,33 \$	0,14 \$	0,75 \$	0,06 \$
47	Sun Pharma Canada Inc.	29,16 \$	2,95 \$	2,29 \$	0,82 \$	0,37 \$	20,97 \$	0,61 \$	0,63 \$	0,09 \$	0,39 \$	0,04 \$
48	Mint Pharmaceuticals Inc.	29,13 \$	3,77 \$	2,20 \$	1,13 \$	0,61 \$	19,64 \$	0,42 \$	0,80 \$	0,12 \$	0,27 \$	0,18 \$
49	TerSera Therapeutics LLC	25,56 \$	-	< 0,01 \$	0,01 \$	0,02 \$	22,57 \$	0,71 \$	1,56 \$	0,25 \$	0,35 \$	0,08 \$
50	Covis Pharma GmbH	23,20 \$	1,15 \$	1,09 \$	0,35 \$	0,14 \$	19,42 \$	0,38 \$	0,36 \$	0,18 \$	0,14 \$	0,01 \$
<b>TOTAL</b>		8 829,64 \$	993,11 \$	815,48 \$	416,24 \$	357,78 \$	5 628,49 \$	221,68 \$	228,97 \$	38,31 \$	118,68 \$	10,91 \$

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