

10^e édition
**COM
PAS
RX**

Rapport annuel
sur les dépenses
des régimes publics
d'assurance médicaments
2022-2023

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
Octobre 2025

Le document *CompasRx, 10^e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, 2022-2023* est offert en format électronique sur le site Web Canada.ca.

This document is also available in English under the title:
CompasRx, 10th edition: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2022/23.

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

Tél. : 1-877-861-2350

ATS : 613-288-9654

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

Site Web : <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes.html>

ISSN 2369-0526

No de cat. : H79-6F-PDF

Citation suggérée :

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (2025). *CompasRx, 10^e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, 2022-2023*. Ottawa : CEPMB.

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par l'initiative de recherche du SNIUMP du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2025

À PROPOS DE COMPASRX

CompasRx est une publication annuelle du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) qui explore les tendances relatives aux dépenses en médicaments prescrits, qu'ils soient brevetés ou non brevetés, assumées par les régimes publics d'assurance médicaments du Canada. Ce rapport met l'accent sur les éléments qui contribuent à la variation annuelle des coûts des médicaments et des coûts d'exécution d'ordonnance (aussi appelés « coûts de délivrance »), parmi lesquels le passage de médicaments à bas prix à des médicaments à prix 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

Le mandat du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) consiste à protéger et à informer les Canadiens et Canadiennes en s'assurant que les médicaments brevetés ne sont pas vendus au Canada à des prix excessifs et en rendant compte des tendances observées au chapitre des prix des produits pharmaceutiques ainsi que des activités de recherche et développement menées par les titulaires de brevets. En tant qu'organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires, le CEPMB fait partie du portefeuille de la Santé et exécute son mandat en toute indépendance à l'égard de la ministre de la Santé.

INITIATIVE DE RECHERCHE DU SNIUMP

L'initiative de recherche du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) a été 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 application de l'article 90 de la *Loi sur les brevets*, le CEPMB procède à des analyses pour fournir aux décideurs des renseignements essentiels sur les tendances relatives aux prix, à l'utilisation et aux coûts des médicaments, et ce, afin que les responsables du système de santé canadien disposent de renseignements complets et exacts sur l'utilisation des médicaments et sur les facteurs d'augmentation des coûts.

Les priorités et méthodes de recherche propres à l'initiative de recherche du SNIUMP sont établies avec l'aide du comité consultatif du SNIUMP et tiennent compte des priorités des instances participantes. 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, du Yukon, du Programme des services de santé non assurés (SSNA) et de Santé Canada. Il comprend également des observateurs de l'ICIS, de l'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC), 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 de recherche 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 l'avis des membres ou de leur organisation respective.

Nous remercions Yvonne Zhang d'avoir dirigé ce projet, ainsi que Kevin Pothier et Étienne Gaudette, Ph. D., pour leur supervision et leur contribution au rapport. Le CEPMB tient également à souligner l'assistance technique de Lokanadha Cheruvu ainsi que la contribution de Shirin Paynter à la rédaction.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

L'initiative de recherche du SNIUMP fonctionne indépendamment des activités réglementaires du Conseil 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 aucune information qui soit confidentielle ou protégée aux termes 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 ni à nier qu'il fait l'objet d'une déclaration soumise en application des articles 80, 81 ou 82 de la *Loi* ou que son prix est ou n'est pas excessif au sens de l'article 85 de la *Loi*.

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 en médicaments prescrits assumées par les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP ont augmenté : la hausse a été de 7,4 % en 2022-2023, et celles-ci ont atteint 14,1 milliards de dollars, ce qui représente un rythme plus rapide que la croissance annuelle des dépenses totales de santé de 2022ⁱ, établie à 1,7 %, et que la variation annuelle de 4,9 % de l'indice des prix à la consommation (IPC) dans le domaine de la santé et des soins personnels de 2022-2023ⁱⁱ; l'ampleur de la hausse des coûts n'était pas la même pour chacune des deux principales composantes, soit les coûts des médicaments (7,9 %) et les coûts d'exécution d'ordonnance (4,5 %). La croissance globale des dépenses en médicaments prescrits a été principalement attribuable à une augmentation soutenue de l'utilisation de médicaments plus récents et plus coûteux, ainsi qu'à la remontée notable, après la pandémie, du nombre de bénéficiaires actifs.

Le rapport *CompasRx* du CEPMB offre un suivi et une analyse des facteurs d'évolution des coûts qui influent sur les dépenses en médicaments prescrits, qu'ils soient brevetés ou non brevetés, assumées par les régimes publics d'assurance médicaments du Canada. Cette dixième édition de *CompasRx* comprend un aperçu des facteurs qui ont fait croître les coûts des médicaments et les coûts d'exécution d'ordonnance en 2022-2023, 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 et Yukon.

Les constatations faites dans le rapport éclaireront les discussions sur les politiques et aideront les décideurs à prévoir l'évolution des facteurs de croissance des coûts et à y réagir.

i Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des dépenses nationales de santé](#). Publication consultée en juin 2025.

ii Statistique Canada. Tableau 18-10-0004-01 Indice des prix à la consommation mensuel, non désaisonnalisé [tableaux de données].

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Les principales constatations couvrent les trois domaines d'analyse de *CompasRx*, à savoir les tendances relatives aux dépenses en médicaments prescrits, les facteurs de coûts des médicaments, et les facteurs de coûts d'exécution d'ordonnance.

Dépenses en médicaments prescrits

Les dépenses en médicaments prescrits assumées par les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP ont augmenté de 7,4 % en 2022-2023; il y avait déjà eu une hausse de 6,8 % en 2021-2022.

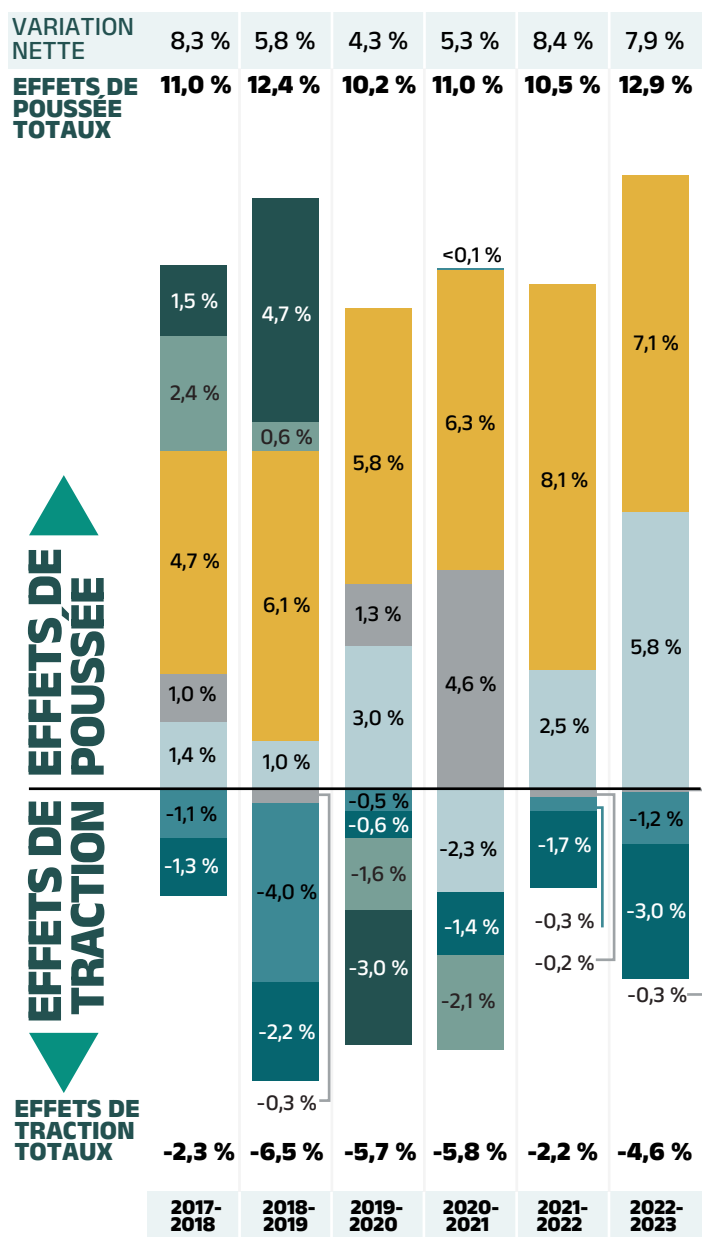
- Entre 2017-2018 et 2022-2023, les dépenses totales en médicaments prescrits assumées par les régimes publics d'assurance médicaments du Canada ont augmenté de 3,4 milliards de dollars, atteignant un taux de croissance annuel composé de 5,9 %.
- Les coûts des médicaments proprement dits, qui représentent 83 % des dépenses en médicaments prescrits, ont connu une hausse de 7,9 % de 2021-2022 à 2022-2023, tandis que les coûts d'exécution d'ordonnance, qui représentent les 17 % restants des dépenses, ont augmenté de 4,5 %.
- Les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP ont payé en moyenne 88 % du total des coûts d'ordonnance de 14,1 milliards de dollars, pour 300 millions d'ordonnances, en 2022-2023.
- Le nombre total de bénéficiaires actifs des régimes publics du SNIUMP a augmenté de 7,4 % entre 2021-2022 et 2022-2023, pour atteindre 6,6 millions, soit un retour à la tendance de croissance antérieure à la pandémie de COVID-19.

Coûts des médicaments

La croissance des coûts des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP en 2022-2023 s'explique principalement par une augmentation soutenue de l'utilisation de médicaments onéreux, combinée à la reprise, après la pandémie, du nombre de bénéficiaires actifs.

- L'utilisation accrue de médicaments onéreux est demeurée le facteur le plus prononcé en 2022-2023 : elle a fait grimper les coûts de 7,1 %.
- En 2022-2023, les médicaments coûtant plus de 10 000 \$ et plus de 25 000 \$ par année étaient respectivement utilisés par moins de 3 % et moins de 1 % des bénéficiaires, mais représentaient respectivement plus de 37 % et plus de 20 % du coût des médicaments. Sur 6,6 millions de bénéficiaires actifs, les 7,6 % dont le coût annuel des médicaments dépassait 5 000 \$ représentaient 62,3 % du coût total des médicaments assumé par les régimes publics.
- L'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs en 2022-2023 a donné lieu à un effet de poussée démographique (facteur à la hausse) de 5,8 %, mais la réduction du nombre de demandes par patient a entraîné un effet de traction (facteur à la baisse) du volume de 0,3 %.
- La variation des prix a eu pour effet de réduire le coût des médicaments de 1,2 %, tandis que la substitution a eu pour effet de faire baisser le coût de 3,0 %.

APERÇU DES FACTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS



COMBINAISON DE MÉDICAMENTS

L'utilisation accrue de médicaments onéreux a exercé l'effet de poussée le plus important, contribuant pour 7,1 % de la croissance globale.

Le nombre de médicaments onéreux a augmenté, passant de 107 en 2017-2018 à 158 en 2022-2023.

Les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP, atteignant 32,6 %.

Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs représentaient 27,1 % des coûts des médicaments, soit la plus grande part attribuable à une seule classe thérapeutique.

Les 10 médicaments les plus onéreux de 2022-2023 avaient tous des coûts de traitement moyens supérieurs à 300 000 \$.

DÉMOGRAPHIE

Le rétablissement du nombre de bénéficiaires actifs à la suite de la pandémie s'est traduit par un effet de poussée démographique de 5,8 %.

VOLUME

Une légère baisse de l'utilisation de médicaments par rapport au nombre de bénéficiaires actifs a donné lieu à un effet « volume » de -0,3 %.

VARIATION DE PRIX

La variation des prix a eu un effet plus prononcé en 2022-2023 qu'au cours de l'année précédente et a été à l'origine d'une baisse de 1,2 % du coût des médicaments.

SUBSTITUTION

Le passage des médicaments de marque aux médicaments génériques ou biosimilaires a fait baisser les coûts globaux des médicaments de 3,0 %, en grande partie grâce aux médicaments génériques, tandis que la contribution des produits biosimilaires est demeurée stable.

COMBINAISON DE MÉDICAMENTS, MÉDICAMENTS ADD*

ASSURANCE-SANTÉ PLUS*

Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements publics sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels sur les prix des médicaments négociés par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique au nom des régimes publics.

Il se peut que l'addition des valeurs ne corresponde pas aux totaux parce que les valeurs ont été arrondies et qu'il y a eu un effet d'interaction (pour plus de détails, voir la section 2).

* Aucune déclaration depuis 2020-2021 (voir la section sur les méthodes de l'édition précédente).

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

Coûts d'exécution d'ordonnance

Les frais liés à l'exécution des ordonnances au sein des régimes publics du SNIUMP ont augmenté de 4,5 % en 2022-2023, revenant ainsi à la tendance de croissance observée avant la pandémie.

- L'effet démographique, c'est-à-dire le rebond important du nombre de bénéficiaires actifs après la pandémie, est le facteur qui a le plus contribué à la croissance annuelle des coûts d'exécution d'ordonnance en 2022-2023 : il les a fait grimper de 5,1 %.
- Cette hausse a été partiellement compensée par un effet à la baisse de -2,2 %, attribuable à la diminution de la quantité de médicaments délivrés aux patients.
- De plus, des frais moyens d'exécution plus élevés par ordonnance et une taille globale d'ordonnance légèrement plus petite ont entraîné une hausse des coûts de 1,0 % et de 0,5 %, respectivement.



TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iv
PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	v
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES.....	2
LIMITES.....	4
1. TENDANCES DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS, DE 2017-2018 À 2022-2023.....	5
2. FACTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS, DE 2021-2022 À 2022-2023.....	14
3. FACTEURS DE COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, DE 2021-2022 À 2022-2023.....	33
RÉFÉRENCES.....	39
ANNEXE A : RÉPARTITION DES PATIENTS PRENANT PART À L'INITIATIVE SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES PAR ADMINISTRATION, 2022-2023.....	40
ANNEXE B : INITIATIVES DE TRANSITION VERS LES BIOSIMILAIRES MISES EN ŒUVRE PAR LES PAYEURS PUBLICS CANADIENS.....	43

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 avait atteint 42,1 milliards de dollars en 2023; la part la plus importante a été financée par les régimes publics d'assurance médicaments (42 % ⁱⁱⁱ) et le reste a été payé par les régimes privés ou par les ménages et les particuliers¹.

Cette édition du rapport porte sur l'exercice financier 2022-2023 et propose un regard rétrospectif sur les tendances récentes. Les résultats aideront les parties prenantes à anticiper et à réagir aux pressions croissantes sur les coûts qui touchent les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada.

L'analyse porte sur les régimes publics d'assurance médicaments qui participent au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP); celui-ci englobe tous les régimes publics provinciaux (à l'exception du Québec), ainsi que le régime du Yukon. Ces régimes représentent environ le tiers (35 %) des dépenses annuelles totales consacrées aux médicaments prescrits au Canada¹.

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 du 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 de l'ICIS².

ⁱⁱⁱ Les dépenses des programmes publics d'assurance médicaments comprennent le Québec ainsi que les régimes publics du SNIUMP. Elles ne comprennent pas la partie du coût des médicaments payée par la personne ou un assureur privé tiers, conformément au document [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2023 – Notes méthodologiques](#).

DONNÉES

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 et Yukon. Le Programme des services de santé non assurés (SSNA), qui était inclus dans les éditions précédentes, jusqu'à l'édition qui portait sur l'exercice 2020-2021, a été exclu de cette édition-ci conformément aux normes actuelles d'utilisation et de communication des données. Les résultats comparatifs passés ont été révisés en conséquence, sauf pour ce qui est des facteurs de coût des médicaments et de coût d'exécution, car l'exclusion des données des SSNA n'aurait eu qu'un effet négligeable sur la contribution relative des facteurs de coût. Par conséquent, dans le présent rapport, il se peut que certaines données qui concernent les exercices antérieurs diffèrent légèrement de celles publiées dans les éditions précédentes de *CompasRx*.

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 présentés pour la Saskatchewan et le Manitoba incluent les dépenses acceptées en médicaments d'ordonnance pour les personnes admissibles à une couverture, mais qui n'ont pas présenté de demande et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

Pour 2022-2023, ont été exclus de l'analyse les bénéficiaires actifs qui avaient reçu un remboursement public uniquement en raison de l'utilisation de tests rapides de détection d'antigènes de la COVID-19 ou d'ordonnances de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments du SNIUMP. L'inclusion de ces bénéficiaires, qui sont possiblement des personnes n'ayant habituellement pas droit au remboursement des médicaments d'usage courant au titre d'un régime public d'assurance médicaments, aurait pu gonfler artificiellement le nombre de bénéficiaires actifs et les paramètres d'utilisation (en particulier dans les provinces où il y avait des sous-programmes d'immunisation ou propres à la pandémie ^{iv}), alors que leur incidence sur le coût des médicaments et d'exécution d'ordonnance était négligeable. On a appliqué cet ajustement de façon universelle pour toutes les administrations afin d'assurer l'uniformité des données incluses dans le rapport. Aux fins des prochaines éditions du rapport *CompasRx*, on continuera de suivre de près la situation et, au besoin, de peaufiner les critères d'inclusion en réponse aux défis changeants en matière de santé publique.

La fréquence d'exécution des ordonnances des sous-régimes de soins de longue durée (SLD) n'est habituellement pas typique, en raison des besoins particuliers des patients. En ce qui concerne l'Ontario, les ordonnances des sous-régimes de SLD ont donc été séparées de l'analyse des coûts d'exécution d'ordonnance, car leur ampleur aurait eu un effet notable.

ANALYSES

Le rapport comprend trois sections principales. La section 1 présente les tendances globales des dépenses en médicaments prescrits; elle met l'accent sur les taux de variation annuels des dépenses en médicaments et aborde les facteurs démographiques. Les sections 2 et 3 fournissent des renseignements détaillés sur les éléments qui influent sur les dépenses.

^{iv} Voici quelques exemples : en Colombie-Britannique, le « Plan Z – Assurance »; au Nouveau-Brunswick, les vaccins et programmes administrés par les pharmaciens et financés par l'État; à Terre-Neuve-et-Labrador, le plan provincial en cas de pandémie.

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

Du point de vue du partage des coûts, les dépenses indiquées dans le présent rapport 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 coûts d'ordonnance payées par les régimes et de celles payées par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

Du point de vue de l'établissement des prix des produits pharmaceutiques, les coûts d'un régime d'assurance pour les médicaments prescrits se mesure par le total de deux composantes, soit les coûts des médicaments prescrits (marges bénéficiaires comprises) et les coûts d'exécution d'ordonnance, représentés ici par cette formule :

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

La section 2, « Facteurs de coûts des médicaments », et la section 3, « Facteurs de coûts d'exécution d'ordonnance », décrivent en détail chaque composante de cette formule, par l'analyse des tendances et l'ajout de contexte supplémentaire sous forme d'aperçus.

Dans la présente édition du rapport *CompasRx*, on décompose les données sur les bénéficiaires en fonction de l'âge (personnes âgées et non âgées) et du sexe. Ces analyses offrent une vision plus détaillée de la composition du groupe des bénéficiaires actifs selon l'âge et le sexe et permettent de rendre compte des différences dans les coûts d'ordonnance entre les groupes démographiques et les administrations. On dispose ainsi de plus de contexte quant à l'interaction entre, d'une part, les facteurs démographiques et, d'autre part, les approches stratégiques, la conception du régime et l'admissibilité, interaction qui contribue aux différences entre les administrations sur le plan des dépenses du régime public d'assurance médicaments.

L'analyse des facteurs de coûts des médicaments et de l'exécution des ordonnances suit la démarche méthodologique décrite dans le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance : Un rapport méthodologique*³. Les coûts des médicaments incluent toute marge bénéficiaire associée à ceux-ci. On a limité les analyses de la taille moyenne des ordonnances, ainsi que de l'établissement du prix des médicaments, 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 établi par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur les statistiques pharmaceutiques. Les vaccins et les services pharmaceutiques ne sont pas représentés dans le rapport.

À compter de la présente édition, les médicaments nouvellement approuvés au Canada, leur évaluation clinique et leur évaluation sur le plan de l'économie de la santé (qui étaient jusqu'ici présentés en annexe) ne figurent plus parmi les analyses. Ces renseignements seront dorénavant consignés dans le rapport *Veille des médicaments mis en marché*, une initiative de recherche du SNIUMP.

Les tableaux de données complémentaires sur les dépenses publiques en médicaments au Canada figurent dans le fichier de données d'accompagnement, accessible sur le [site Web Canada.ca](http://site.Web.Canada.ca).

Un glossaire des termes utilisés dans les études du SNIUMP est également accessible sur le [site Web Canada.ca](http://site.Web.Canada.ca).



LIMITES

Les dépenses en médicaments indiquées dans le présent rapport correspondent aux coûts directement liés aux ordonnances et n'incluent pas les dépenses de fonctionnement plus générales des programmes, comme les coûts administratifs et les coûts liés aux ressources humaines. Les niveaux de dépenses en médicaments et d'utilisation de ceux-ci varient considérablement selon la province ou le territoire, et les comparaisons entre les régimes publics d'assurance médicaments sont limitées par les différences de structure et de politiques, ainsi que par les profils démographiques et sanitaires distincts des populations de 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.

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 de l'ICIS².

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

Le nombre de médicaments oncologiques et d'autres médicaments onéreux couverts par les régimes publics peut être sous-estimé, car certains sont remboursés par l'entremise de programmes spécialisés, par exemple de soins aux personnes atteintes de cancer, dont les données ne rendent pas compte.

Les coûts déclarés des médicaments correspondent aux montants que les régimes publics ont accepté de rembourser, ce qui ne reflète pas les ristournes et les remises ni les réductions de prix découlant des ententes confidentielles portant sur l'inscription des produits à la liste.

1. TENDANCES DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS, DE 2017-2018 À 2022-2023

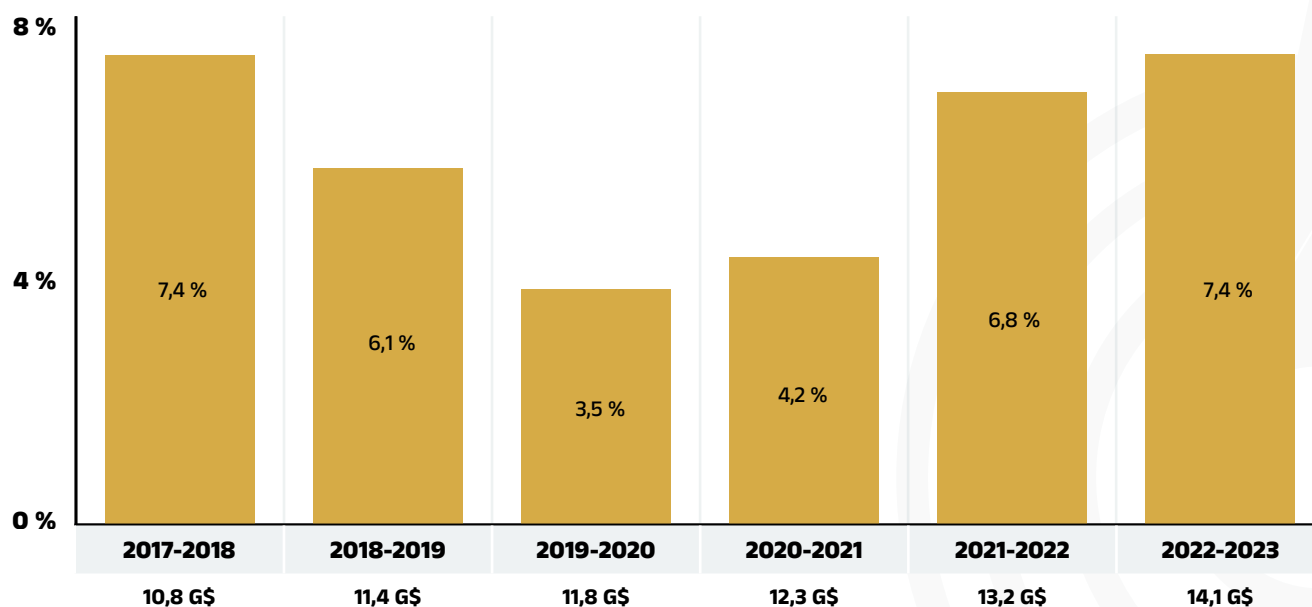
Les dépenses des régimes publics en médicaments prescrits ont augmenté de 7,4 % en 2022-2023. Il s'agissait d'un retour au taux de variation le plus élevé, observé pour la dernière fois en 2017-2018. La croissance a été principalement attribuable à l'augmentation de l'utilisation de médicaments récents et onéreux, ainsi qu'à la remontée notable, après la pandémie, du nombre de bénéficiaires actifs.

DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

$$\text{DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS} = \text{COÛTS DES MÉDICAMENTS (83 \%)} + \text{COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE (17 \%)}$$

Entre 2017-2018 et 2022-2023, les dépenses annuelles en médicaments prescrits pour les régimes publics d'assurance médicaments ont connu un taux de croissance annuel composé de 5,9 % : elles sont passées de 10,8 milliards à 14,1 milliards de dollars, et près de 1 milliard de cette croissance a eu lieu au cours de la dernière année étudiée (figure 1.1).

FIGURE 1.1 TAUX DE VARIATION ANNUEL DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS, RÉGIMES PUBLICS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023



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

La croissance globale de 7,4 % des dépenses en 2022-2023 découle d'une croissance de 7,9 % des coûts des médicaments (marges bénéficiaires comprises) et d'une hausse de 4,5 % des coûts d'exécution d'ordonnance. Compte tenu de leur taux de croissance distinct, la proportion des dépenses

globales que représente la composante du coût des médicaments a augmenté et atteint 83,1 %, tandis que la part que représentent les coûts d'exécution d'ordonnance est tombée à 16,9 % (figure 1.2), un changement par rapport aux proportions de 2021-2022, telles qu'elles étaient indiquées dans l'édition précédente.

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 PRESCRITS PAYÉE PAR LES BÉNÉFICIAIRES

DÉPENSES EN MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

=

DÉPENSES PAYÉES PAR LE RÉGIME (88 %)

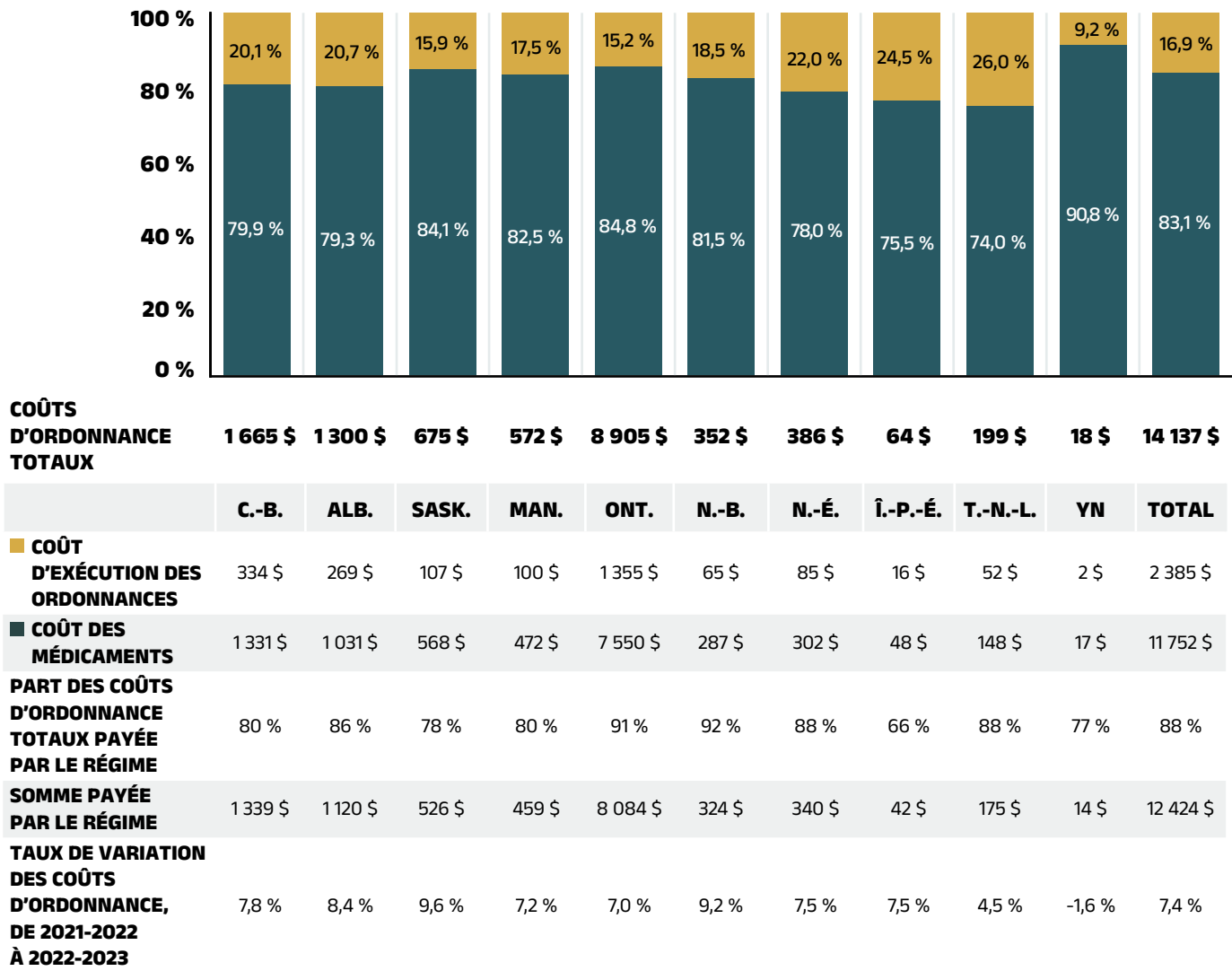
+

DÉPENSES PAYÉES PAR LES BÉNÉFICIAIRES (12 %)

En 2022-2023, conformément aux tendances historiques, les régimes publics ont payé en moyenne 88 % (figure 1.2) des dépenses totales en médicaments prescrits 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, selon une fourchette qui allait de 8 % (au Nouveau-Brunswick) à 34 % (à l'Île-du-Prince-Édouard).

FIGURE 1.2 DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS ASSUMÉES PAR LES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2022-2023 (EN MILLIONS DE DOLLARS)



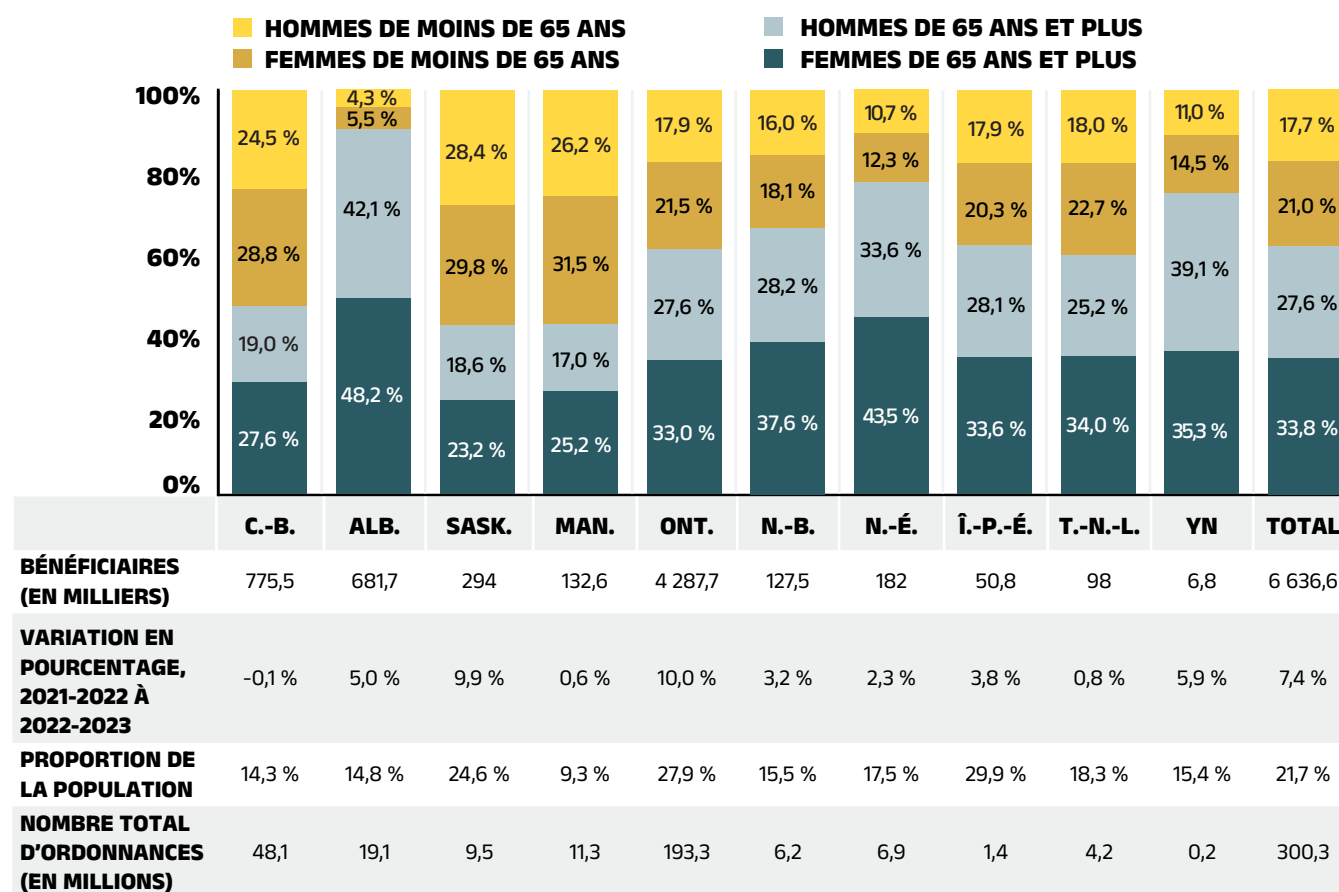
Remarque : Les marges bénéficiaires sont incluses dans les coûts des médicaments indiqués. Il est possible que l'addition des valeurs ne corresponde pas aux totaux indiqués, parce qu'elles ont été arrondies.

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

La croissance annuelle des dépenses en médicaments prescrits est fonction de la hausse du nombre de bénéficiaires actifs et du coût de leurs médicaments. Au cours des trois dernières années étudiées, comme il a été mentionné dans les éditions précédentes du présent rapport, la pandémie de COVID-19 a provoqué de fortes variations de la population globale des bénéficiaires des régimes publics du SNIUMP. En 2020-2021, il y a eu une diminution sans précédent de 366 000 bénéficiaires actifs, qui a réduit le total à moins de 6,0 millions. Celle-ci a été suivie d'un rebond partiel de 214 000 bénéficiaires actifs en 2021-2022, qui a ramené le total à 6,2 millions. En 2022-2023, la tendance quant au nombre de bénéficiaires actifs s'est maintenue, avec une augmentation notable de 460 000; on a ainsi atteint les 6,6 millions, un nombre supérieur aux chiffres antérieurs à la pandémie.

En 2022-2023, les bénéficiaires actifs ont fait exécuter 300 millions d'ordonnances que les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP ont accepté de soumettre à la franchise ou de payer (en tout ou en partie). Les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus constituaient 61 % des bénéficiaires actifs, tandis que les bénéficiaires âgés de moins de 65 ans représentaient 39 % des bénéficiaires actifs. Au sein des deux groupes d'âge, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont présenté des demandes, soit 55 % des bénéficiaires actifs, par rapport à 45 % pour les hommes. Toutefois, ces proportions variaient considérablement d'une administration à l'autre, en raison des différences dans la conception du régime, l'admissibilité et la démographie (figure 1.3a).

FIGURE 1.3a PART DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS DES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, SELON CHAQUE GROUPE DÉMOGRAPHIQUE, 2022-2023

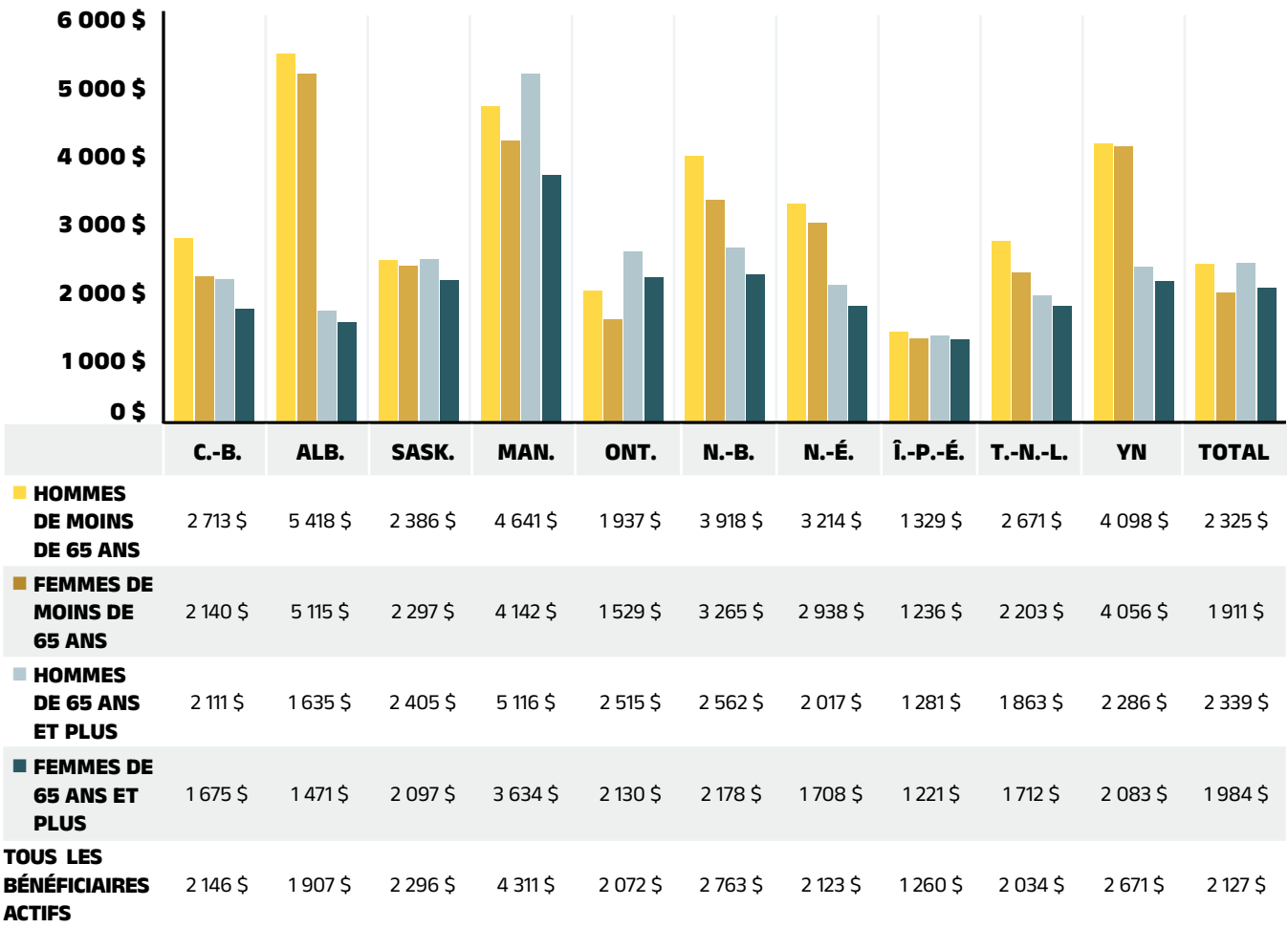


Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 17-10-0009-01, Estimations de la population, trimestrielles.

Le profil démographique du groupe des bénéficiaires joue un rôle important dans l'établissement des tendances des dépenses en médicaments prescrits. La figure 1.3b, qui est une nouveauté de cette édition-ci, présente une

ventilation du coût annuel moyen des médicaments prescrits par bénéficiaire actif selon la catégorie démographique, d'une administration à l'autre.

FIGURE 1.3b COÛT MOYEN DES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR BÉNÉFICIAIRE ACTIF POUR CHAQUE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, SELON LE GROUPE DÉMOGRAPHIQUE, 2022-2023



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

En 2022-2023, le coût annuel moyen des médicaments prescrits par bénéficiaire actif pour l'ensemble des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP était de 2 127 \$. Bien qu'ils représentent une proportion légèrement plus faible des bénéficiaires actifs, les hommes ont, de façon générale, engagé des coûts de traitement plus élevés que les femmes. Le coût annuel des médicaments prescrits pour les membres du groupe des personnes non âgées, qui comptait beaucoup moins de bénéficiaires actifs, était plus élevé que le coût pour les aînés au Yukon et dans toutes les provinces étudiées, à l'exception de l'Ontario. En Ontario, le coût moyen relativement plus faible des médicaments prescrits pour les personnes non âgées est possiblement attribuable au programme Assurance-santé Plus, qui couvre une population

de jeunes plus vaste et généralement en meilleure santé (les personnes de moins de 25 ans qui n'ont pas d'assurance privée) que les autres régimes publics. En 2022-2023, ces bénéficiaires représentaient environ 20 % des bénéficiaires actifs du régime public d'assurance médicaments de l'Ontario.

Le coût annuel plus élevé des médicaments prescrits pour les personnes non âgées par rapport au coût pour les personnes âgées découle possiblement de la conception des régimes publics et des critères d'admissibilité. Le groupe des personnes non âgées bénéficiant d'un régime public d'assurance médicaments est, dans bien des cas, composé de personnes assez malades, qui ont besoin de traitements onéreux, tandis que le groupe des personnes

âgées comprend une population plus vaste, dont bon nombre ont surtout besoin de médicaments d'usage courant, moins coûteux. De plus, des facteurs comme le comportement favorisant la santé et l'observance des

traitements peuvent contribuer à la proportion plus élevée de femmes, pour qui les coûts sont cependant plus faibles, parmi les bénéficiaires actifs.

Aperçu : Structures des régimes d'assurance médicaments

Les niveaux de dépenses et d'utilisation déclarés dans le présent rapport dépendent de la structure et des politiques propres au régime de chaque administration, ainsi que des profils démographiques et sanitaires des bénéficiaires. Ces facteurs influent sur la comparabilité des résultats entre les régimes.

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 de l'ICIS².

On a observé d'importantes différences dans le coût annuel moyen des médicaments prescrits par bénéficiaire actif d'une administration à l'autre, selon une fourchette qui allait de 1 221 \$ pour les femmes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard à 5 418 \$ pour les hommes non âgés de l'Alberta. Si l'on tient compte de la composition démographique globale, le Manitoba affichait les coûts de traitement annuels moyens les plus élevés, soit 4 311 \$.

Ces écarts reflètent des différences en ce qui concerne l'approche stratégique, par exemple une couverture universelle des médicaments par rapport à une couverture définie en fonction de la population, ainsi que la composition unique que représentent le régime

public et les régimes privés dans chaque province. De tels facteurs sont à l'origine de tendances distinctes d'une administration à l'autre en ce qui concerne la démographie et les dépenses.

Pour obtenir des renseignements sur les tendances démographiques correspondantes au sein des régimes privés d'assurance médicaments, dont la composition du groupe de bénéficiaires selon l'âge et le sexe, par province, consultez le document [Régimes privés d'assurance médicaments au Canada : Rapport sur les dépenses, 2018-2023](#).

COMPOSANTE « COÛTS DES MÉDICAMENTS » DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS

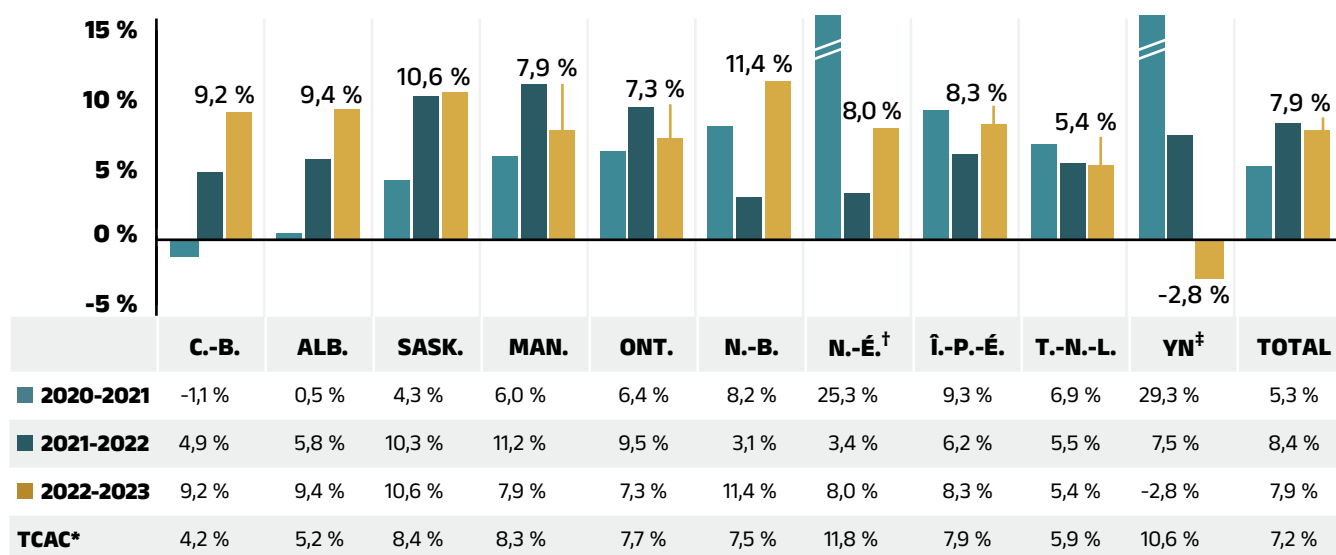
$$\text{DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS} = \text{COÛTS DES MÉDICAMENTS (83 \%)} + \text{COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE (17 \%)}$$

Les coûts des médicaments, y compris les marges bénéficiaires moyennes indiquées, d'environ 5 %, représentent la part la plus importante des dépenses en médicaments prescrits et ont la plus grande influence sur les tendances générales. Après une hausse de 8,4 % en 2021-2022, les coûts des médicaments ont connu une augmentation de 7,9 % en 2022-2023. Le taux de variation moyen au cours des trois dernières années a été de 7,2 % pour l'ensemble des régimes publics.

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 2020-2021 et 2022-2023. En 2022-2023, les coûts des médicaments ont considérablement augmenté dans tous les régimes, sauf au Yukon, bien que les taux de variation aient été différents d'une administration à l'autre, selon une fourchette qui allait de 5,4 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 11,4 % au Nouveau-Brunswick. Les coûts des médicaments au Yukon ont diminué de 2,8 %.

^v La Colombie-Britannique, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador n'indiquent pas la marge bénéficiaire dans un champ distinct; ils ne sont donc pas inclus dans l'estimation.

FIGURE 1.4 TAUX DE VARIATION ANNUEL DES COÛTS DES MÉDICAMENTS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2020-2021 À 2022-2023



* Taux de croissance annuel composé.

† 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.

‡ Si la province ou le territoire est de petite taille, on peut s'attendre à d'importantes fluctuations annuelles des taux de croissance.

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

La figure 1.5 présente la part des coûts des médicaments par segment de marché en 2022-2023 (diagramme circulaire) et ventile le taux annuel de variation des coûts des médicaments de 2021-2022 à 2022-2023 pour chaque segment (tableau). Les résultats représentent un aperçu 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, soit 49,0 % des coûts des médicaments des régimes publics en 2022-2023. Depuis 2022-2023, plusieurs médicaments brevetés très vendus au Canada sont passés du segment de marché des médicaments brevetés à l'un ou l'autre des segments des médicaments non brevetés de sources multiples ou de source unique. Il convient de noter que les médicaments anti-TNF- α que sont le golimumab (Simponi) et le certolizumab pégol (Cimzia), qui représentaient ensemble 133 millions de dollars (1,1 %) des coûts annuels des médicaments au sein des régimes publics en 2022-2023, sont sortis du segment des médicaments brevetés au cours de cet exercice-là^{vi}. Malgré ce changement, le segment de marché des médicaments brevetés a connu une croissance de 1,1 %.

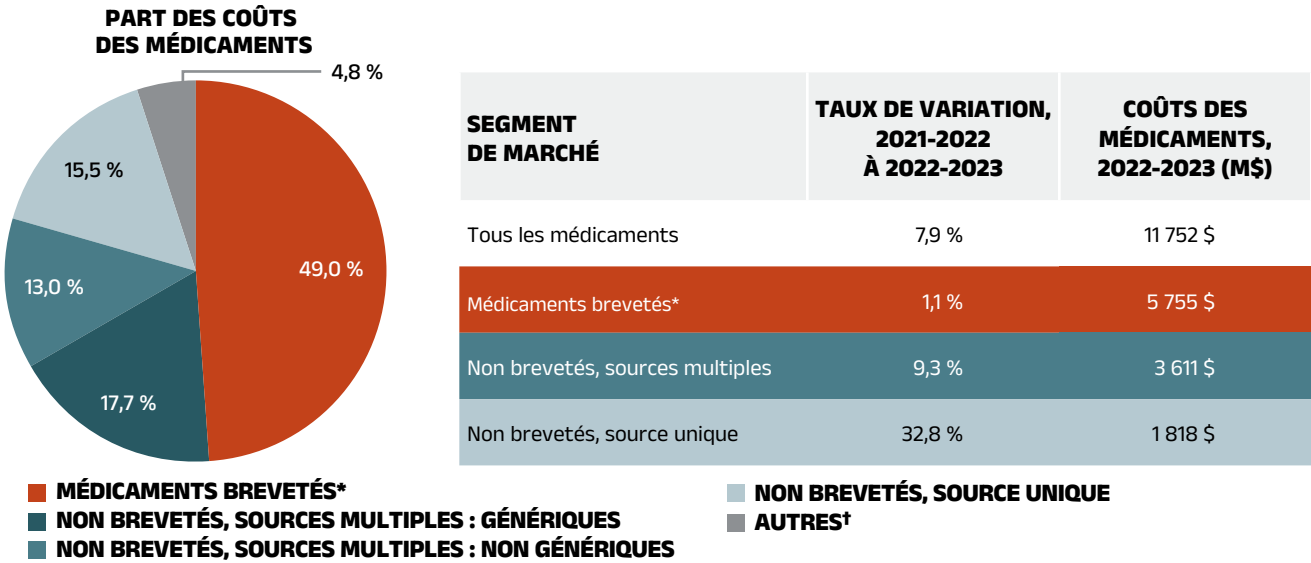
En 2022-2023, le marché des médicaments non brevetés de source unique a connu une croissance importante (32,8 %), car un petit nombre de médicaments d'usage courant ont changé de statut relativement au brevet. En plus de l'incidence qu'ont eue les deux médicaments anti-TNF- α , un médicament contre les maladies obstructives des voies respiratoires, à savoir le furoate de fluticasone/vilantérol (Breo Ellipta), est passé du segment de médicaments brevetés non biologiques au segment de médicaments non brevetés de source unique au cours de 2022-2023. Ces trois produits faisaient partie des dix principaux médicaments de ce segment en 2022-2023 (voir le tableau 4 dans le fichier de données d'accompagnement). Il est à noter que l'augmentation marquée des coûts dans ce segment de marché a suivi une hausse de 57,9 % en 2021-2022, consignée dans l'édition précédente du présent rapport.

Les coûts liés aux médicaments non brevetés de sources multiples, 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 9,3 % en 2022-2023 et représentent désormais 30,7 % des coûts totaux des médicaments. Ce segment peut être divisé en deux sous-segments distincts : le groupe des médicaments génériques de

sources multiples, qui représentait 17,7 % (2 076 millions de dollars) des coûts des médicaments en 2022-2023 à la suite d'une augmentation de 9,5 %, et le groupe des autres médicaments, soit les médicaments de marque de référence dont le brevet était arrivé à échéance, les médicaments biologiques et les biosimilaires, qui a

connu une croissance de 9,1 % et représentait 13,0 % (1 535 millions de dollars) des coûts des médicaments. Les produits biologiques qui ne sont plus sous brevet et leurs biosimilaires, de sources multiples, ont constitué un groupe de médicaments de plus en plus important au cours des dernières années.

FIGURE 1.5 PART DU COÛT DES MÉDICAMENTS ET DU TAUX DE VARIATION ANNUEL SELON LE SEGMENT DE MARCHÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2021-2022 À 2022-2023



Remarque : Un glossaire des termes concernant chacun des segments de marché se trouve sur le [site Web Canada.ca](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2023001/article/00001-eng.htm).

* Le segment du marché des médicaments brevetés comprend tous les médicaments qui étaient protégés par un brevet au cours de la période d'analyse, que le brevet ait expiré ou non 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.

† 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.

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

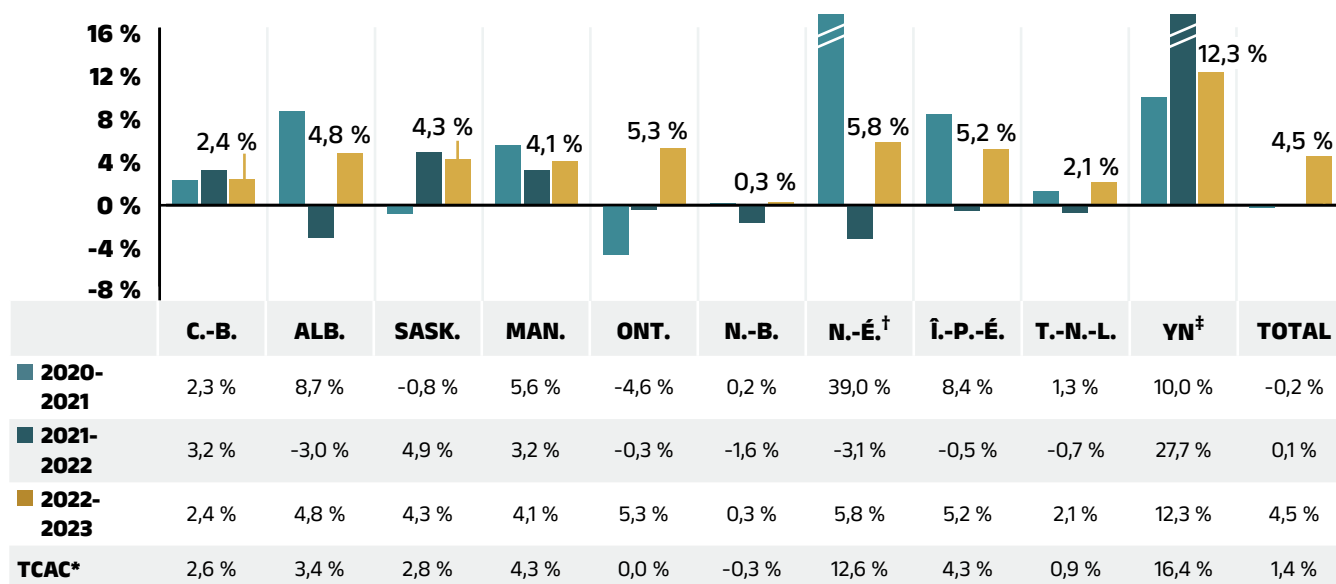
COMPOSANTE « COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE » DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS

$$\text{DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS} = \text{COÛTS DES MÉDICAMENTS (83 \%)} + \text{COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE (17 \%)}$$

Les coûts d'exécution d'ordonnance représentent une part importante des dépenses en médicaments prescrits. Il s'agit du montant présenté par les pharmacies et accepté aux fins de remboursement par un régime public, qui représente les frais facturés pour la délivrance des médicaments prescrits. Dans l'ensemble, les coûts d'exécution d'ordonnance des régimes publics du SNIUMP ont augmenté de 4,5 % en 2022-2023, après une stagnation et une croissance minimale au cours des deux années antérieures, qui étaient celles de la pandémie (2020-2021 et 2021-2022); le taux de

croissance annuel composé a été de 1,4 % pour ces trois années. La figure 1.6 rend compte du taux de variation annuel des coûts d'exécution d'ordonnance de chaque régime d'assurance médicaments du SNIUMP de 2020-2021 à 2022-2023. 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.

FIGURE 1.6 TAUX DE VARIATION ANNUEL DES COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2020-2021 À 2022-2023



* Taux de croissance annuel composé.

† 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.

‡ Si la province ou le territoire est de petite taille, on peut s'attendre à d'importantes fluctuations annuelles des taux de croissance.

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

Aperçu : Frais d'exécution d'ordonnance et politiques

Les modifications temporaires apportées aux politiques relatives à la fréquence d'exécution des ordonnances lors de la pandémie de COVID-19 ont été levées en 2020-2021. L'incidence de ces changements est prise en compte à la section 3, « Facteurs de coûts d'exécution d'ordonnance ».

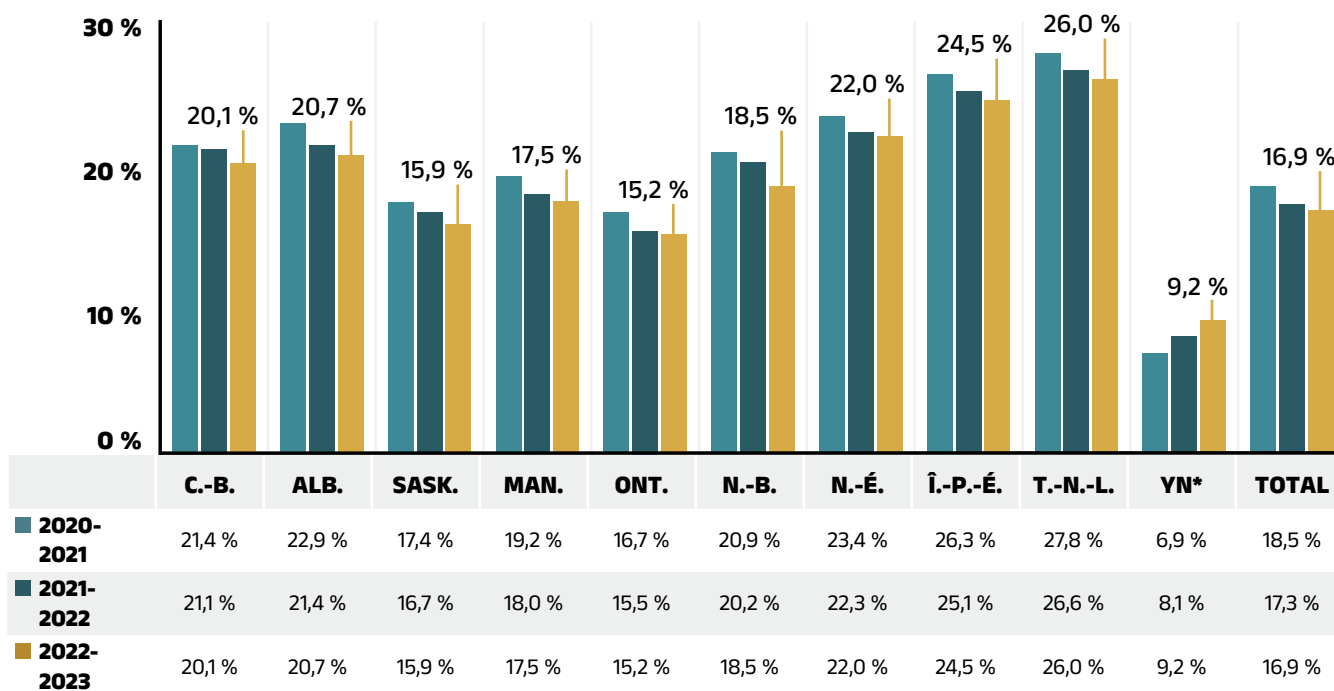
Un résumé des politiques sur les frais d'exécution d'ordonnance de chacun des régimes publics d'assurance médicaments est accessible sur le site web de l'ICIS².

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 prescrits a continué de diminuer régulièrement : elle est passée de 18,5 % en 2020-2021 à 16,9 % en 2022-2023.

La figure 1.7 illustre la tendance relative aux coûts d'exécution d'ordonnance, exprimés sous forme de proportion des dépenses totales en médicaments prescrits, pour chaque régime d'assurance médicaments du SNIUMP, de 2020-2021 à 2022-2023.

FIGURE 1.7

COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE ANNUELS EXPRIMÉS SOUS FORME DE PROPORTION DES DÉPENSES TOTALES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2020-2021 À 2022-2023



* Au Yukon, les pharmacies et les grossistes ont droit à des marges bénéficiaires plus élevées que dans la plupart des provinces étudiées. Par conséquent, les coûts d'exécution d'ordonnance représentent une part moins importante des dépenses totales du territoire.

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. FACTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS, DE 2021-2022 À 2022-2023

La croissance des coûts des médicaments au sein des régimes publics du SNIUMP en 2022-2023 a été principalement attribuable à une augmentation de l'utilisation de médicaments onéreux, qui s'est poursuivie, et à une remontée, à la suite de la pandémie, du nombre de bénéficiaires actifs. Comme au cours des périodes visées par les éditions précédentes du présent rapport, la combinaison de médicaments a été le facteur qui a le plus influé sur les coûts; elle représente en effet 7,1 % de la croissance globale, mais son effet a été compensé en partie par les économies qu'ont générées les prix et la substitution (-4,2 %). Le rétablissement du nombre de bénéficiaires actifs a eu un effet de poussée démographique de 5,8 %, tandis qu'une légère baisse des demandes par patient a entraîné un effet de volume de -0,3 %. Collectivement, ces dynamiques ont entraîné une augmentation globale de 7,9 % des coûts des médicaments.

Dans la présente section, une analyse détaillée des facteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les coûts des médicaments des régimes publics auraient varié entre 2021-2022 et 2022-2023 si un seul facteur (p. ex. le prix des médicaments) avait été pris en compte alors que tous les autres étaient demeurés les mêmes^{vii}.

Les variations dans les coûts des médicaments sont attribuables à un certain nombre d'effets de « poussée » (facteurs à la hausse) et de « traction » (facteurs à la baisse). 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 exécutées pour les 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 » : Remplacement de l'utilisation de médicaments peu onéreux au profit de médicaments onéreux, en raison du fait que des produits arrivent sur le marché pendant la période étudiée, des produits le quittent au cours de la période et des produits qui s'y trouvaient y restent.

vii En réalité, de multiples facteurs changent simultanément. Il y a donc un effet d'interaction. L'effet d'interaction n'est pas indiqué dans la présente analyse, mais il est pris en compte dans la variation totale des coûts.

La figure 2.1 donne un aperçu de la part des taux de variation des coûts des médicaments que représentaient les divers effets susmentionnés de 2017-2018 à 2022-2023.

En général, les variations de la population de patients et du volume de médicaments prescrits représentent une augmentation légère à modérée du coût des

médicaments. Avant la pandémie de COVID-19, l'effet démographique était de 1 % à 3 %, tandis que l'effet de volume demeurait stable, autour de 1 %. Toutefois, la pandémie a considérablement perturbé ces tendances de référence au cours des trois années étudiées dans le présent rapport. Il y a d'abord eu un effet démographique de traction de -2,3 % en 2020-2021 en raison du nombre

moins élevé de bénéficiaires remboursés, suivi d'un effet démographique de poussée de 2,5 % en 2021-2022, lorsque le nombre de bénéficiaires actifs a remonté. En 2022-2023, le nombre de bénéficiaires actifs s'est entièrement rétabli : il a dépassé les niveaux antérieurs à la pandémie et contribué à un effet démographique de poussée considérable, de 5,8 %.

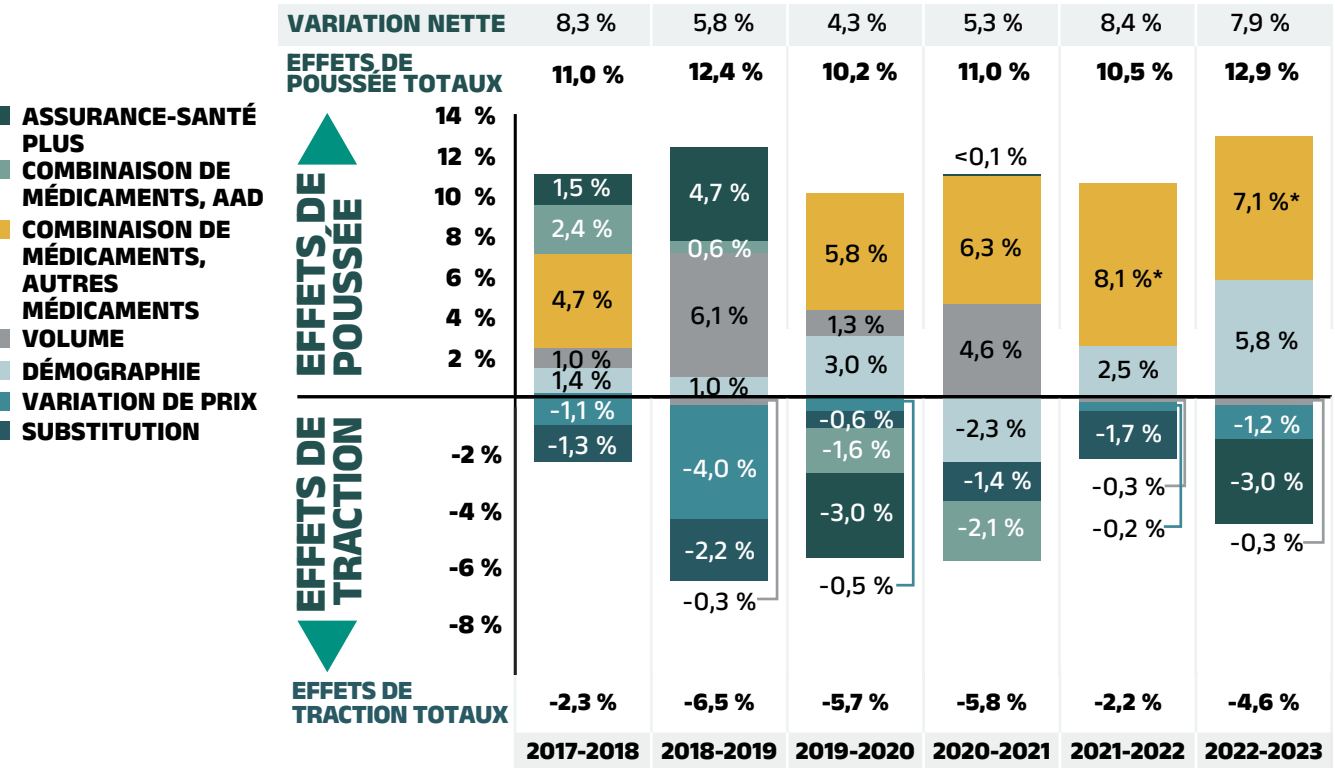
Au cours de la même période de trois ans, en partie en raison de l'incidence temporaire des limites de taille des ordonnances liées à la pandémie, l'effet de volume a exercé une légère compensation par rapport à l'effet démographique. En 2022-2023, la réduction du nombre de demandes par patient, qui n'ont pas évolué au même rythme que le nombre de bénéficiaires, a contribué à un modeste effet de volume de -0,3 % (traction).

La poussée à la hausse des coûts la plus prononcée est attribuable à l'utilisation de médicaments onéreux; on appelle cet inducteur « effet de la combinaison de

médicaments », et il représentait de façon constante 5 % à 6 % de la croissance annuelle des coûts des médicaments entre 2017-2018 et 2020-2021, avant de passer à une moyenne de 7,6 % au cours des deux années suivantes, au sein des régimes publics du SNIUMP.

La substitution par des médicaments génériques et biosimilaires et les réductions de prix font contrepoids aux pressions à la hausse sur les coûts et les font généralement reculer. 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 ou d'initiatives pertinentes. Après trois années (de 2019-2020 à 2021-2022) d'une incidence combinée qui allait de -1 % à -2 %, la variation des prix et la substitution ont eu un effet plus important de -4,2 % en 2022-2023. La variation des prix a eu pour effet de réduire le coût des médicaments de 1,2 %, tandis que la substitution de médicaments l'a fait baisser de 3,0 %.

FIGURE 2.1 **INDUCTEURS DE COÛTS DES MÉDICAMENTS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023**



Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements publics sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés par l'APP sur les prix des médicaments au nom des régimes publics.

Il se peut que l'addition des valeurs ne corresponde pas aux totaux parce que les valeurs ont été arrondies et qu'il y a eu un effet d'interaction.

* Depuis 2021-2022, l'effet des médicaments antiviraux à action directe (AAD) est mineur (-0,1 %) et est donc intégré à l'effet « Combinaison de médicaments, autres médicaments ».

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

L'augmentation globale de 7,9 % des coûts des médicaments en 2022-2023 représente une croissance absolue de 865 millions de dollars, et le taux de croissance a été différent d'un régime public d'assurance médicaments à l'autre, selon une fourchette qui allait d'environ 5,4 % à 11,4 % (figure 2.2); le Yukon a fait exception et plutôt connu une baisse de 2,8 % de ses coûts. Les écarts de croissance sont principalement attribuables à l'ampleur de facteurs opposés. Parmi les administrations affichant des taux de croissance globaux particulièrement élevés, mentionnons le Nouveau-Brunswick (11,4 %), la Saskatchewan (10,6 %) et l'Alberta (9,4 %).

Dans toutes les provinces étudiées, mais pas au Yukon, c'est l'utilisation accrue de médicaments onéreux, soit la « combinaison de médicaments », qui a eu le plus grand effet de poussée, soit, globalement, une croissance des coûts de 7,1 % (769 millions de dollars); la fourchette allait de 5,4 % à 14,3 % selon le régime. Les administrations pour lesquelles l'effet de la combinaison de médicaments a été particulièrement élevé étaient le Nouveau-Brunswick (14,3 %), le Manitoba (9,4 %) et la Colombie-Britannique (8,9 %). Les différences entre les régimes publics d'assurance médicaments en ce qui a trait à l'effet de la 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 facteurs.

L'effet démographique a fait croître les coûts des médicaments des régimes publics du SNIUMP de 5,8 % (633 millions de dollars) en 2022-2023, en raison de la considérable remontée du nombre de bénéficiaires à la suite de la pandémie. Cet effet démographique de poussée a été particulièrement marqué en Ontario (8,0 %)

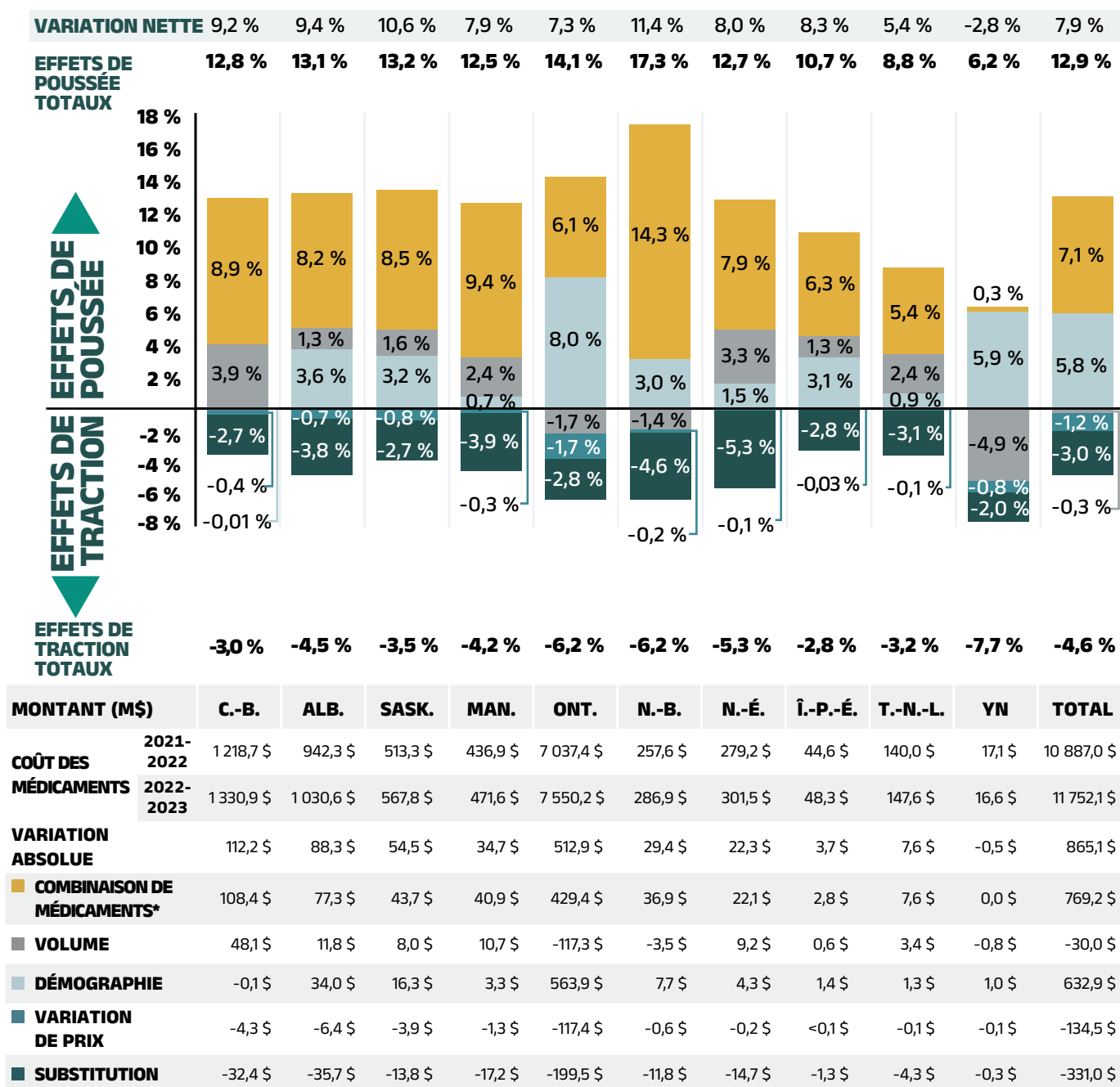
et au Yukon (5,9 %). Au-delà du facteur pandémique, l'augmentation de la population de bénéficiaires actifs est généralement le résultat de la croissance de la population globale d'une administration, de l'augmentation du nombre de Canadiens ayant droit à une couverture en tant qu'aînés (65+) et/ou de changements dans la structure des régimes, en cas d'élargissement de la couverture à de nouvelles populations ou à de nouveaux groupes de patients.

Contrairement à l'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs, le volume d'ordonnances exécutées a eu une incidence modeste sur la croissance des coûts en 2022-2023, puisque son nombre moyen par patient a légèrement diminué, ce qui a entraîné une baisse de 0,3 %, soit 30 millions de dollars, des coûts globaux des médicaments. L'ampleur de cet effet a été considérablement différente d'un régime public à l'autre, et la fourchette quant à l'incidence du nombre d'ordonnances exécutées par patient est allée d'une importante poussée en Colombie-Britannique (3,0 %) et en Nouvelle-Écosse (3,3 %) à une traction au Yukon (-4,9 %) et en Ontario (-1,7 %).

L'effet prononcé de la variation des prix (-1,2 % ou -135 millions de dollars) en 2022-2023 est principalement attribuable à l'Ontario (-1,7 %). Le remplacement par des médicaments génériques et biosimilaires a eu un effet de -2,0 % à -5,3 % sur les coûts, selon l'administration.

Les trois principaux effets pour 2022-2023 – variation des prix, substitution (remplacement) et combinaison de médicaments – sont examinés plus en détail dans la suite de la présente section.

FIGURE 2.2 TAUX DE VARIATION DES COÛTS DES MÉDICAMENTS, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUP, DE 2021-2022 À 2022-2023



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. Il se peut que l'addition des valeurs ne corresponde pas aux totaux parce que les valeurs ont été arrondies et qu'il y a eu un effet d'interaction.

* En 2022-2023, l'effet des médicaments AAD a été mineur (-0,1 %) et a donc été intégré à l'effet « Combinaison de médicaments ».

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

EFFET « VARIATION DE PRIX »

Cet effet rend compte des variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. En 2022-2023, les changements de prix des médicaments ont fait baisser les niveaux de coût globaux (-1,2 % [135 millions de dollars]). Selon une analyse par segment de marché, cette traction à la baisse était surtout attribuable à une légère réduction des coûts unitaires moyens remboursés dans la catégorie des médicaments non brevetés de sources multiples, puisque les coûts unitaires moyens des médicaments brevetés sont demeurés relativement stables, alors que ceux des médicaments non brevetés de source unique ont augmenté.

La figure 2.3 présente les tendances relatives aux coûts unitaires moyens de 2017-2018 à 2022-2023 par segment de marché pour : (a) les médicaments brevetés, (b) les médicaments génériques de sources multiples, (c) les médicaments non brevetés de source unique, ainsi que leur part de marché correspondante en 2022-2023^{viii}. 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 (2017-2018) 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, aux fins de la cohérence des données sur les coûts unitaires.

De 2017-2018 à 2022-2023, les prix des médicaments brevetés ont été stables : ils n'ont connu qu'une augmentation moyenne modeste de 3 % au cours de la période et un changement négligeable de seulement 0,1 % en 2022-2023. Les prix des médicaments non brevetés de source unique ont augmenté en moyenne de 12 % au cours de la même période, dont une augmentation de 2 % en 2022-2023. 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 3,5 % des ordonnances, tandis que les médicaments brevetés représentent 6,8 % des ordonnances. La catégorie des médicaments génériques de sources multiples a évolué de façon semblable dans tous les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP, et les vagues de conclusions d'ententes sur le prix des médicaments génériques ont dans bien des cas influé sur la tendance. À la suite des récentes initiatives qui portaient sur les prix, les coûts unitaires moyens ont diminué considérablement, soit de 20 % en moyenne, entre 2017-2018 et 2018-2019, mais sont demeurés stables de 2019-2020 à 2021-2022, sans autres diminutions. Toutefois, en 2022-2023, les prix ont diminué légèrement, soit de 1 % en moyenne, en partie en raison de la réduction du prix du lénalidomide en Ontario. Ainsi, le coût unitaire moyen des médicaments génériques de sources multiples pour l'ensemble des administrations en 2022-2023 représentait 79 % de la moyenne de 2017-2018.

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 conférer aux médicaments génériques et aux médicaments de marque un meilleur rapport valeur-coût, au profit des régimes canadiens d'assurance médicaments financés par les fonds publics. Les projets réalisés récemment et les programmes en cours sont décrits ci-dessous.

Médicaments génériques

Une nouvelle initiative de tarification de trois ans entre l'APP et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2023, avec une option de prolongation de deux ans. Le Québec est inclus comme participant dans la nouvelle entente. Dans le cadre de cette initiative, les génériques de source unique nouvellement lancés font l'objet d'une baisse de prix automatique à 55 % du prix de référence du médicament de marque après trois mois de financement public.

Médicaments de marque (produits biosimilaires compris)

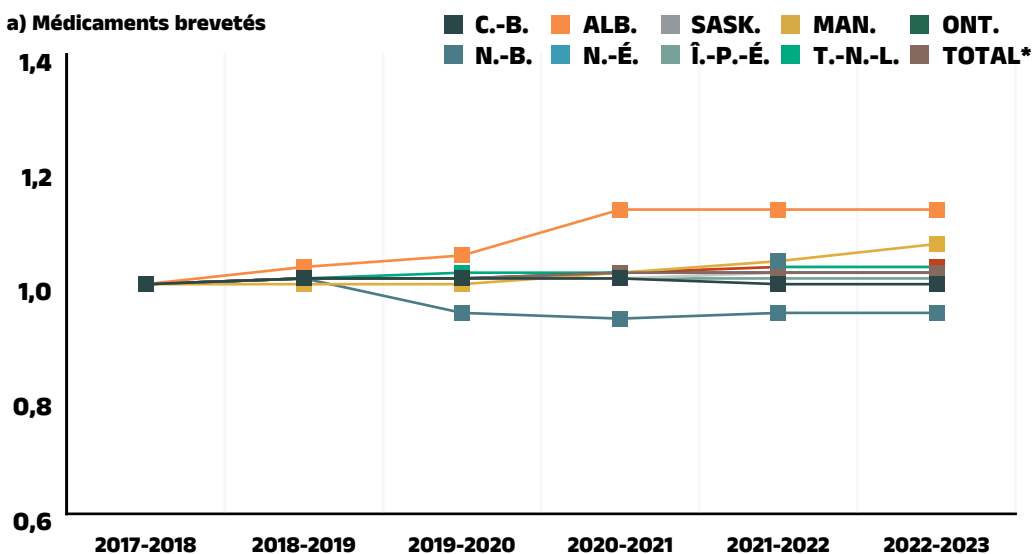
En date du 31 décembre 2024, un total de 638 négociations menées par l'entremise de l'APP avaient donné lieu à une lettre d'intention couvrant des médicaments de marque et biosimilaires. Parmi les produits couverts, il y avait 235 médicaments oncologiques, 64 biosimilaires et 74 médicaments onéreux pour maladies rares (MOMR). L'incidence des prix confidentiels issus des négociations n'est pas présentée dans ce rapport.

Pour plus de détails, voir le résumé des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques et des initiatives de l'APP sur le site web de l'ICIS².

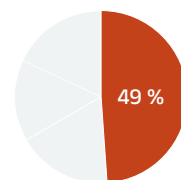
viii Cette analyse exclut les médicaments de marque qui ne sont plus brevetés et sont de sources multiples; ceux-ci représentent 6 % des dépenses des régimes publics.

FIGURE 2.3 INDICE DES COÛTS UNITAIRES MOYENS PAR SEGMENT DE MARCHÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023

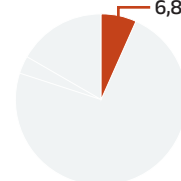
a) Médicaments brevetés



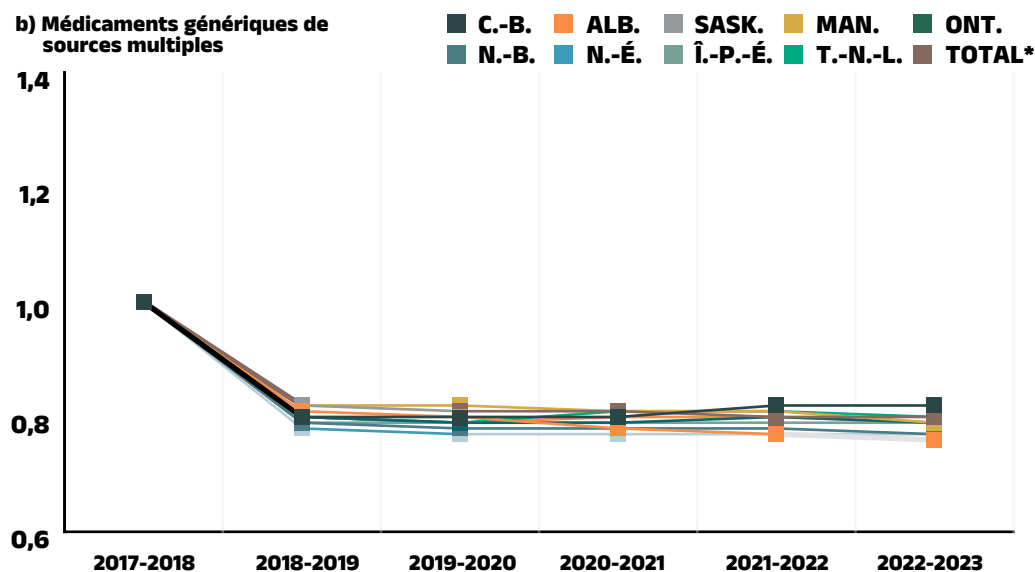
Part des dépenses



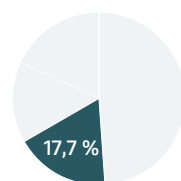
Part des ordonnances



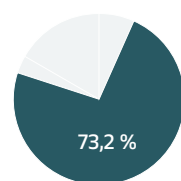
b) Médicaments génériques de sources multiples

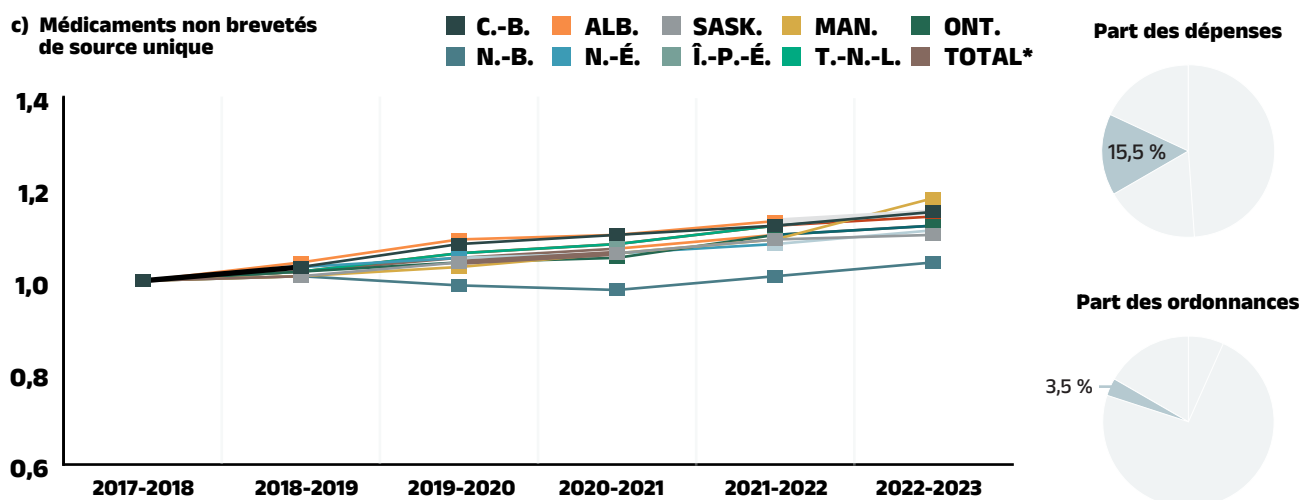


Part des dépenses



Part des ordonnances





Remarque : Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées. 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 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.

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

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

EFFET « SUBSTITUTION »

Le passage de médicaments de marque à des médicaments génériques ou biosimilaires a réduit les coûts globaux des médicaments de 3,0 % en 2022-2023, ce qui a engendré des économies de 331 millions de dollars pour les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP, soit près du double de l'incidence observée en 2021-2022 (-1,7 % ou 171 millions).

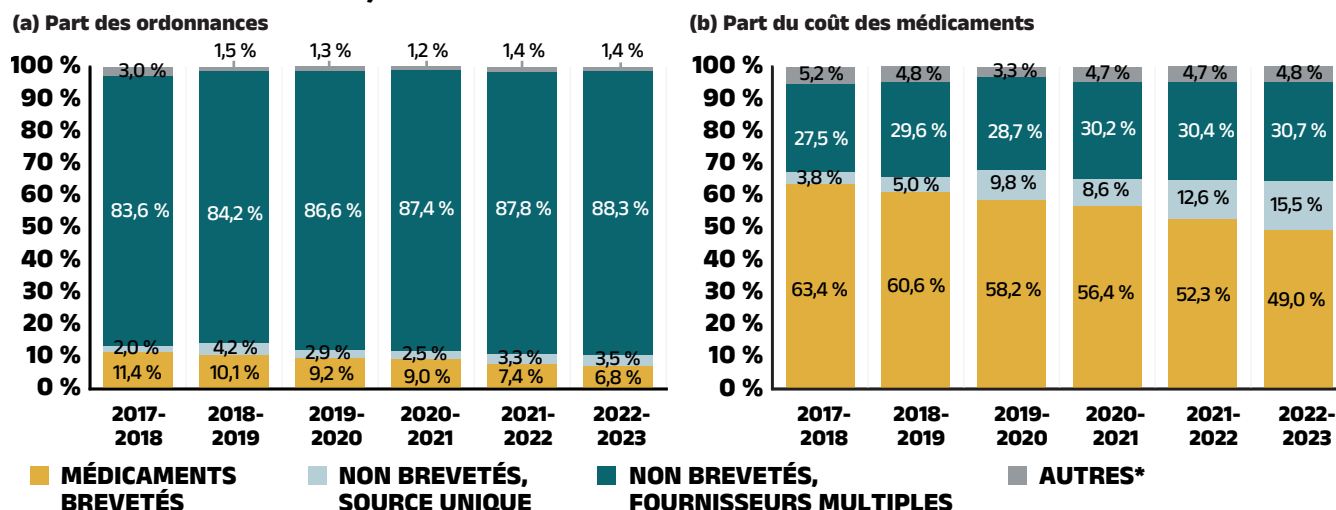
L'effet de substitution était en grande partie attribuable aux médicaments génériques. Les trois génériques qui ont le plus contribué à l'effet de substitution, soit un agent antithrombotique (l'apixaban), un antidiabétique (la sitagliptine) et un immunosuppresseur (le légalidomide), ont donné un taux d'économies de -1,3 %. Les biosimilaires ont quant à eux participé à l'effet de substitution à hauteur de -0,7 % en 2022-2023. Les économies réalisées grâce à la prescription de biosimilaires sont attribuables à deux immunosuppresseurs : -0,5 % pour l'adalimumab et -0,1 % pour l'infliximab.

La part des ordonnances correspondant aux médicaments non brevetés de sources multiples dans les régimes publics est passée à 88,3 % en 2022-2023, ce qui représente une hausse importante par rapport à la proportion de 83,6 % de 2017-2018; leur part des

coûts totaux des médicaments est quant à elle passée de 27,5 % à 30,7 % (figure 2.4). Il se pourrait que la tendance découle de la mise en œuvre des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques et sur la substitution, de même que de l'introduction de génériques de médicaments d'usage courant ayant perdu la protection de leur brevet au cours des dernières années. À eux seuls, les médicaments génériques de sources multiples représentaient 73,2 % des ordonnances et 17,7 % des coûts liés aux médicaments en 2022-2023.

Les médicaments brevetés ont été de moins en moins prescrits ces dernières années. Ils sont passés de 11,4 % des ordonnances en 2017-2018 à 6,8 % en 2022-2023. La part des coûts totaux des médicaments couverts par les régimes publics que représentent les médicaments brevetés a également chuté à 49,0 %, en raison de l'échéance du brevet de plusieurs médicaments parmi les plus vendus. Malgré cette baisse, le segment contribue toujours de façon importante aux coûts des médicaments, en raison de l'utilisation accrue de médicaments onéreux tels que les produits biologiques et les médicaments oncologiques oraux.

FIGURE 2.4 PART DES ORDONNANCES ET DES COÛTS DES MÉDICAMENTS SELON LE SEGMENT DE MARCHÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023



* 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.

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

Un médicament biosimilaire, ou « biosimilaire », est un médicament biologique très semblable à un médicament biologique d'origine, mais moins cher que celui-ci. Bien que les biosimilaires ne soient pas identiques à leur produit biologique d'origine, aucune différence n'est attendue sur les plans de l'efficacité et de l'innocuité entre un biosimilaire et le médicament biologique d'origine^{ix}. Le marché des biosimilaires est relativement complexe. Comparativement aux économies réalisées au sein du marché classique des médicaments génériques, les économies qui découlaient des médicaments biosimilaires étaient à l'origine limitées par l'adoption lente de ces produits, mais elles se sont accrues à la suite des récentes initiatives de transition.

Le tableau 2.1 donne un aperçu des médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada. Inflectra, qui a été autorisé 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 a quant à lui été autorisé en 2017) ont tous deux à peu près les mêmes indications relatives aux maladies inflammatoires auto-immunes que Remicade, le produit d'origine. Cependant, malgré le fait que leur prix courant était d'environ la moitié de celui de Remicade, leur implantation initiale dans le marché a été lente. Puis, au cours des quatre dernières années (de 2019-2020 à 2022-2023), plusieurs régimes publics d'assurance médicaments, dont ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan, ont mis en œuvre des programmes visant à encourager la transition des produits biologiques aux produits biosimilaires. L'utilisation

des biosimilaires visés par les initiatives de substitution a considérablement augmenté : en 2022-2023, l'utilisation combinée d'Inflectra, de Renflexis et d'Avsola en était à 57,9 % des ordonnances d'infliximab.

La mise en marché au Canada des produits Brenzys et Erelzi, des biosimilaires d'Enbrel (l'éтанercept), un autre médicament inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF-α), a respectivement été autorisée en 2016 et en 2017. Leur prix courant était d'environ les deux tiers du prix du produit biologique d'origine. En 2022-2023, comme ils avaient été inclus dans les programmes de transition, ces biosimilaires en étaient à 68,6 % des ordonnances d'éтанercept.

Truxima, Riximyo, Ruxience et Riabni, qui ont fait leur entrée sur le marché des produits biosimilaires autorisés en 2019, 2020 et 2021 pour l'anticorps monoclonal rituximab (Rituxan), étaient aussi inclus dans les programmes de transition vers les biosimilaires. Trois ans après leur introduction dans les régimes publics du SNIUMP, ces biosimilaires représentaient 82,9 % des ordonnances de rituximab.

De multiples biosimilaires (Amgevita, Hadlima, Hulio, Hyrimoz, Idacio, Abrilada, Yuflyma et Simlandi) d'un autre médicament anti-TNF-α clé, l'adalimumab (Humira), sont devenus accessibles par l'intermédiaire des régimes publics du SNIUMP à compter de 2021 ou de 2022, selon le cas. Ces biosimilaires, dont le prix correspond à 60 % du prix courant du produit biologique de référence, étaient également visés par des initiatives de transition vers les biosimilaires. Par conséquent, leur utilisation a augmenté considérablement et en était à 62,1 % des prescriptions d'adalimumab en 2022-2023.

On obtient souvent une adoption considérablement plus élevée des biosimilaires indiqués dans le traitement d'une affection aiguë que de ceux qui sont utilisés pour des indications chroniques. Grastofil, Nivestym, Lapelga, Fulphila, Ziextenzo et Nyvepria, des biosimilaires des facteurs de croissance granulocytaire filgrastim (Neupogen) et pegfilgrastim (Neulasta), ont été les plus populaires dans les régimes publics et représentaient respectivement 95,4 % des ordonnances de filgrastim et 96,9 % de celles de pegfilgrastim en 2022-2023. Leur prix était inférieur de 25 % à 45 % par rapport au prix courant des produits biologiques d'origine.

Les biosimilaires utilisés dans le traitement du diabète comprenaient : Basaglar et Semglee, des biosimilaires de l'insuline glargine (Lantus); Admelog, un biosimilaire de l'insuline lispro (Humalog); Trurapi et Kirsty, des biosimilaires de l'insuline aspartate (NovoRapid). Ces biosimilaires se sont imposés relativement progressivement dans les régimes publics du SNIUMP. Les biosimilaires de l'insuline glargine représentaient 49,1 % des ordonnances de cette substance, tandis que les biosimilaires de l'insuline lispro et de l'insuline

aspartate représentaient respectivement 23,8 % et 18,7 % des ordonnances de la substance. Leur prix inférieur de 25 % à 31,3 % 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 économies de coûts.

Au cours des dernières années, plusieurs biosimilaires sont devenus accessibles par l'intermédiaire des régimes publics du SNIUMP, notamment des anticoagulants, des médicaments pour la santé des os et des médicaments anticancéreux. Teva-Teriparatide et Osnuvo (des biosimilaires du tériparatide [Forteo]) et Inclunox/HP, Noromby/HP et Redesca/HP (des biosimilaires de l'énoxaparine [Lovenox]), ont été de plus en plus adoptés et ont fini par représenter 80,8 % et 46,6 % de leur marché respectif pour ce qui est des régimes publics. Mvasi, un biosimilaire du médicament oncologique^x bévaccizumab (Avastin), n'avait conquis qu'une part de 2,1 % du marché du bévaccizumab en 2022-2023. Le prix de ces biosimilaires était inférieur de 15 % à 40 % par rapport au prix courant des produits biologiques d'origine.

TABLEAU 2.1 MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES RÉCEMMENT APPRUVÉS AU CANADA, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2022-2023

MÉDICAMENT BIOLOGIQUE D'ORIGINE		BIOSIMILAIRE				
INGRÉDIENT MÉDICINAL (NOM COMMERCIAL)	COÛT DU MÉDICAMENT, EN MILLIONS DE DOLLARS	NOM COMMERCIAL	AUTORISATION DE MISE EN MARCHÉ	PREMIER REMBOURSEMENT	RÉDUCTION DE PRIX* PAR RAPPORT AU PRODUIT BIOLOGIQUE DE RÉFÉRENCE	PART DES ORDONNANCES DE L'INGRÉDIENT MÉDICINAL
INFLIXIMAB (REMICADE)	204,70 \$	Inflectra	15 janv. 2014	T1 2016	46,8 %	42,3 %
		Renflexis	1 ^{er} déc. 2017	T3 2018	50,1 %	14,3 %
		Avsola	12 mars 2020	T4 2020	50,1 %	1,3 %
ÉTANERCEPT (ENBREL)	56,10 \$	Brenzys	31 août 2016	T3 2017	33,7 %	36,5 %
		Erelzi	6 avril 2017	T4 2017	37,2 %	32,1 %
RITUXIMAB (RITUXAN)	8,20 \$	Riximyo	28 avril 2020	T3 2020	37,0 %	31,4 %
		Ruxience	4 mai 2020	T3 2020	35,0 %	44,6 %
		Truxima	4 avril 2019	T1 2020	30,0 %	6,8 %
		Riabni	11 mars 2021	T4 2021	38,4 %	0,1 %
ADALIMUMAB (HUMIRA)	\$179.80	Hadlima / Hadlima Pushtouch	8 mai 2018	T1 2021	40,0 %	15,1 %
		Amgevita	4 nov. 2020	T2 2021	40,0 %	14,5 %
		Hulio	24 nov. 2020	T2 2021	40,0 %	9,8 %
		Hyrimoz	4 nov. 2020	T2 2021	40,0 %	11,6 %
		Idacio	30 oct. 2020	T2 2021	40,0 %	7,2 %
		Abrilada	29 juin 2021	T2 2022	40,0 %	2,6 %
		Yuflyma	24 déc. 2021	T2 2022	40,0 %	0,3 %
		Simlandi	5 janv. 2022	T2 2022	40,0 %	1,1 %
INSULINE GLARGINE (LANTUS)	\$48.10	Basaglar	1 ^{er} sept. 2015	T3 2017	25,0 %	49,1 %
		Semglee	8 avril 2022	T4 2022	31,3 %	< 0,1 %

x Il se pourrait que l'on sous-estime la valeur des médicaments oncologiques couverts par les régimes publics, car certains sont remboursés par l'entremise de programmes spécialisés, comme les programmes de soins aux personnes atteintes de cancer, dont nos données ne rendent pas compte.

MÉDICAMENT BIOLOGIQUE D'ORIGINE		BIOSIMILAIRE					
INGRÉDIENT MÉDICINAL (NOM COMMERCIAL)	COÛT DU MÉDICAMENT, EN MILLIONS DE DOLLARS	NOM COMMERCIAL	AUTORISATION DE MISE EN MARCHÉ	PREMIER REMBOURSEMENT	RÉDUCTION DE PRIX* PAR RAPPORT AU PRODUIT BIOLOGIQUE DE RÉFÉRENCE	PART DES ORDONNANCES DE L'INGRÉDIENT MÉDICINAL	
INSULINE LISPRO (HUMALOG)	\$33.90	Admelog	16 nov. 2017	T4 2020	25,0 %	23,8 %	23,8 %
INSULINE ASPARTE (NOVORAPID)	\$35.20	Trurapi	15 oct. 2020	T3 2021	26,5 %	18,7 %	18,7 %
		Kirsty	12 oct. 2021	T1 2023	30,2 %	< 0,1 %	
FILGRASTIM (NEUPOGEN)	\$2.40	Grastofil	7 déc. 2015	T4 2016	25,0 %	94,5 %	95,4 %
		Nivestym	16 avril 2020	T3 2020	25,0 %	0,9 %	
PEGFILGRASTIM (NEULASTA)	\$1.60	Lapelga	5 avril 2018	T2 2019	25,0 %	95,5 %	96,9 %
		Fulphila†	24 déc. 2018	T1 2020	36,1 %	0,8 %	
		Ziextenzo†	21 avril 2020	T3 2020	43,1 %	0,5 %	
		Nyvepria	28 oct. 2020	T2 2021	45,1 %	–	
BÉVACIZUMAB (AVASTIN)	\$0.60	Mvasi	30 avril 2018	T2 2020	25,7 %	2,1 %	2,1 %
TÉRIPARATIDE (FORTEO)	\$0.10	Teva Teriparatide	6 août 2019	T3 2020	15,0 %	62,3 %	80,8 %
		Osnuvo	13 janv. 2020	T3 2022	40,0 %	18,4 %	
ÉNOXAPARINE (LOVENOX)	\$4.70	Inclunox / Inclunox HP	5 nov. 2020	T2 2021	25,0 %	17,9 %	46,6 %
		Noromby / Noromby HP	14 oct. 2020	T2 2021	20,0 %	4,4 %	
			7 déc. 2020	T2 2021	19,7 %	24,2 %	

Remarque : La présente analyse est fondée sur des renseignements publics sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés par l'APP sur les prix des médicaments au nom des régimes publics.

* 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, on a récemment abaissé le prix courant de Brenzys afin qu'il égale celui d'Erelzi. Les réductions de prix ne reflètent pas les rabais confidentiels découlant des négociations.

† D'après la valeur indiquée respectivement dans le [Dossier sommaire de biosimilaire pour le pegfilgrastim \(Lapelga\) de l'ACMTS](#) (en anglais seulement) et dans le [Dossier sommaire de biosimilaire pour le bévacizumab \(Mvasi\) de l'ACMTS](#) (en anglais seulement). Les réductions de prix ne reflètent pas les rabais confidentiels découlant des négociations.

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

Afin que le lecteur puisse examiner l'accessibilité des biosimilaires et leur incidence sur l'atténuation des pressions en matière de coûts auxquelles sont soumis les régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP, nous avons indiqué dans la figure 2.5 leur disponibilité et la part qu'ils représentent des coûts des médicaments biologiques assumés par les régimes publics. Le coût total des médicaments biologiques a augmenté, passant de 2 308 millions de dollars en 2017-2018 à 3 828 millions de dollars en 2022-2023. Le nombre de molécules biologiques distinctes pour lesquelles on dispose de biosimilaires remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments a atteint le nombre de 12 en 2022-2023, signe de la multiplication des options thérapeutiques et de la disponibilité croissante de biosimilaires sur le marché.

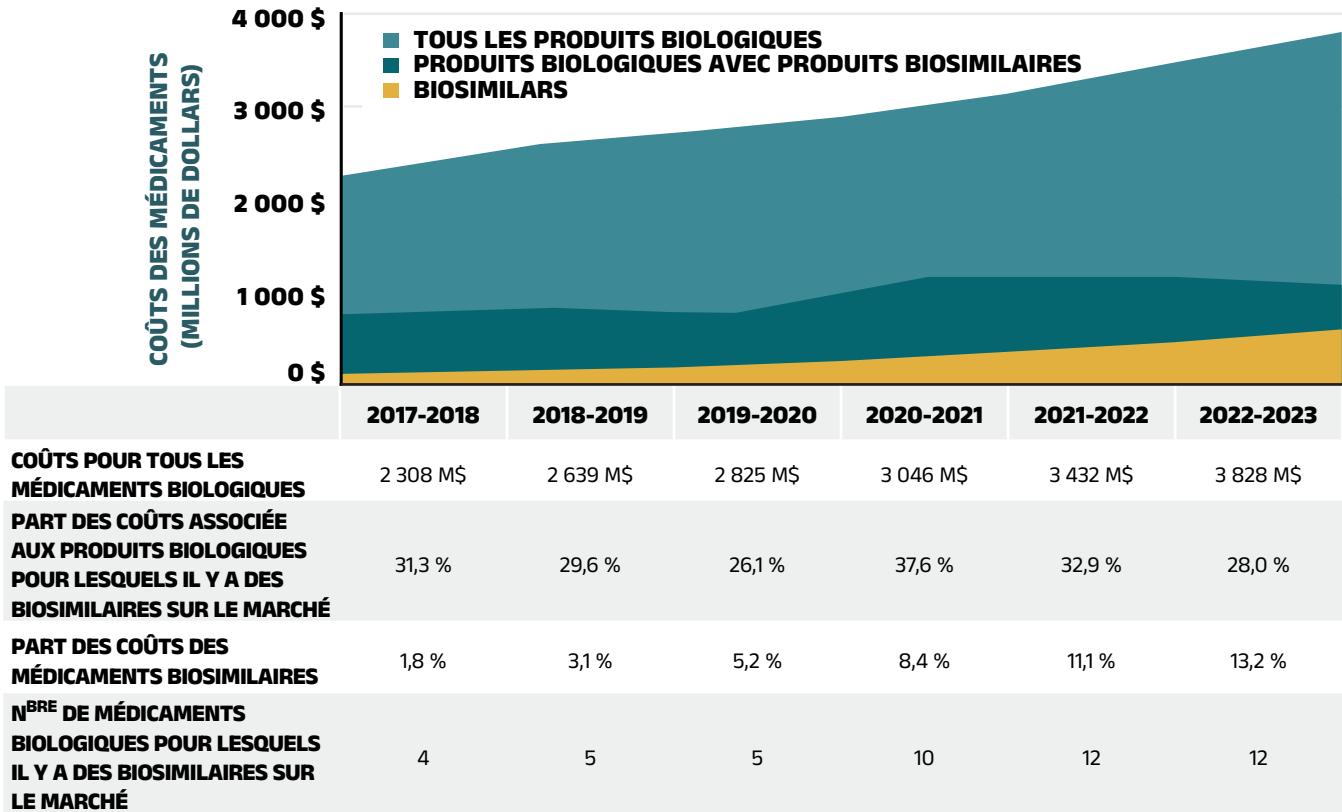
La part des coûts des médicaments attribuée aux médicaments biologiques pour lesquels des produits biosimilaires sont sur le marché a fluctué; elle est passée de 31,3 % en 2017-2018 à un creux de 26,1 % en 2019-2020, avant de culminer à 37,6 % en 2020-2021. Elle est ensuite redescendue à 32,9 % en 2021-2022, puis a diminué davantage pour atteindre 28,0 % en 2022-2023, parallèlement à la prise des récentes initiatives stratégiques sur les produits biosimilaires.

La part des biosimilaires dans les coûts globaux des médicaments biologiques n'a cessé d'augmenter : elle est passée de moins de 0,1 % en 2015-2016 à 13,2 % en 2022-2023. Malgré une augmentation de 395 millions de dollars (11,3 %) du marché global des produits biologiques entre 2021-2022 et 2022-2023, les dépenses en médicaments

biologiques pour lesquels des produits biosimilaires étaient sur le marché ont diminué légèrement, soit de 57 millions de dollars, au cours de la même période. Cette baisse est peut-être due à l'introduction de nouveaux biosimilaires

et aux programmes en cours, qui visaient à réduire les dépenses consacrées aux médicaments biologiques grâce à leur remplacement par des produits biosimilaires déjà mis sur le marché.

FIGURE 2.5 PART DES COÛTS DES MÉDICAMENTS ATTRIBUABLE AUX BIOSIMILAIRES DANS LE MARCHÉ DES PRODUITS BIOLOGIQUES, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2017-2018 À 2022-2023



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

Pour en savoir plus sur la répartition du marché des biosimilaires et des médicaments biologiques de référence dans chacun des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP, voir l'annexe A.

Effet « combinaison de médicaments »

Les changements dans l'utilisation des médicaments peu onéreux au profit des médicaments onéreux ont fait augmenter les coûts globaux des régimes d'assurance médicaments du SNIUMP de 7,1 %, soit 769 millions de dollars, en 2022-2023.

La figure 2.6 présente les dix médicaments qui ont le plus contribué à l'effet « combinaison de médicaments » en 2022-2023. Ils représentaient ensemble une hausse de 5,79 % du coût global des médicaments. Quatre médicaments ont fait leur première apparition sur cette liste en 2022-2023 : l'apalutamide (Erleada), l'acalabrutinib (Calquence), le tafamidis (Vyndaquel) et la dapagliflozine (Forxiga). Santé Canada avait autorisé la mise en marché de ces médicaments dans les trois à huit années précédentes.

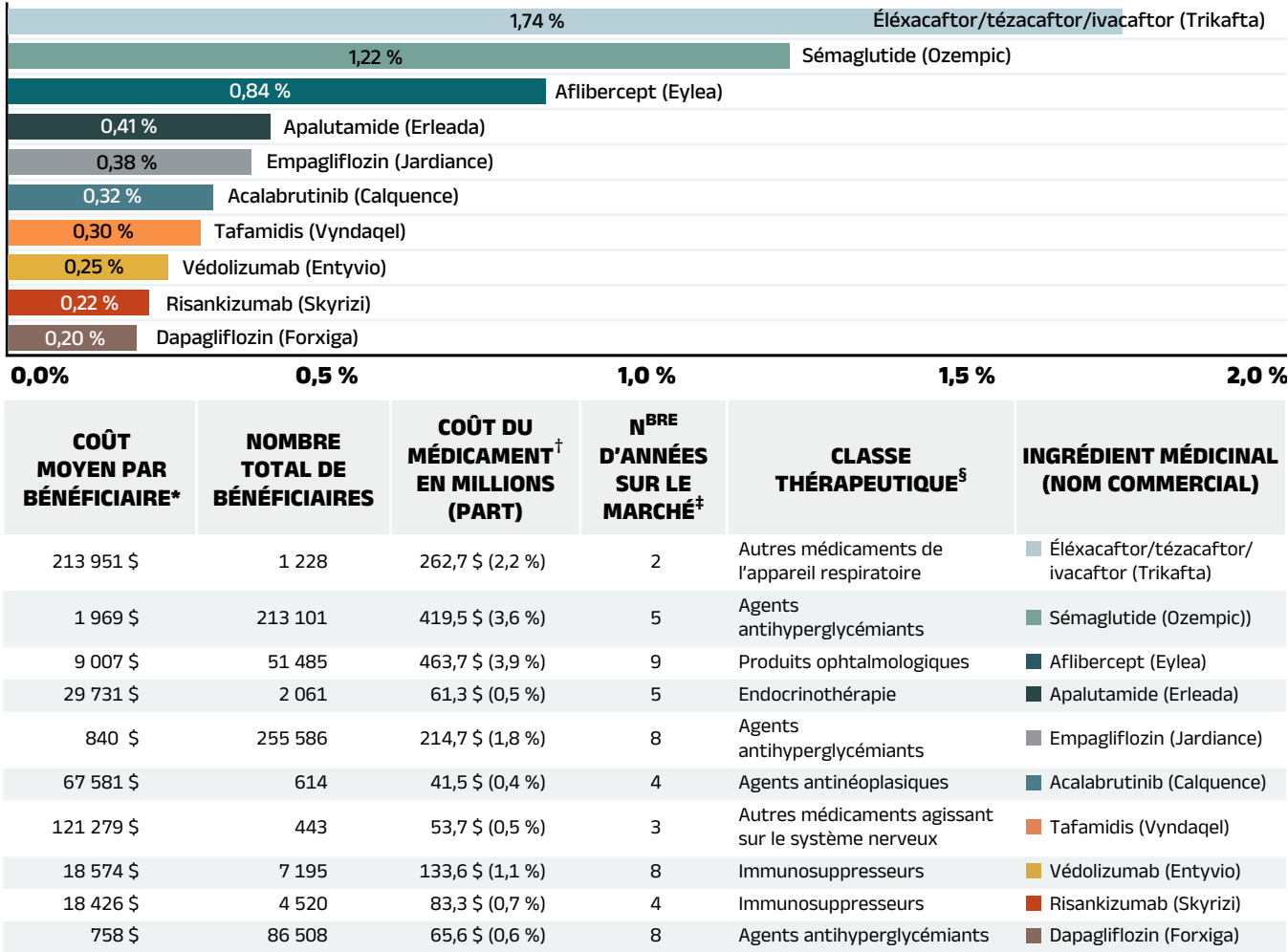
L'éléxacaftor/tézacaftor/ivacaftor (Trikafta), une association médicamenteuse à dose fixe destinée au traitement de la fibrose kystique, est arrivé en tête de liste après seulement deux ans sur le marché, en raison du coût extrêmement élevé du traitement (plus de 200 000 \$ par année) et de son utilisation, qui augmente rapidement. Trois antidiabétiques, le sémaglutide (Ozempic), l'empagliflozine (Jardiance) et la dapagliflozine (Forxiga), se sont retrouvés sur la liste des médicaments à grande incidence sur les coûts; ils représentaient collectivement 1,8 % de la croissance des coûts des médicaments. Un examen approfondi des nouveaux médicaments antidiabétiques figure dans l'édition précédente du présent rapport et dans le [Rapport sur la situation du marché : Médicaments antidiabétiques, 2012-2021](#) de l'initiative de recherche du SNIUMP, accessible sur le [site Web Canada.ca](#). Cinq des autres médicaments qui ont le plus contribué aux dépenses étaient des médicaments onéreux dont les coûts annuels moyens de traitement variaient de 18 426 \$ à 121 279 \$, soit un antiandrogène non stéroïdien, un produit d'oncologie orale, un médicament pour le système nerveux et deux immunosuppresseurs.

Le médicament ophtalmologique à forte utilisation aflibercept (Eylea) a conservé son statut de médicament à incidence élevée sur les coûts.

La part du total des coûts des médicaments pour chacun des principaux médicaments y ayant contribué 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 l'évolution (augmentation ou diminution des coûts au fil du temps) plutôt que les coûts eux-mêmes.

FIGURE 2.6 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS AYANT CONTRIBUÉ À L'EFFET « COMBINAISON DE MÉDICAMENTS », RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2022-2023



* Il se peut que le coût moyen par bénéficiaire ne représente pas le coût d'une année complète de traitement.

† Tous les médicaments qui ont le plus contribué à l'effet de poussée sont associés à une entente d'inscription de produit (EIP) issue de négociations de l'APP pour une ou plusieurs indications; cependant, les coûts déclarés des médicaments ne reflètent pas les réductions de prix découlant des EIP confidentielles.

‡ Le nombre d'années écoulées, en date de 2021-2022, depuis que Santé Canada a autorisé la mise en marché du médicament.

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

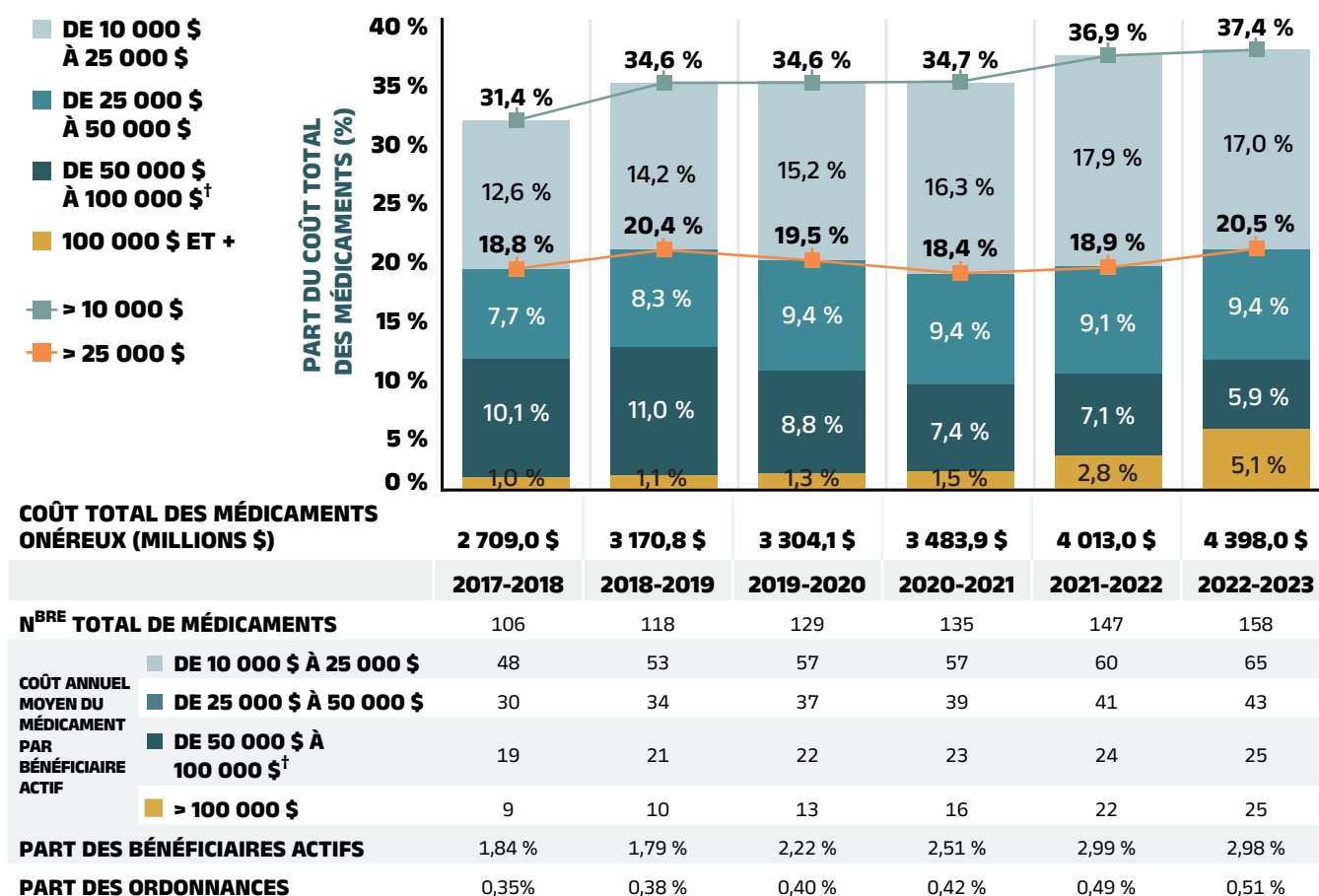
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Au cours des dernières années, les régimes publics du SNIUMP ont remboursé un nombre croissant de médicaments onéreux, qui, dans bien des cas, concernent un nombre relativement restreint de patients. Le nombre de médicaments ayant un coût annuel moyen par bénéficiaire de plus de 10 000 \$ a augmenté, de 106 en 2017-2018 à 158 en 2022-2023. De même, le nombre de médicaments coûtant plus de 25 000 \$ par année a augmenté. Il est passé de 58 à 93 au cours de la même période. Ces catégories de médicaments onéreux représentaient respectivement 31,4 % et 18,8 % de l'ensemble des coûts des médicaments du SNIUMP en 2017-2018. En 2022-2023, leur part respective en était à 37,4 % et à 20,5 %. Malgré la croissance des coûts dans ces catégories, les médicaments dont le coût de traitement dépassait 10 000 \$ par an n'avaient été utilisés que par 3,0 % des bénéficiaires actifs, et ceux dont le coût dépassait 25 000 \$, par seulement 0,9 % d'entre eux.

Pour ce qui est des catégories de médicaments dont les coûts sont les plus élevés (50 000 \$ et plus), la part collective des coûts totaux allait de 9,0 % à 12,1 %, et l'augmentation la plus marquée se situait dans la catégorie des coûts les plus élevés, soit les médicaments dont le coût de traitement est de plus de 100 000 \$ par année. Le nombre de ces médicaments est passé de 9 en 2017-2018 à 25 en 2022-2023, et leur part dans le coût total des médicaments a quintuplé, pour passer de 1,0 % à 5,1 %.

La figure 2.7 présente les tendances en matière d'utilisation de médicaments onéreux entre 2017-2018 et 2022-2023 selon le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif déterminé au niveau des ingrédients médicinaux : de 10 000 \$ à 25 000 \$; de 25 000 \$ à 50 000 \$; de 50 000 \$ à 100 000 \$; 100 000 \$ et plus.

FIGURE 2.7 TENDANCES RELATIVES AU NOMBRE ET AU COÛT DES MÉDICAMENTS ONÉREUX*, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023



Remarque : Les 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.

* Médicaments dont le coût annuel moyen de traitement par bénéficiaire actif dépasse 10 000 \$.

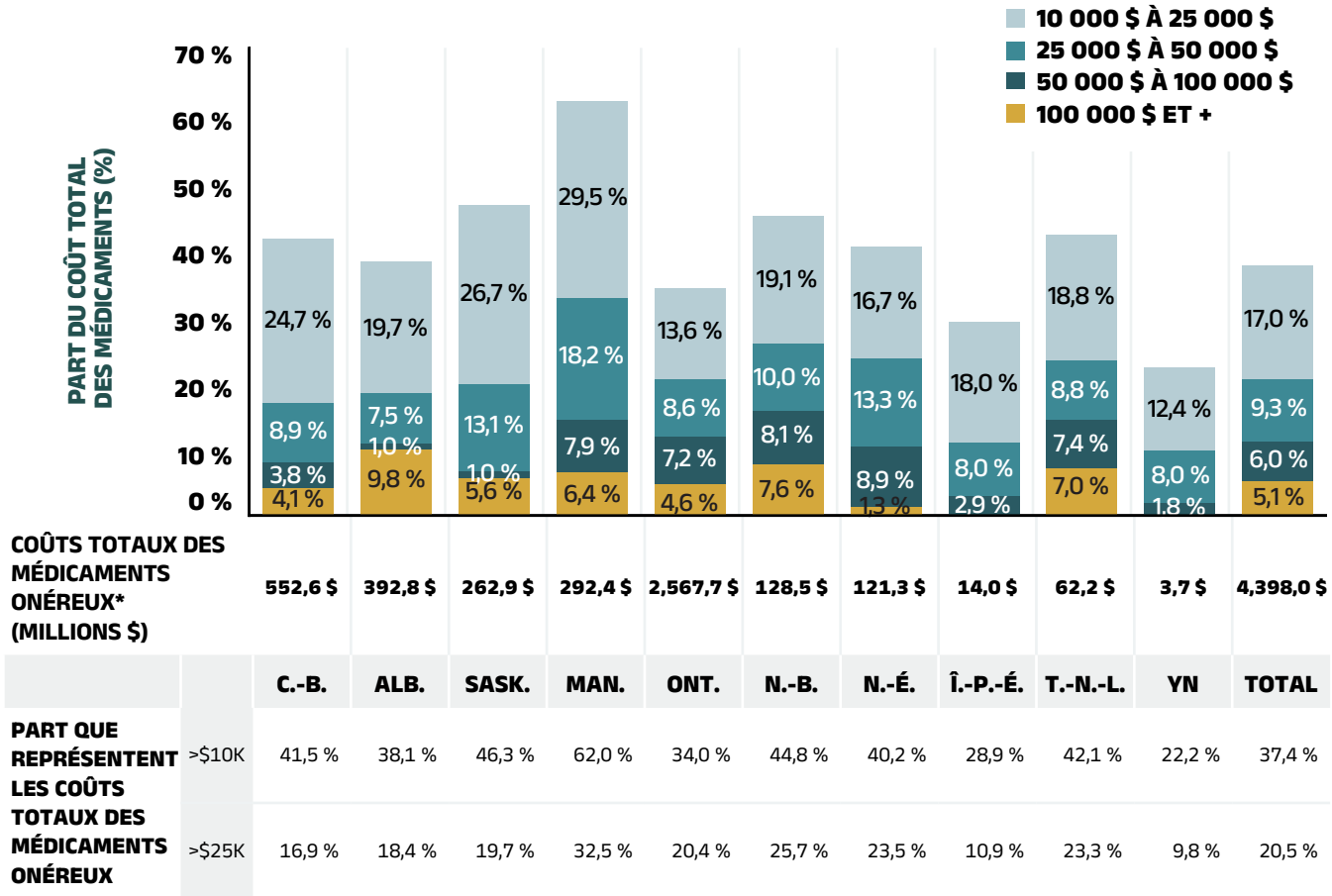
† Les médicaments AAD utilisés dans le traitement de l'hépatite C sont inclus dans cette fourchette.

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

La figure 2.8 présente une ventilation de la part des médicaments onéreux selon la province ou le territoire en 2022-2023. La proportion des coûts totaux des médicaments attribuée aux médicaments onéreux (plus de 10 000 \$ par année) variait d'un régime public du SNIUMP à l'autre; la fourchette s'étendait de 22,2 % au Yukon à 62,0 % au Manitoba. Ces médicaments représentaient une plus grande part des coûts des programmes fondés sur le revenu et les primes, par exemple les programmes du Manitoba et de la Saskatchewan. Ces types de programmes exigent que les bénéficiaires assument une partie des coûts des médicaments prescrits. Le montant est soit un pourcentage qui s'appuie sur le revenu du bénéficiaire, soit une prime fixe que le bénéficiaire doit payer. Dans un tel contexte, les dépenses des régimes publics sont plus élevées pour les bénéficiaires pour qui les coûts globaux sont élevés, notamment s'ils utilisent des médicaments onéreux.

En effet, lorsqu'on examine les médicaments qui coûtent plus de 25 000 \$ par année, les variations entre les administrations sont particulièrement influencées par les structures de couverture ou des données limitées, en particulier en ce qui concerne les médicaments oncologiques oraux, qui se situent souvent dans cette fourchette de prix. Par exemple, en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique, les données sur ces médicaments sont en grande partie incluses, et le groupe des médicaments dépassant 25 000 \$ par année représente alors plus de 20 % des coûts des médicaments. Dans d'autres administrations (p. ex. en Colombie-Britannique et en Alberta), bon nombre de ces médicaments sont remboursés par l'entremise de programmes spécialisés, par exemple des programmes de soins aux personnes atteintes de cancer, dont la base de données du SNIUMP ne tient pas compte, ce qui donne l'impression que la part que représente cette catégorie de coûts est plus faible (moins de 20 %).

FIGURE 2.8 PART DES COÛTS TOTAUX DES MÉDICAMENTS ATTRIBUABLE AUX MÉDICAMENTS ONÉREUX*, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2022-2023



Remarque : 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.

* Médicaments dont le coût annuel moyen de traitement par bénéficiaire actif dépasse 10 000 \$.

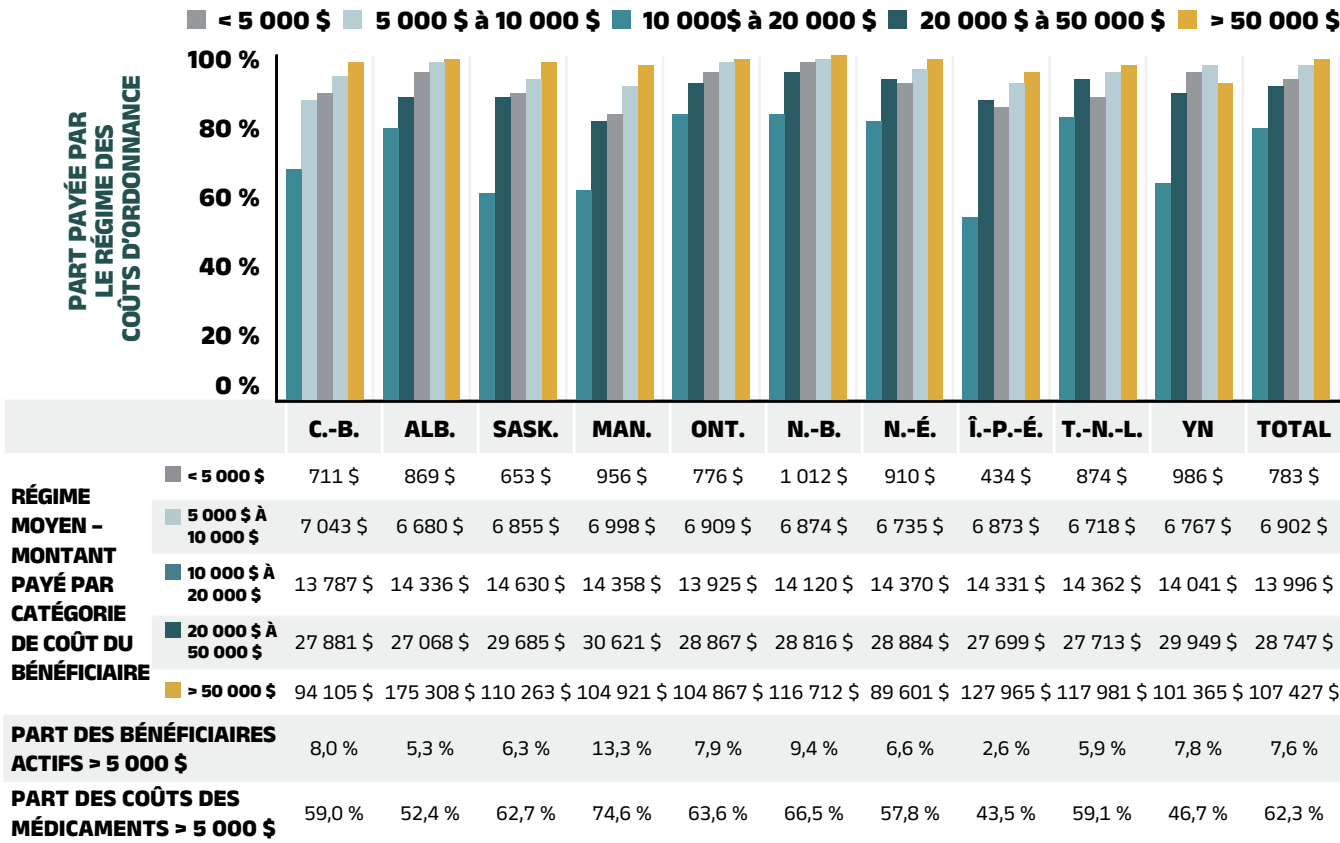
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2022-2023, les régimes publics du SNIUMP ont payé la majorité des coûts des médicaments pour le nombre relativement restreint de bénéficiaires qui avaient des coûts de médicaments élevés et qui représentaient 62 % des coûts totaux des médicaments. Comme le montre la figure 1.2, les régimes publics du SNIUMP ont payé en moyenne 88 % du total des coûts d'ordonnance en 2022-2023, tandis que les 12 % restants ont été payés par les bénéficiaires soit de leur poche, soit par un assureur privé. Pour plus de clarté quant à la mesure dans laquelle les portions des coûts d'ordonnance payées par le régime et par les bénéficiaires sont en rapport avec les coûts totaux annuels des médicaments des bénéficiaires, la figure 2.9 présente une ventilation de la part des coûts payée par chaque régime du SNIUMP, selon la catégorie de coûts moyens payés par bénéficiaire, en 2022-2023. 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 2022-2023, les 7,6 % des bénéficiaires qui avaient des coûts de médicaments annuels supérieurs à 5 000 \$ représentaient 62 % des coûts globaux des médicaments pour les régimes publics. Par ailleurs, en ce qui a trait aux bénéficiaires de la catégorie des coûts les plus élevés, c'est-à-dire les coûts annuels de plus de 50 000 \$, la part payée par le régime était comprise entre 92 % et près de 100 %.

Il y avait des différences considérables entre les administrations pour ce qui est de la part payée par le régime, qui dépendaient de la structure des régimes, de l'admissibilité et d'autres facteurs.

FIGURE 2.9 PART DES COÛTS D'ORDONNANCE PAYÉE PAR LE RÉGIME SELON LES CATÉGORIES DE COÛT DES BÉNÉFICIAIRES*, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2022-2023



* Les bénéficiaires ont été classés par catégories en fonction du montant payé pour eux par année par leur programme d'assurance médicaments.

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

Le tableau 2.2 présente les 10 médicaments les plus onéreux remboursés par les régimes publics du SNIUMP en 2022-2023 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 300 000 \$. Il est à noter que le tableau 2.2 présente les résultats pour l'ensemble des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP, mais que les résultats varient d'un régime à l'autre.

TABEAU 2.2 DIX PRINCIPAUX MÉDICAMENTS AYANT LE COÛT ANNUEL MOYEN PAR BÉNÉFICIAIRE ACTIF LE PLUS ÉLEVÉ, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, 2022-2023

INGRÉDIENT MÉDICINAL (NOM COMMERCIAL)	CLASSE THÉRAPEUTIQUE, ATC NIVEAU 2	COÛT MOYEN DU MÉDICAMENT PAR BÉNÉFICIAIRE*	N ^{BRE} D'ANNÉES SUR LE MARCHÉ†	N ^{BRE} DE BÉNÉFICIAIRES ACTIFS‡
ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC (ZOLGENSMA)	Autres médicaments pour les troubles du système musculosquelettique	3 085 123 \$	2	< 10
CERLIPONASE ALFA (BRINEURA)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	695 118 \$	4	< 10
ÉLOSULFASE ALFA (VIMIZIM)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	639 146 \$	9	19
ASFOTASE ALFA (STRENSIQ)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	566 211 \$	8	< 10
ALGLUCOSIDASE ALFA (MYOZYME)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	495 702 \$	17	25
ÉCULIZUMAB (SOLIRIS)	Immunosuppresseurs	461 060 \$	14	138
PATISIRAN (ONPATTRO)	Autres médicaments agissant sur le système nerveux	376 504 \$	4	48
LANADÉLUMAB (TAKHZYRO)	Autres médicaments utilisés en hématologie	369 394 \$	5	73
NUSINERSEN (SPINRAZA)	Autres médicaments pour les troubles du système musculosquelettique	326 043 \$	6	62
INOTERSEN (TEGSEDI)	Autres médicaments agissant sur le système nerveux	313 511 \$	4	< 10

Remarque : 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.

* La somme indiquée représente le coût total des médicaments divisé par le nombre total de bénéficiaires, parmi lesquels certains peuvent n'avoir eu qu'un traitement partiel.

† Le nombre d'années écoulées, en date de 2022-2023, depuis que Santé Canada a autorisé la mise en marché du médicament.

‡ Aux fins de la protection de la vie privée des patients, le nombre de bénéficiaires indiqué pour les médicaments associés à moins de 10 demandeurs est « < 10 ».

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

Au cours des dernières années, les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP. En 2022-2023, la part de marché des médicaments biologiques a augmenté de 11,3 % pour atteindre 32,6 % (3,8 milliards de dollars) des coûts totaux des médicaments. Les quatre principaux médicaments biologiques – aflibercept (Eylea), sémaglutide (Ozempic), infliximab (Remicade et biosimilaires) et adalimumab (Humira et biosimilaires) – représentaient 13,2 % des coûts totaux des médicaments du SNIUMP. Alors que les dix principaux médicaments biologiques représentaient

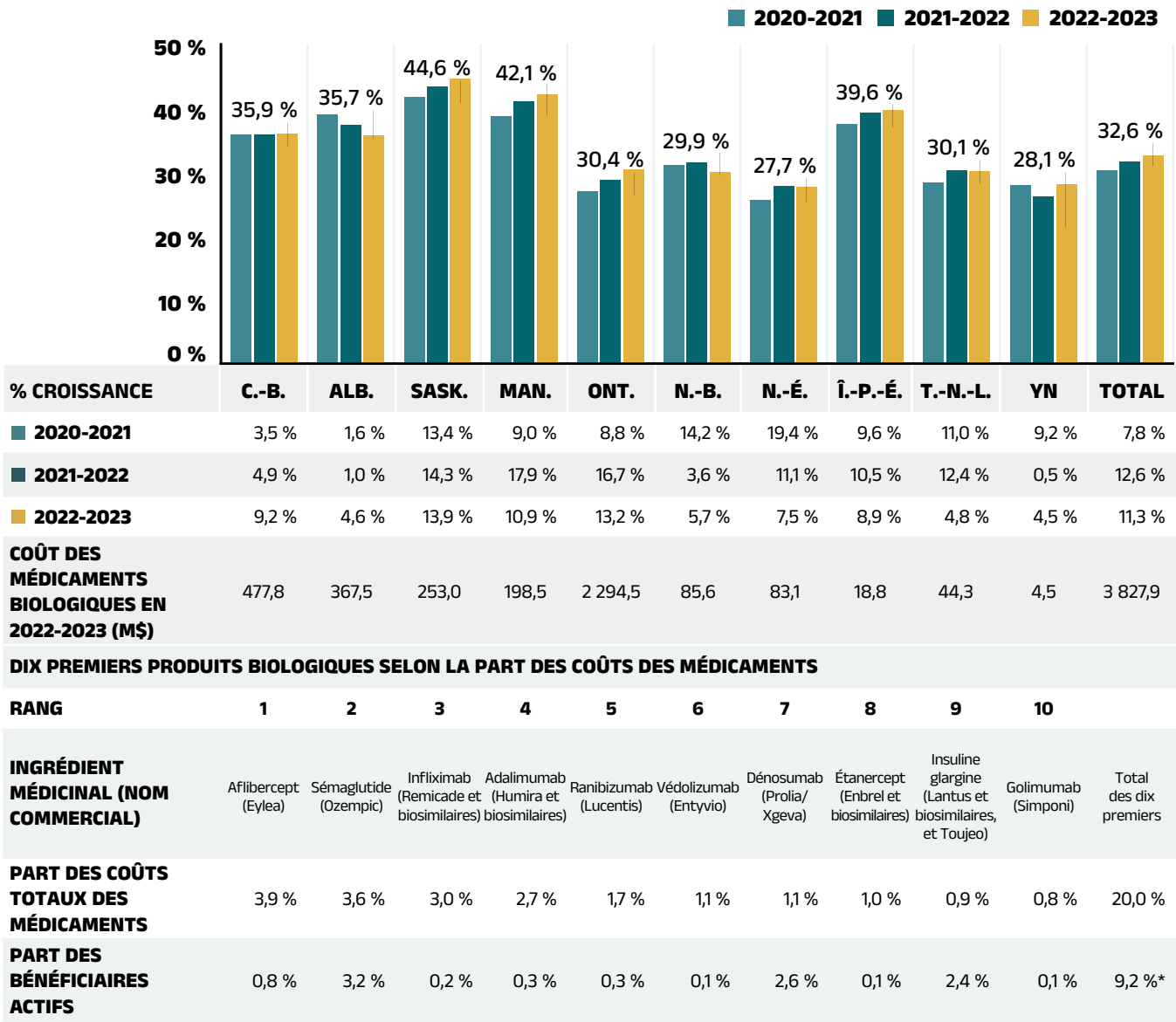
20 % des coûts globaux des médicaments du SNIUMP en 2022-2023, ils représentaient moins de 10 % des bénéficiaires actifs.

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 le Manitoba affichaient les coûts les plus élevés des médicaments biologiques par rapport aux coûts totaux des médicaments en 2022-2023 (une proportion respective de 44,6 % et de 42,1 %), alors que

la Saskatchewan et l'Ontario présentaient les taux de croissance les plus élevés (respectivement de 13,9 % et de 13,2 %).

FIGURE 2.10 PART DES COÛTS TOTAUX DES MÉDICAMENTS ATTRIBUABLE AUX MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2020-2021 À 2022-2023



* Pour une année donnée, chaque bénéficiaire actif qui a utilisé l'un des principaux produits biologiques a été compté une seule fois; par conséquent, la part des bénéficiaires actifs pour tous les médicaments biologiques (le total indiqué) est inférieure à la somme obtenue si l'on additionne les parts indiquées pour chacun des dix médicaments.

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

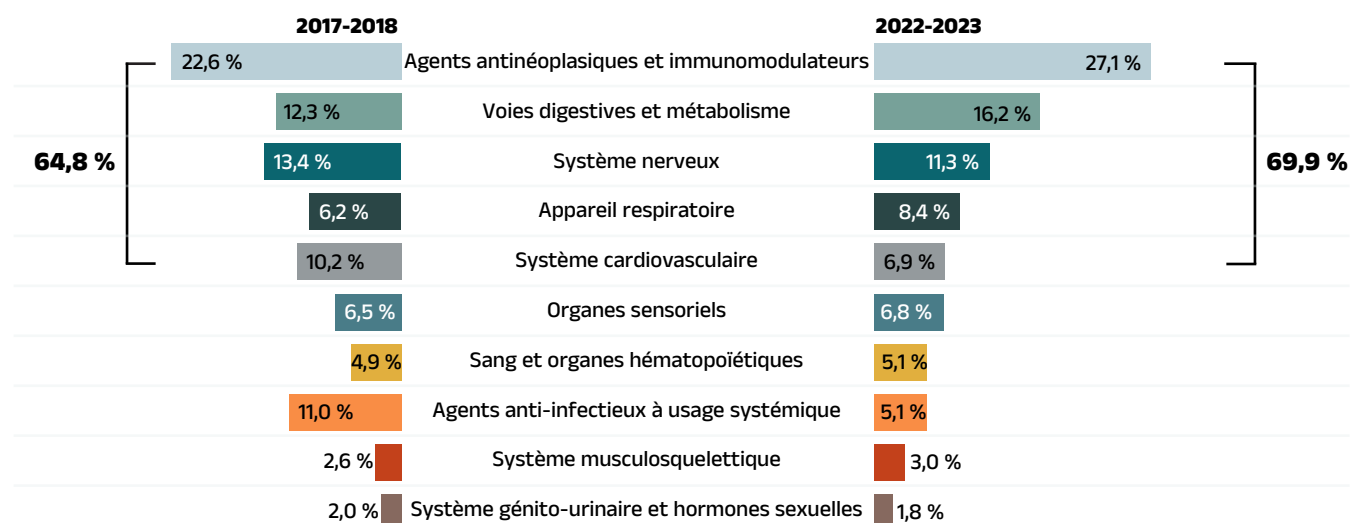
Selon l'analyse par domaine thérapeutique, près de 70 % des coûts totaux des médicaments en 2022-2023 étaient concentrés dans cinq classes. Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs arrivaient en tête de liste des classes thérapeutiques, comme en 2017-2018; toutefois, ils représentaient une part nettement plus élevée des coûts

totaux. Cela reflète une transition continue vers une utilisation accrue des médicaments oncologiques oraux et des immunomodulateurs, dont le nombre et la proportion d'ordonnances et de patients ont augmenté au cours de la période. Les médicaments des voies digestives et du métabolisme représentaient la deuxième part des

coûts en importance (16,2 %), en raison notamment des nouveaux médicaments antidiabétiques. Les médicaments agissant sur le système nerveux, qui comprennent des médicaments relativement peu onéreux utilisés par un grand nombre de bénéficiaires actifs, représentaient une part moins élevée des coûts (11,3 %) en 2022-2023,

principalement en raison d'augmentations importantes dans d'autres domaines thérapeutiques. Des changements dans l'utilisation des médicaments AAD pour le traitement de l'hépatite C entre 2017-2018 et 2022-2023 ont grandement influé sur la part des coûts des anti-infectieux à usage systémique.

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, 2017-2018 ET 2022-2023



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

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

3. FACTEURS DE COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, DE 2021-2022 À 2022-2023

La croissance de 4,5 % des coûts d'exécution d'ordonnance en 2022-2023 a marqué le retour complet aux taux habituels, par rapport à la croissance négligeable observée au cours des deux années de pandémie (2020-2021 et 2021-2022). L'effet démographique qu'a entraîné la remontée importante du nombre de bénéficiaires actifs à la suite de la pandémie est l'élément qui a le plus influé sur les coûts, partiellement compensé par une diminution de la quantité de médicaments délivrés par bénéficiaire. Les frais d'exécution moyens plus élevés par ordonnance et une légère réduction de la taille globale des ordonnances ont aussi influé sur la croissance des coûts en 2022-2023.

À l'instar de la variation des coûts des médicaments, la variation des coûts d'exécution d'ordonnance est attribuable à un certain nombre d'effets de poussée (facteurs à la hausse) et de traction (facteurs à la baisse). L'effet net de ces forces opposées produit le taux global de variation.

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

Effet « volume des médicaments » : Variation du nombre d'unités délivrées aux patients.

Effet « frais » : Variation des frais d'exécution moyens par ordonnance.

Effet « taille des ordonnances » : Variation du nombre d'unités délivrées par ordonnance.

Dans la présente section, une analyse détaillée des facteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les coûts d'exécution d'ordonnance des régimes publics auraient varié entre 2021-2022 et 2022-2023 si un seul facteur (p. ex. les frais d'exécution d'ordonnance moyens) avait été pris en compte alors que tous les autres étaient demeurés les mêmes^{xi}.

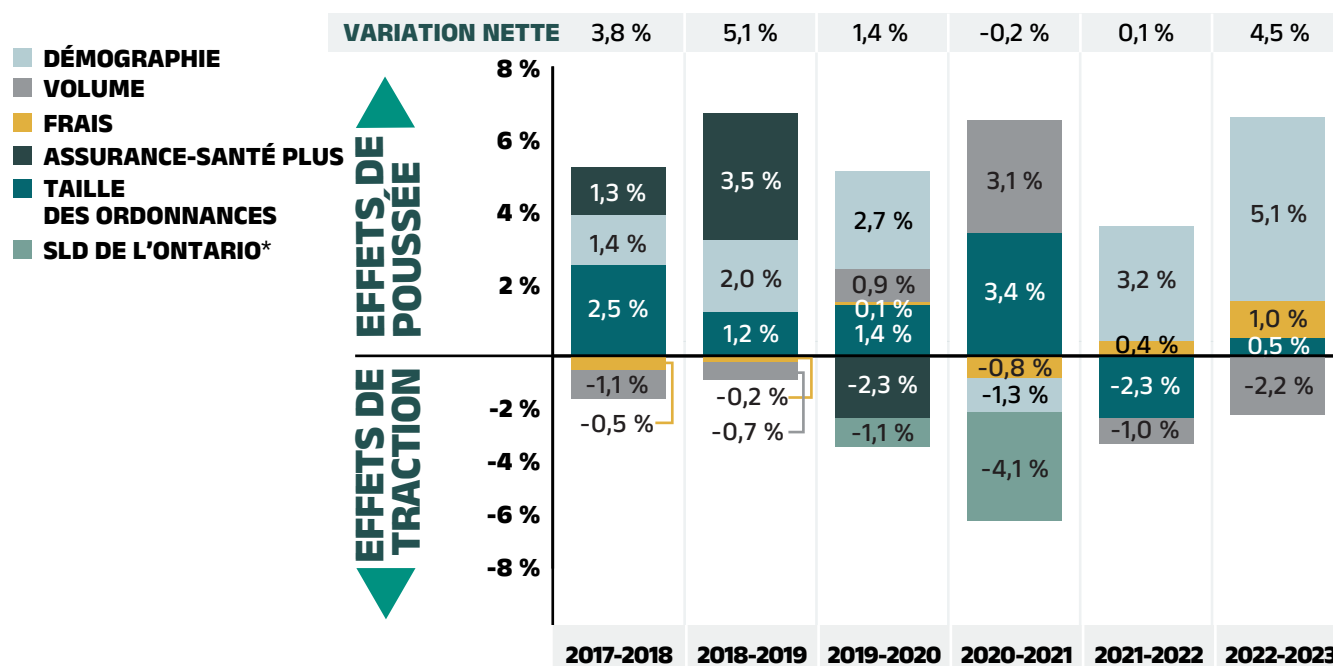
La figure 3.1 donne un aperçu des pressions qui ont entraîné la variation des coûts d'exécution d'ordonnance de 2017-2018 à 2022-2023. L'effet démographique, qui avait entraîné une remontée de 3,2 % en 2021-2022 et ainsi inversé la tendance à la baisse de 2020-2021 liée à la pandémie, a continué de faire augmenter les coûts à mesure que le nombre de bénéficiaires actifs se rétablissait. Comme en 2021-2022, l'effet démographique a été le plus important facteur de croissance des coûts de délivrance en 2022-2023 : il les a fait grimper de 5,1 %.

Toutefois, la quantité de médicaments délivrés par patient n'a pas suivi le rythme de l'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs. La baisse du volume de médicaments a compensé les coûts par un effet de traction de -2,2 % en 2022-2023.

À la suite des ajustements apportés en 2020-2021 et en 2021-2022 aux politiques sur la fréquence de délivrance temporaire en raison de la pandémie, la taille globale des ordonnances n'a connu qu'une légère réduction en 2022-2023, et l'effet de poussée sur la croissance des coûts d'exécution a ainsi été de 0,5 %. Les changements apportés aux frais d'exécution moyens par ordonnance ont fait augmenter les coûts d'exécution d'ordonnance de 1,0 % en 2022-2023.

xi En réalité, de multiples facteurs changent simultanément. Il y a donc un effet d'interaction. L'effet d'interaction n'est pas indiqué dans la présente analyse, mais il est pris en compte dans la variation totale des coûts.

FIGURE 3.1 FACTEURS DE COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUP, DE 2017-2018 À 2022-2023



Remarque : Il se peut que l'addition des valeurs ne corresponde pas aux totaux parce que les valeurs ont été arrondies et qu'il y a eu un effet d'interaction.

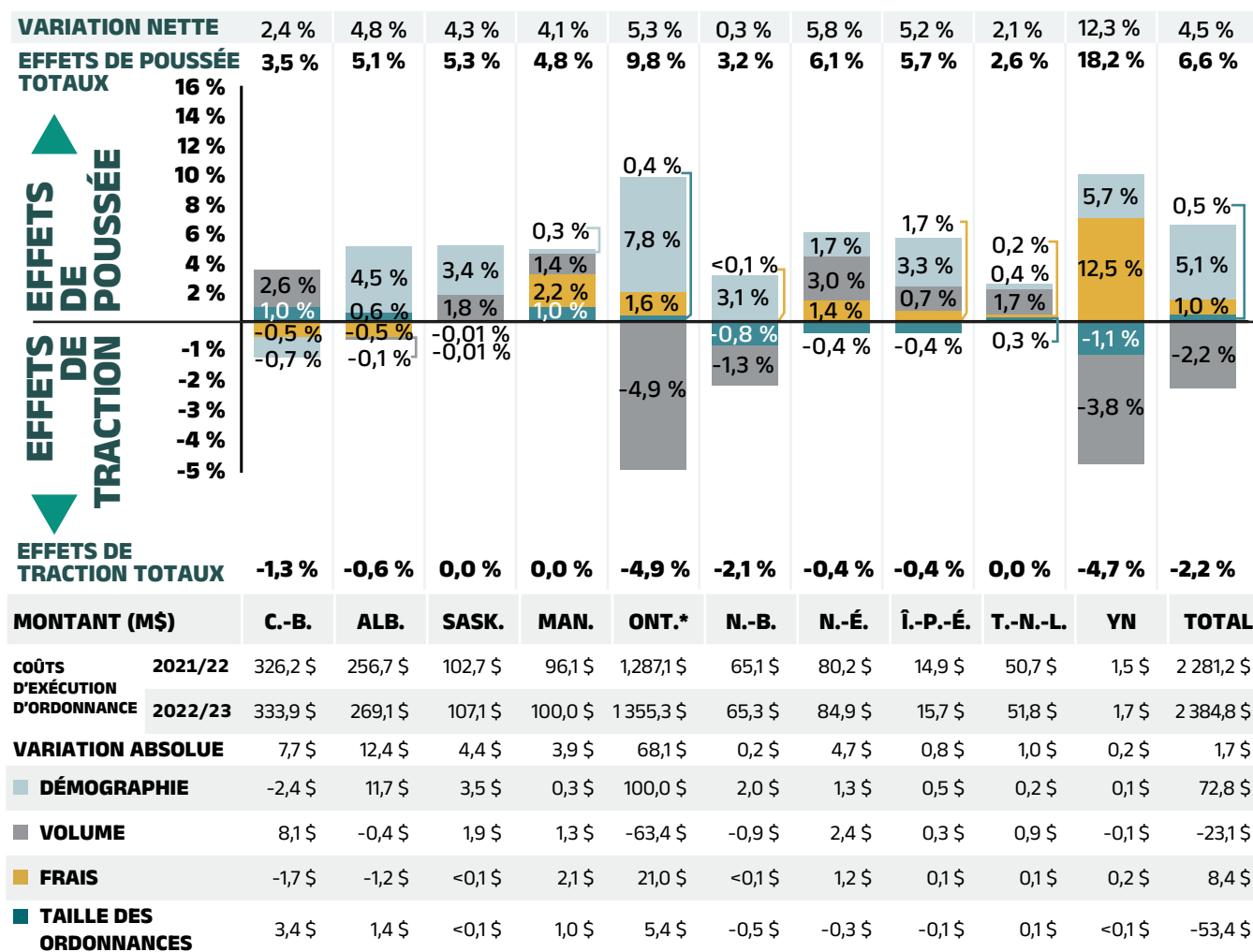
* Les ordonnances de soins de longue durée (SLD) en Ontario sont exclues de l'analyse des coûts d'exécution d'ordonnance pour la plupart des années, car le mode de délivrance lié à celles-ci diffère des modes employés pour la population générale de bénéficiaires. Toutefois, on les a incluses en tant que facteur distinct pour 2019-2020 et 2020-2021 afin de tenir compte des répercussions globales de l'introduction d'un modèle de financement par capitation dans le sous-programme des SLD en janvier 2020.

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, même si tous affichaient une hausse. C'est le Yukon qui a connu la hausse la plus élevée, de 12,3 %, et le Nouveau-Brunswick, la moins élevée, de 0,3 % (figure 3.2). La forte croissance au Yukon est due à une augmentation significative des frais d'exécution moyens par ordonnance entre 2021-2022 et 2022-2023. Au Nouveau-Brunswick, la pression sur les coûts qui a découlé de la remontée du nombre de bénéficiaires actifs a quasiment été compensée par les effets combinés de la diminution de la quantité de médicaments délivrés par patient et de l'augmentation de la taille globale des ordonnances. Dans les autres provinces, la croissance des coûts d'exécution d'ordonnance a été plus modérée, avec une fourchette de 2 % à 6 %.

Les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été retirées des résultats de l'Ontario dans la présente analyse des facteurs de coûts. La mise en œuvre d'un modèle de financement par capitation des SLD a eu une incidence importante en 2019-2020 et 2020-21. Cependant, le programme s'est maintenant stabilisé et sa contribution au taux de variation des coûts d'exécution d'ordonnance en Ontario est négligeable. Par conséquent, la situation des ordonnances de SLD en 2021-2022 n'est pas représentée dans la figure 3.2. Pour les données historiques, veuillez consulter les éditions précédentes.

FIGURE 3.2 TAUX DE VARIATION DES COÛTS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2021-2022 À 2022-2023



Remarque : Il se peut que l'addition des valeurs ne corresponde pas aux totaux parce que les valeurs ont été arrondies et qu'il y a eu un effet d'interaction.

* En ce qui concerne l'Ontario, les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été exclues des coûts d'exécution, car le mode de délivrance lié à celles-ci diffère des modes employés pour la population générale de bénéficiaires. Le sous-programme de SLD a contribué pour moins de 0,1 % à la variation totale des coûts d'exécution d'ordonnance pour 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.

La contribution des frais d'exécution par ordonnance est directement liée à la politique de remboursement de chacun des régimes publics d'assurance médicaments.

En 2022-2023, la plupart des régimes d'assurance médicaments du SNIUMP ont enregistré des augmentations des frais d'exécution moyens par ordonnance allant de 0,2 % à 12,5 %. La Colombie-Britannique et l'Alberta ont connu des baisses modestes. Au cours des cinq dernières années, le Yukon et la Nouvelle-Écosse ont connu une croissance relativement élevée des frais, leur taux de croissance annuel composé respectif ayant été de 5,9 % pour l'un et de 1,5 % pour l'autre.

Le tableau 3.1 rend compte des frais d'exécution moyens par ordonnance de 2017-2018 à 2022-2023, ainsi que du taux de croissance entre 2021-2022 et 2022-2023 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.

Divers régimes ont mis en œuvre des politiques précises sur la fréquence à laquelle des frais (honoraires) d'exécution d'ordonnance peuvent être remboursés pour un même médicament. De plus, les frais d'exécution moyens par ordonnance sont liés à

la taille des ordonnances : les régimes dont les frais d'exécution d'ordonnance moyens sont peu élevés remboursent généralement des ordonnances dont le nombre de jours d'approvisionnement est inférieur et vice versa. La Colombie-Britannique, l'Ontario et le Manitoba, dont les frais d'exécution d'ordonnance étaient parmi les plus bas en 2022-2023, ont généralement remboursé des ordonnances dont la taille moyenne était relativement faible. La baisse du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance peut exercer une

pression à la hausse sur les coûts d'exécution, étant donné qu'il faut davantage d'ordonnances pour délivrer le même volume de médicaments, tandis que la hausse du nombre moyen de jours d'approvisionnement a l'effet inverse. Un aperçu des politiques relatives aux frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP est accessible sur le site web de l'ICIS².

TABLEAU 3.1 FRAIS D'EXÉCUTION MOYENS PAR ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023

ADMINISTRATION	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	TAUX DE CROISSANCE, 2021-2022 À 2022-2023*	TCAC [†] , DE 2017-2018 À 2022-2023
COLOMBIE-BRITANNIQUE	7,18 \$	7,13 \$	7,10 \$	7,03 \$	6,97 \$	6,94 \$	-0,5 %	-0,7 %
ALBERTA	14,45 \$	14,18 \$	14,11 \$	13,96 \$	14,18 \$	14,11 \$	-0,5 %	-0,5 %
SASKATCHEWAN	10,92 \$	10,92 \$	11,04 \$	11,09 \$	11,25 \$	11,25 \$	< 0,1 %	0,6 %
MANITOBA	8,82 \$	8,19 \$	8,24 \$	8,58 \$	8,68 \$	8,87 \$	2,2 %	0,1 %
ONTARIO [‡]	7,55 \$	7,58 \$	7,58 \$	7,52 \$	7,53 \$	7,65 \$	1,6 %	0,3 %
NOUVEAU-BRUNSWICK	10,48 \$	10,43 \$	10,48 \$	10,50 \$	10,50 \$	10,50 \$	< 0,1 %	< 0,1 %
NOUVELLE-ÉCOSSE	11,32 \$	11,48 \$	11,67 \$	11,87 \$	12,05 \$	12,22 \$	1,4 %	1,5 %
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	11,23 \$	11,38 \$	11,42 \$	11,54 \$	11,52 \$	11,60 \$	0,7 %	0,6 %
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	12,38 \$	12,41 \$	12,37 \$	12,14 \$	12,20 \$	12,23 \$	0,2 %	-0,2 %
YUKON	5,81 \$	5,76 \$	7,16 \$	5,83 \$	6,87 \$	7,72 \$	12,5 %	5,9 %

* Correspond à l'effet qu'ont les frais d'exécution sur les coûts d'exécution d'ordonnance (voir la figure 3.2).

† Taux de croissance annuel composé.

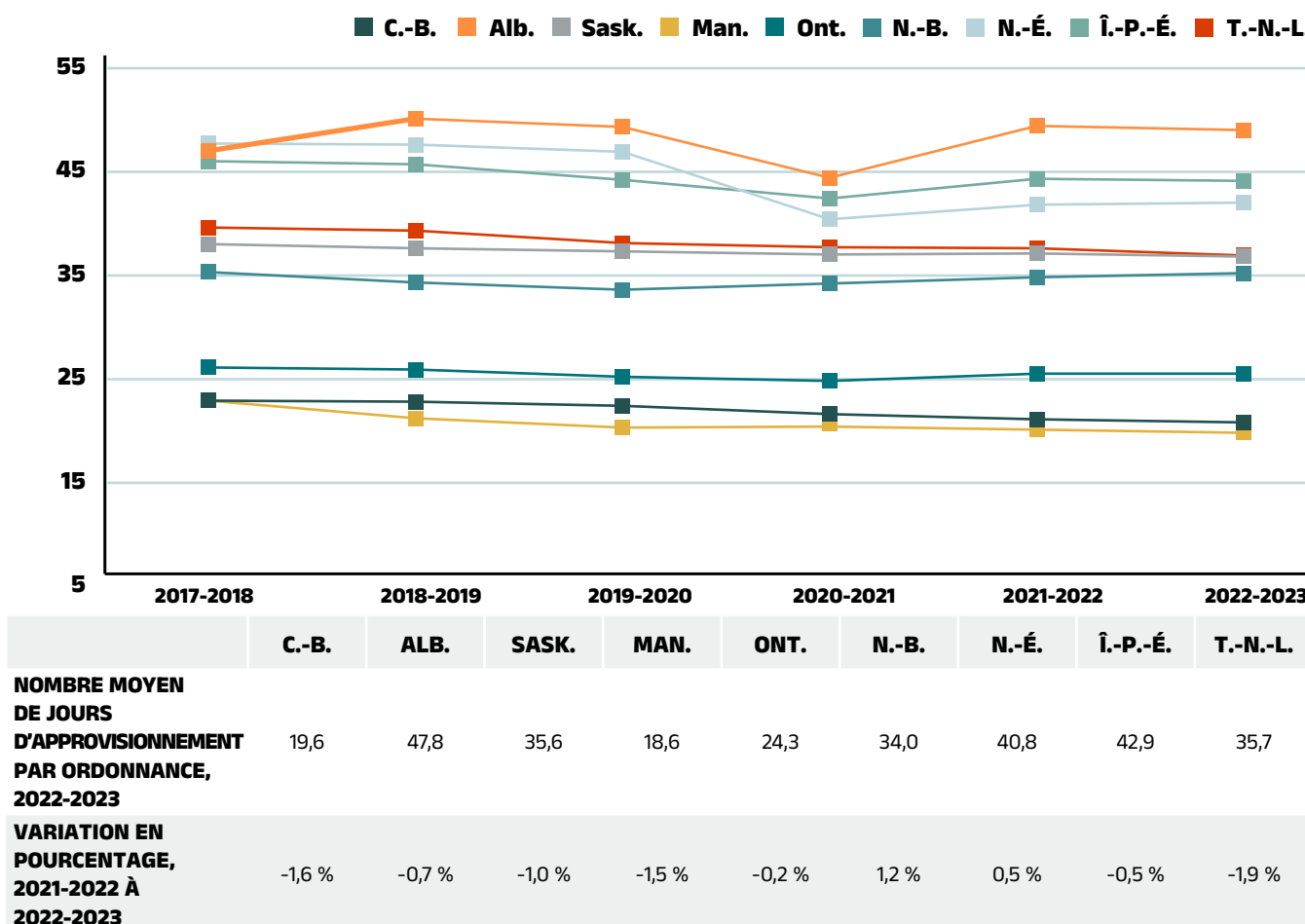
‡ Les ordonnances des sous-régimes de SLD de l'Ontario ont été exclues de l'analyse, car leur mode d'exécution diffère de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires.

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

La figure 3.3 illustre la tendance relative au nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance de 2017-2018 à 2022-2023. 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 les traitements d'entretien. Les ajustements apportés aux politiques sur

la fréquence de délivrance en raison de la pandémie ont été associés à une diminution importante du nombre de jours d'approvisionnement par ordonnance en Alberta et en Nouvelle-Écosse en 2020-2021. Le nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance a été généralement stable de 2021-2022 à 2022-2023, c'est-à-dire qu'il a connu une légère baisse au sein de la plupart des régimes publics d'assurance médicaments.

FIGURE 3.3 NOMBRE MOYEN DE JOURS D'APPROVISIONNEMENT PAR ORDONNANCE, RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU SNIUMP, DE 2017-2018 À 2022-2023



Remarque : L'analyse se limite aux données relatives aux formulations solides à administrer par voie orale. Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées.

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

Bien que le nombre moyen de jours d'approvisionnement et les frais d'exécution par ordonnance soient des mesures utiles à des fins de comparaison, il ne faut pas oublier que les médicaments couverts par chaque régime contribuent au coût d'exécution d'ordonnance moyen. Ainsi, comparer les coûts d'exécution d'ordonnance d'un même ensemble de médicaments permet de 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 % (proportion 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

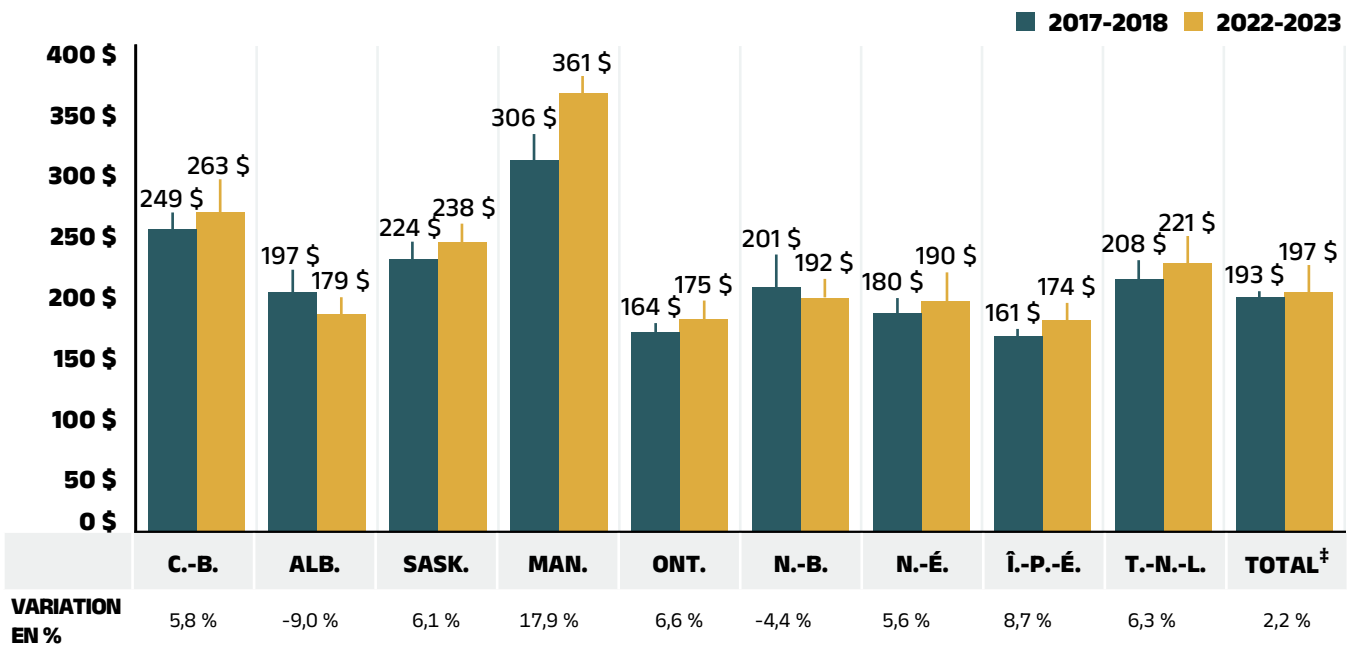
d'ordonnance pour un million d'unités (essentiellement des comprimés) de ces médicaments sont présentés pour deux exercices : 2017-2018 et 2022-2023. Ces médicaments représentaient collectivement 18,5 % et 20,0 % des coûts d'exécution d'ordonnance totaux des régimes publics d'assurance médicaments du SNIUMP, respectivement en 2017-2018 et en 2022-2023.

Les coûts d'exécution d'ordonnance des médicaments en question sont demeurés stables ou ont augmenté entre 2017-2018 et 2022-2023 dans la plupart des provinces, bien que l'ampleur des changements ait été considérablement différente de l'une à l'autre. Les taux d'augmentation les plus élevés ont été observés au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard, tandis que

l'Alberta et le Nouveau-Brunswick ont enregistré des baisses modérées. Dans quatre régimes publics du SNIUMP (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador), les coûts d'exécution d'ordonnance pour un million d'unités ont dépassé 200 000 \$ tant en 2017-2018 qu'en 2022-2023. Fait à noter, le Manitoba était en tête de toutes les administrations, avec des coûts d'exécution d'ordonnance dépassant 300 000 \$ pour un million de comprimés.

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 d'entretien) pourraient avoir 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 D'UNITÉS*, 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, 2017-2018 ET 2022-2023



Remarque : Les établissements de soins de longue durée ont été exclus de l'analyse, puisque la fréquence d'exécution des ordonnances n'est habituellement pas typique, en raison des besoins particuliers des 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. Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées.

* Environ 88 % des unités de la présente analyse étaient des comprimés; les autres étaient principalement des capsules.

† Les médicaments visés par l'entente entre l'APP et l'ACMG, qui en a réduit le prix 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 publics d'assurance médicaments présentés dans cette figure.

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



RÉFÉRENCES

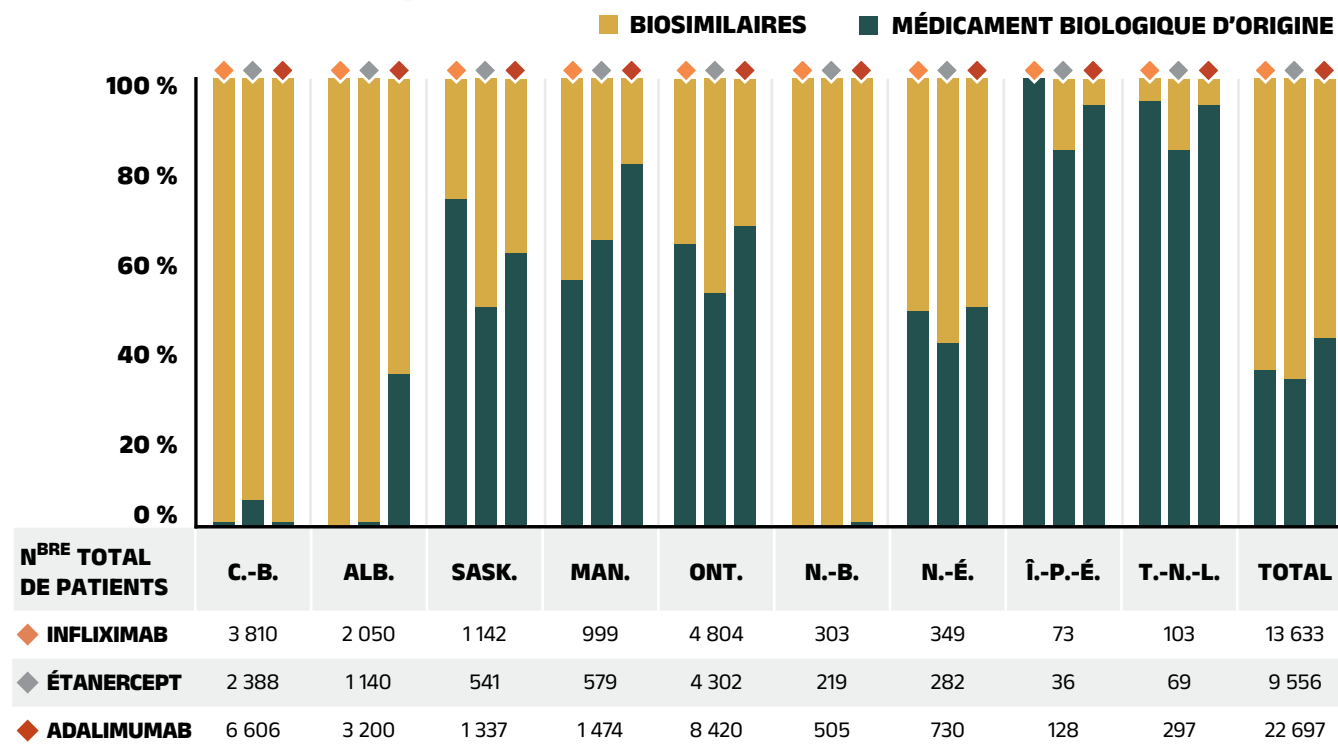
1. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des dépenses nationales de santé](#), 2024 : Tableaux de données Série G. Ottawa, Ontario : ICIS; 2024.
2. Institut canadien d'information sur la santé. [Outil sur les données pharmaceutiques](#). Ottawa, Ontario : ICIS; 2024.
3. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés 2013. [Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance. Un rapport méthodologique](#). Ottawa, Ontario : CEPMB; 2013.

ANNEXE A : RÉPARTITION DES PATIENTS PRENANT PART À L'INITIATIVE SUR LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES PAR ADMINISTRATION, 2022-2023

De nombreux payeurs publics canadiens ont récemment annoncé ou pris des initiatives visant à accroître l'adoption des produits biosimilaires (voir l'annexe B). En 2019, la Colombie-Britannique est devenue la première province canadienne à amorcer une transition vers les biosimilaires pour les patients couverts par le Régime d'assurance médicaments. À la fin de l'exercice 2021-2022, la Colombie-Britannique avait lancé quatre phases de sa politique de substitution pour raisons non médicales, et elle en a poursuivi le développement en 2022-2023. Depuis janvier 2021, l'Alberta a aussi mis en place une politique de substitution, suivie du Nouveau-Brunswick en avril 2021. Plus récemment, c'est-à-dire respectivement en février et en octobre 2022, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont pris des initiatives semblables. Ces initiatives exigent que les patients ayant recours aux médicaments biologiques de référence Remicade (infliximab), Enbrel (étanercept), Lantus (insuline glargine, 100 UI/ml), Rituxan (rituximab), Humira (adalimumab), Humalog (insuline lispro), Lovenox (énoxaparine) et NovoRapid (insuline asparte) pour certaines indications utilisent plutôt un produit biosimilaire.

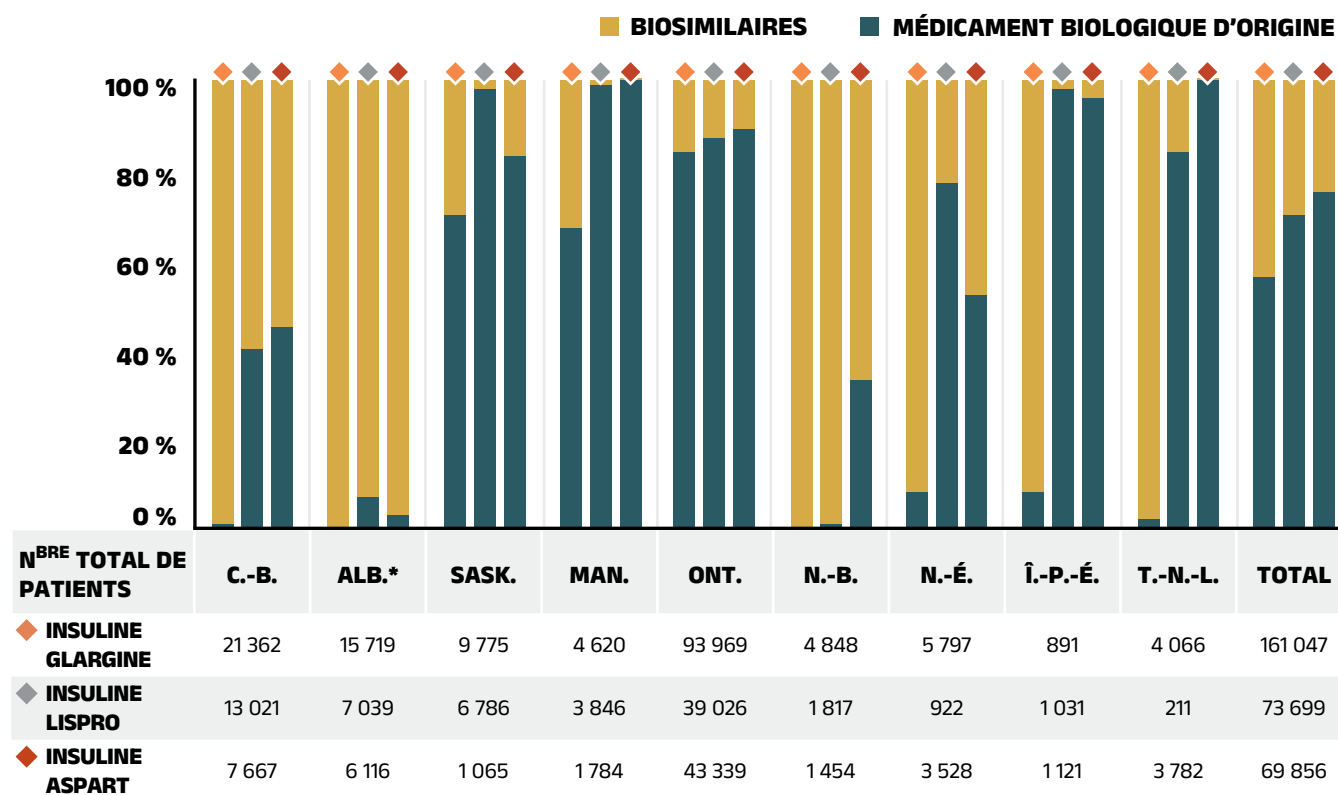
Aux fins du suivi du taux d'adoption des biosimilaires et de l'étude des effets des politiques de substitution dans les régimes publics d'assurance médicaments, les figures A1 à A4 présentent la répartition des patients couverts par les régimes publics pour les médicaments biologiques susmentionnés, visés par les initiatives de substitution, dans chaque administration du SNIUMP pour laquelle des données sont disponibles. Le suivi de l'effet de ces initiatives au fur et à mesure qu'elles sont mises en œuvre se poursuivra dans les prochaines éditions du présent rapport.

FIGURE A1 RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS ANTI-TNF- α (INFLIXIMAB, ÉTANERCEPT ET ADALIMUMAB), PAR ADMINISTRATION, 2022-2023



Remarque : Dans les résultats, il n'y a pas de distinction entre les différentes indications. Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées. Les chiffres étant arrondis, les sommes peuvent ne pas totaliser 100 %.

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

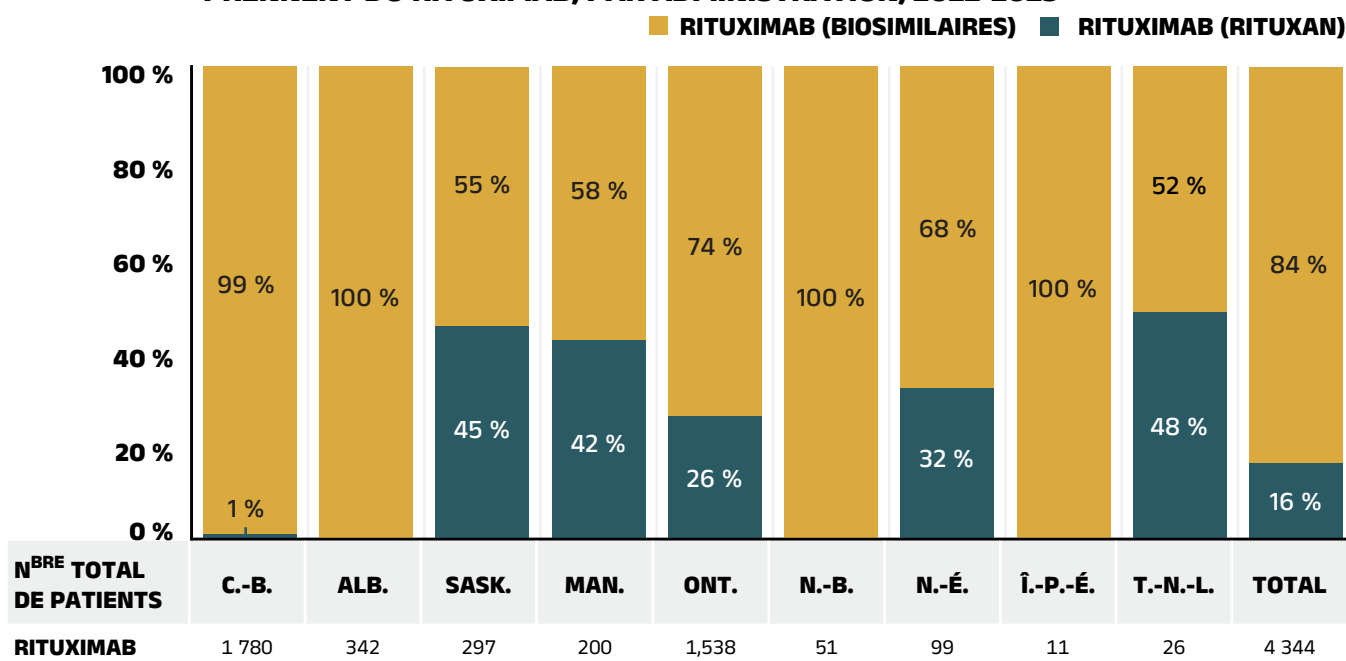
FIGURE A2
RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS QUI PRENNENT DE L'INSULINE GLARGINE*, DE L'INSULINE LISPRO ET DE L'INSULINE ASPARTE, PAR ADMINISTRATION, 2022-2023


Remarque : Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées.

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.

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

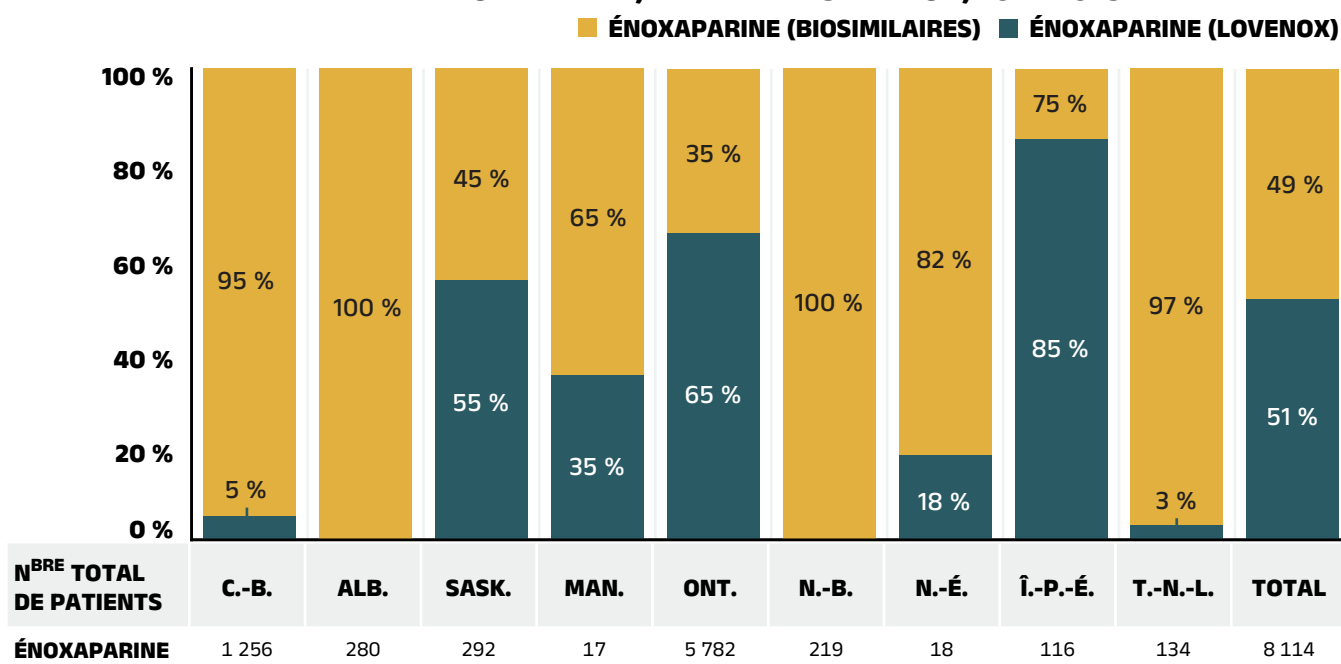
FIGURE A3**RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS QUI PRENNENT DU RITUXIMAB, PAR ADMINISTRATION, 2022-2023**

Remarque : Dans les résultats, il n'y a pas de distinction entre les différentes indications.

Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées.

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

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

FIGURE A4**RÉPARTITION DES PATIENTS COUVERTS PAR LES RÉGIMES PUBLICS QUI PRENNENT DE L'ÉNOXAPARINE, PAR ADMINISTRATION, 2022-2023**

Remarque : Étant limitées, les données du Yukon ne sont pas indiquées.

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

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

ANNEXE B : 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 pris un certain nombre d'initiatives visant à accroître l'adoption de biosimilaires, lesquelles sont décrites dans le tableau ci-dessous.

	INITIATIVE
COLOMBIE-BRITANNIQUE*	En mai 2019, la Colombie-Britannique est devenue la première province canadienne à amorcer une transition vers les biosimilaires pour les patients couverts par le Régime d'assurance médicaments. Dans le cadre de la phase 1 et de la phase 2, les patients qui prenaient Enbrel , Remicade ou Lantus pour des indications particulières devaient obligatoirement passer aux versions biosimilaires de ces médicaments. La politique de substitution a été étendue au moment des phases 3 et 4, en 2020 et en 2021, de manière à inclure Rituxan et Humira . Le Régime d'assurance médicaments a récemment encore élargi le programme, qui inclut désormais NovoRapid [†] et Humalog [†] .
ALBERTA*	En janvier 2021, l'Alberta a annoncé que tous les patients prenant Enbrel , Remicade , Lantus , Neupogen , Neulasta , Rituxan ou Copaxone 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 Humira , Lovenox , Humalog , NovoRapid [†] et, récemment, Stelara [†] .
SASKATCHEWAN*	Depuis octobre 2022, la Saskatchewan a commencé à mettre en œuvre une politique de transition obligatoire vers les biosimilaires. Cette politique concerne les médicaments Humira , Lovenox , Enbrel , Neupogen , Copaxone , Remicade , Rituxan , NovoRapid , Lantus et Humalog [†] . La liste sera étoffée au fur et à mesure que de nouveaux biosimilaires de produits biologiques de référence seront sur le marché.
NOUVEAU-BRUNSWICK*	Depuis avril 2021, le Nouveau-Brunswick rembourse uniquement les options biosimilaires pour les indications approuvées de Humira , Enbrel , Remicade , Lantus , Humalog , Rituxan , Copaxone et Lovenox . La liste a été élargie et inclut désormais NovoRapid [†] et Lucentis [†] .
ONTARIO	L'Ontario a annoncé une politique de transition vers les biosimilaires, qui débutait le 31 mars 2023. Cette politique concerne les produits biologiques suivants : Copaxone , Enbrel , Humira , Lantus , NovoRapid , Remicade , Rituxan et Humalog [†] . La liste sera étoffée au fur et à mesure que de nouveaux biosimilaires de produits biologiques de référence seront sur le marché.
QUÉBEC	En juillet 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 inscrites sur la liste des médicaments assurés, et ce, de façon continue.
NOUVELLE-ÉCOSSE*	Depuis février 2022, la Nouvelle-Écosse a mis en place une politique de substitution pour raisons non médicales. Les médicaments qui doivent être remplacés par des biosimilaires sont les suivants : Humira , Enbrel , Remicade , Lantus , Humalog , NovoRapid et Rituxan . La politique s'appliquera aux autres médicaments figurant sur la liste des médicaments assurés à mesure que les nouveaux médicaments biosimilaires seront approuvés.
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD[†]	En octobre 2023, dans le cadre du régime d'assurance médicaments de l'Î.-P.-É., l'Initiative sur les médicaments biosimilaires de l'Î.-P.-É. a remplacé par des médicaments biosimilaires certains médicaments biologiques auparavant couverts, soit NovoRapid , Lantus , Humalog , Humira , Enbrel , Copaxone , Remicade et Rituxan .

INITIATIVE	
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR[†]	En mars 2023, Terre-Neuve-et-Labrador a annoncé que les bénéficiaires qui utilisaient les produits biologiques d'origine Copaxone, Enbrel, Humalog, Humira, Lantus, Lovenox, NovoRapid, Remicade et Rituxan devaient passer à une version biosimilaire sûre, efficace et moins onéreuse.
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	En décembre 2021, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a lancé l'Initiative sur les biosimilaires. Les personnes qui utilisaient des produits biologiques d'origine devaient passer à un biosimilaire pour pouvoir conserver leur couverture par le régime public.
YUKON[†]	L'initiative d'introduction des médicaments biosimilaires au Yukon a été lancée en deux phases, en avril et en octobre 2023, et prévoit désormais le remplacement des produits biologiques d'origine Lantus, Humira, NovoRapid, Humalog, Enbrel, Copaxone, Rituxan et Lovenox .
MANITOBA, SSNA	Des stratégies de transition vers les biosimilaires sont en cours de planification.

Remarque : Les politiques de substitution par des biosimilaires sont mises en œuvre indépendamment, sur décision de chaque administration et de chaque organisme payeur. Les listes de médicaments biologiques remplacés par leur version biosimilaire s'allongent régulièrement. Par conséquent, il se peut que l'information présentée dans l'annexe B de la présente édition ne représente pas les dernières annonces ni l'état actuel des initiatives du genre.

* Provinces dont les programmes de transition vers les biosimilaires étaient déjà en cours au moment de la période couverte par le présent rapport.

† Provinces ou médicaments ajoutés à ce tableau récapitulatif depuis la dernière édition du rapport *CompasRx*.