



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board



5^e édition CompasRx

Rapport annuel sur les dépenses des régimes
publics d'assurance-médicaments **2017-2018**

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

SNIUMP



Canada

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Septembre 2019

CompasRx, 5^e édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2017-2018 est offert sur le site Web du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) en format électronique.

Une traduction de ce document est également disponible en anglais sous le titre :
CompasRx, 5th Edition: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2017/18.

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

Tél. : 1-877-861-2350

ATS : 613-288-9654

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

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

ISSN 2369-0526

N° de cat. : H79-6F-PDF

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par l'initiative du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2019

Au sujet du CEPMB

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

Initiative du SNIUMP

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

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

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

Remerciements

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

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

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

Avis de non-responsabilité

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

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



Résumé

Les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont augmenté considérablement, soit de 7,4 % en 2017-2018, pour atteindre 11,4 milliards de dollars. Cette hausse était principalement attribuable à une augmentation marquée de l'utilisation de médicaments à coût plus élevé.

Le rapport *CompasRx* du CEPMB suit et analyse les pressions sur les coûts qui ont une incidence sur les variations dans les dépenses en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada. Cette cinquième édition de *CompasRx* donne un aperçu des facteurs à l'origine de la croissance des coûts des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance en 2017-2018, 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 de ce rapport en ce qui concerne les administrations suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Programme des services de santé non assurés.

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

Principales constatations

S'appuyant sur le modeste taux de croissance de 1,9 % enregistré en 2016-2017 et sur l'augmentation substantielle à deux chiffres enregistrée l'année précédente, les dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont augmenté, soit de 7,4 % en 2017-2018.

- Entre 2014-2015 et 2017-2018, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada ont augmenté de 2 milliards de dollars, atteignant un taux de croissance annuel composé de 6,6 %.

- Les coûts des médicaments, qui représentaient 80 % des dépenses en médicaments d'ordonnance en 2017-2018, ont connu une hausse de 8,3 %, tandis que les frais d'exécution d'ordonnance, qui représentaient les 20 % restants des dépenses, ont augmenté de 3,8 %.
- Les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont payé en moyenne 87 % du total des coûts d'ordonnance pour 277 millions d'ordonnances délivrées à près de 7 millions de bénéficiaires actifs en 2017-2018.
- L'instauration du programme Assurance-santé Plus au dernier trimestre de 2017-2018 a entraîné une hausse de 2,5 % des dépenses totales en médicaments d'ordonnance en Ontario, représentant une hausse de 1,4 % pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP pour l'ensemble de l'exercice.

La hausse des coûts des médicaments enregistrée dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2017-2018 était principalement attribuable à l'utilisation accrue de médicaments à coût plus élevé, à la pression renouvelée des antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C et à la mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, tandis que les économies découlant de la substitution par un médicament générique ou biosimilaire étaient limitées.

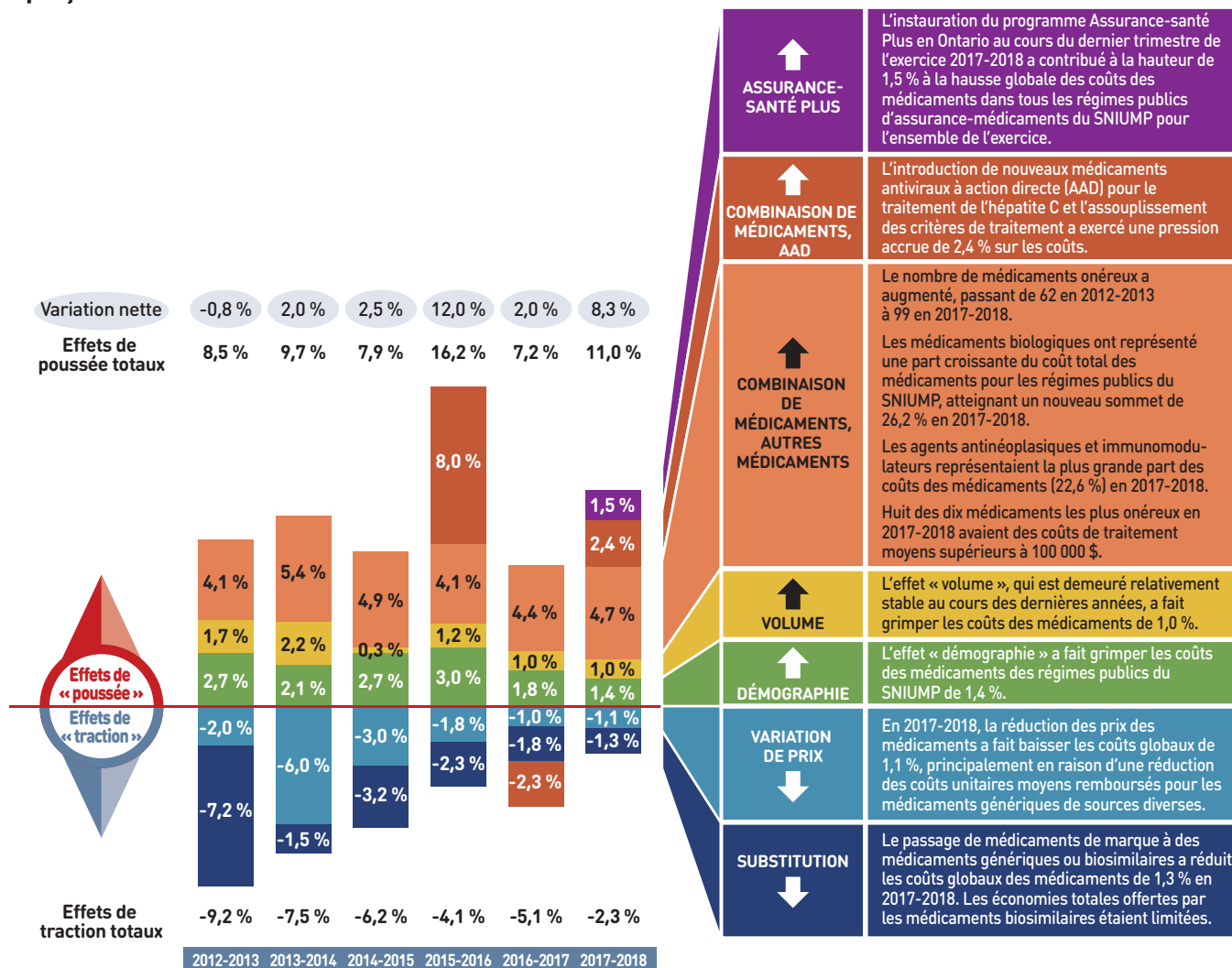
- L'utilisation accrue de médicaments plus onéreux, y compris la pression renouvelée des AAD, a représenté une hausse importante de 7,1 % du coût des médicaments en 2017-2018.
- Le segment du marché des médicaments brevetés a enregistré un taux de croissance à deux chiffres, avec une augmentation de 19,3 % des coûts pour les médicaments dépassant les 10 000 \$ en coûts de traitement annuels. Ces médicaments onéreux ont été utilisés par moins de 2 % des bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments et représentaient plus de 30 % des coûts totaux des médicaments en 2017-2018.
- La mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario au cours du dernier trimestre de 2017-2018 a également influé considérablement sur l'augmentation globale des coûts. Sans l'Assurance-santé Plus, la croissance de 8,3 % du coût total des médicaments

dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP aurait été de 6,8 %.

- L'augmentation du volume de médicaments et de la taille de la population bénéficiaire a fait grimper les coûts des médicaments de 2,4 % en 2017-2018, après une tendance stable sur cinq ans.

- Bien que les économies découlant de la réduction des prix et des substitutions par des médicaments génériques et biosimilaires aient quelque peu compensé la croissance des coûts des médicaments, leur impact a diminué de façon constante, passant de -9,2 % en 2012-2013 à -2,3 % en 2017-2018.

Aperçu des inducteurs de coûts des médicaments



Remarque : Cette 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. Les valeurs pour 2016-2017 reflètent une méthodologie révisée; les résultats antérieurs n'ont pas été mis à jour, car il n'y aurait pas eu de changement notable dans la contribution relative de chaque effet. Les résultats de 2012-2013 ne tiennent pas compte des données des régimes publics d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador. Les données pour le Yukon sont incluses à compter de 2016-2017. Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé.

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

La croissance des frais d'exécution d'ordonnance dans les régimes publics du SNIUMP a été modérée et étroitement liée à la récente tendance sur trois ans, atteignant 2,3 milliards de dollars.

- La croissance globale des frais d'exécution d'ordonnance a été de 3,8 % (86,1 millions de dollars) en 2017-2018, ce qui correspond au taux de croissance enregistré deux ans auparavant, bien que les résultats varient d'un régime à l'autre.
- La mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario au dernier trimestre de 2017-2018 a eu une incidence importante sur la croissance des frais d'exécution d'ordonnance, exerçant une poussée à la hausse de 1,3 % (28,8 millions de dollars) globalement et de 2,4 % en Ontario.
- L'effet « démographie » n'a apporté qu'une modeste contribution de 1,4 % à la croissance des frais d'exécution d'ordonnance en 2017-2018.
- L'effet « taille des ordonnances » a eu la plus grande incidence sur les frais d'exécution d'ordonnance en 2017-2018, faisant grimper les coûts globaux de 2,5 %.
- Les variations des frais d'exécution d'ordonnance moyens par ordonnance ont réduit les frais d'exécution d'ordonnance de 0,5 % en 2017-2018, principalement en raison de la variation de -6,9 % survenue au Manitoba.



Table des matières

Résumé	ii
Introduction.....	2
Méthodes.....	3
Limites	4
1. Tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2012-2013 à 2017-2018	5
2. Les inducteurs de coûts des médicaments, 2016-2017 à 2017-2018	14
Effet « variation de prix »	17
Effet « substitution »	19
Effet « combinaison de médicaments »	23
3. Les inducteurs de coûts des médicaments, 2016-2017 et 2017-2018	29
Références.....	35
Annexe A : Examens et approbations des médicaments	36
Annexe B : Répartition des nouveaux patients prenant certains ARMM par administration	39
Annexe C : Les 50 principaux médicaments brevetés selon le coût du médicament	40
Annexe D : Les 50 principaux médicaments génériques de sources diverses selon le coût du médicament	43
Annexe E : Les 50 principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament	45
Annexe F : Les 50 principaux fabricants selon le coût du médicament	48



Introduction

Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments canadiens représentent une part importante du budget global consacré aux soins de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a estimé le coût total des médicaments d'ordonnance au Canada à 33,7 milliards de dollars en 2018, le volet le plus important (42,7 %) étant financé par les régimes publics d'assurance-médicaments et le solde étant payé par les régimes privés (36,6 %) ou par les ménages et les particuliers (20,7 %).¹

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

Cette édition du rapport porte sur l'exercice 2017-2018 et présente un examen rétrospectif des tendances récentes. Les résultats de cette analyse aideront les intervenants à prévoir l'évolution des pressions exercées sur les coûts, qui touchent les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada et à y réagir.

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

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

Santé Canada, le CEPMB et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. Les détails des approbations et des examens de 2017-2018 figurent à l'annexe A du présent rapport.



Méthodes

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

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

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

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

L'analyse des inducteurs de coûts des médicaments et des frais d'exécution d'ordonnance suit la démarche méthodologique décrite dans le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coût associés aux dépenses en*

*médicaments prescrits – Un rapport méthodologique.*²

Les coûts des médicaments comprennent toute marge bénéficiaire connexe. Les analyses de la taille moyenne des ordonnances ainsi que de l'établissement du prix des médicaments se limitent aux formulations solides administrées par voie orale, de façon à éviter les incohérences au niveau de la déclaration des données qui peuvent exister sur le plan du nombre de jours d'approvisionnement et du nombre d'unités des autres formulations. Les niveaux de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) présentés ici reposent sur les données du SNIUMP de l'ICIS et le système de classification ATC maintenu par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits pharmaceutiques. Les vaccins et les services pharmaceutiques ne sont pas représentés dans ce rapport.

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

Vous trouverez un glossaire des termes dans la section Documents de référence de la page [Études analytiques](#) du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.



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

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

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

Cette édition du rapport *CompasRx* présente des données couvrant jusqu'à l'exercice 2017-2018 inclusivement. Les changements apportés aux régimes et les autres faits nouveaux survenus depuis lors ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

En Colombie-Britannique, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) a pris en charge le régime d'assurance-médicaments auparavant géré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada dans le cadre des SSNA, et le régime de la RSPN est maintenant classé comme sous-régime du régime public d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique. Les dépenses de la RSPN pour les deux premiers trimestres de l'exercice 2017-2018 sont

déclarées dans le total des SSNA, mais les données pour le quatrième trimestre (T4) de 2017 et le premier trimestre (T1) de 2018 n'ont pas été déclarées au SNIUMP. Les coûts totaux peuvent donc être sous-estimés.

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

Les totaux des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont très asymétriques dans le cas de l'Ontario en raison de sa taille, de sorte que l'instauration du programme Assurance-santé Plus pour les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins a eu une incidence notable sur les tendances pour 2017-2018. Il convient de noter que l'incidence du programme Assurance-santé Plus n'est que partiellement prise en compte dans le présent rapport, car il a été mis en œuvre au dernier trimestre de l'exercice analysé.

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

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



1. Tendances relatives aux dépenses en médicaments d'ordonnance, de 2012-2013 à 2017-2018

Les dépenses des régimes publics au titre des médicaments d'ordonnance ont augmenté de 7,4 % en 2017-2018, selon un taux de croissance modeste en 2016-2017 et une augmentation substantielle à deux chiffres l'année précédente, représentant un taux de croissance annuel moyen de 6,6 % au cours des trois dernières années. La forte croissance observée en 2017-2018 est principalement attribuable à l'accroissement du marché des médicaments brevetés, en particulier des médicaments onéreux. Bien que les antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C aient une fois de plus contribué à la hausse des dépenses, d'autres médicaments onéreux sont devenus une force de marché importante, affichant un taux de croissance à deux chiffres par rapport à l'exercice précédent. L'ajout du programme Assurance-santé Plus de l'Ontario au dernier trimestre de 2017-2018 a également contribué à l'augmentation annuelle globale des dépenses.

Aperçus : Structures des régimes d'assurance-médicaments

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

Les changements apportés à la structure ou aux politiques des régimes – par exemple, l'étendue de la couverture des AAD contre l'hépatite C – peuvent avoir un effet important sur les tendances d'une année donnée. L'instauration de l'Assurance-santé Plus pour les résidents de l'Ontario âgés de 24 ans ou moins a eu une incidence notable sur les tendances pour 2017-2018. Un résumé du programme et de ses répercussions sur la croissance des dépenses provinciales et globales en médicaments d'ordonnance est présenté à la fin de la présente section.

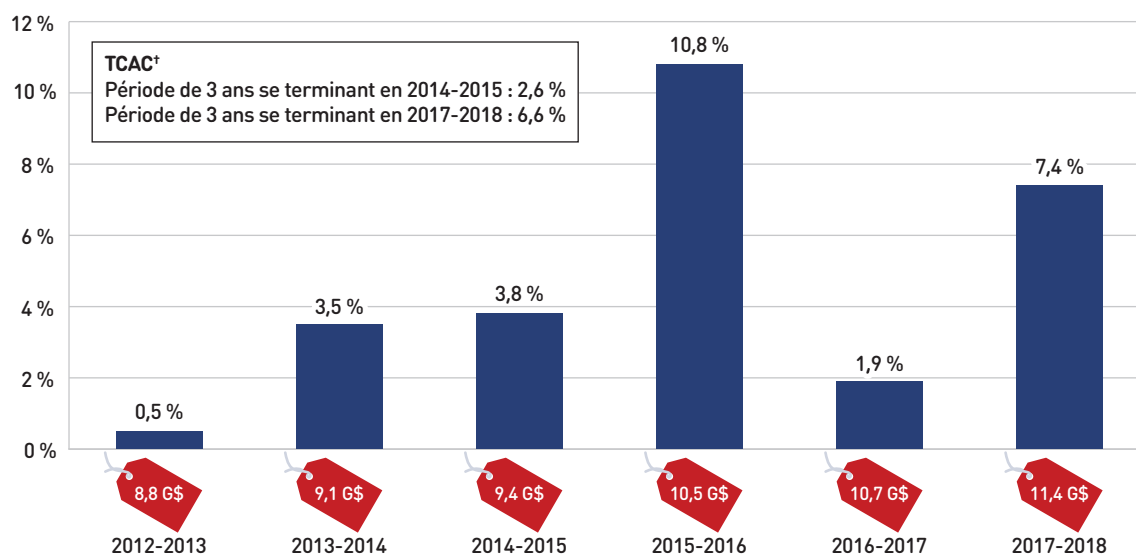
Les documents de référence complémentaires contenant des renseignements sur la structure de chaque régime public d'assurance-médicaments et les politiques régissant les marges bénéficiaires et les frais d'ordonnance, ainsi qu'un glossaire des termes sont disponibles à la page des [Études analytiques](#)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

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coûts des médicaments (80 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (20 \%)}$$

Entre 2012-2013 et 2017-2018, les dépenses annuelles au titre des médicaments d'ordonnance pour les régimes publics d'assurance-médicaments ont augmenté de 2,6 milliards de dollars, passant de 8,8 milliards à 11,4 milliards de dollars, dont 2 milliards de dollars au cours des trois dernières années et 0,7 milliard l'an dernier seulement (figure 1.1).

La croissance globale des dépenses en médicaments d'ordonnance représente une croissance importante de 8,3 % des coûts des médicaments et une augmentation de 3,8 % des frais d'exécution d'ordonnance. En raison de la disparité de leurs taux de croissance, la composante du coût des médicaments a représenté une plus grande part des dépenses globales en 2017-2018 (80 %), tandis que la part des frais d'exécution d'ordonnance est tombée à son plus bas niveau en cinq ans (20 %) [figure 1.2].

Figure 1.1 Taux de variation annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2017-2018



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

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

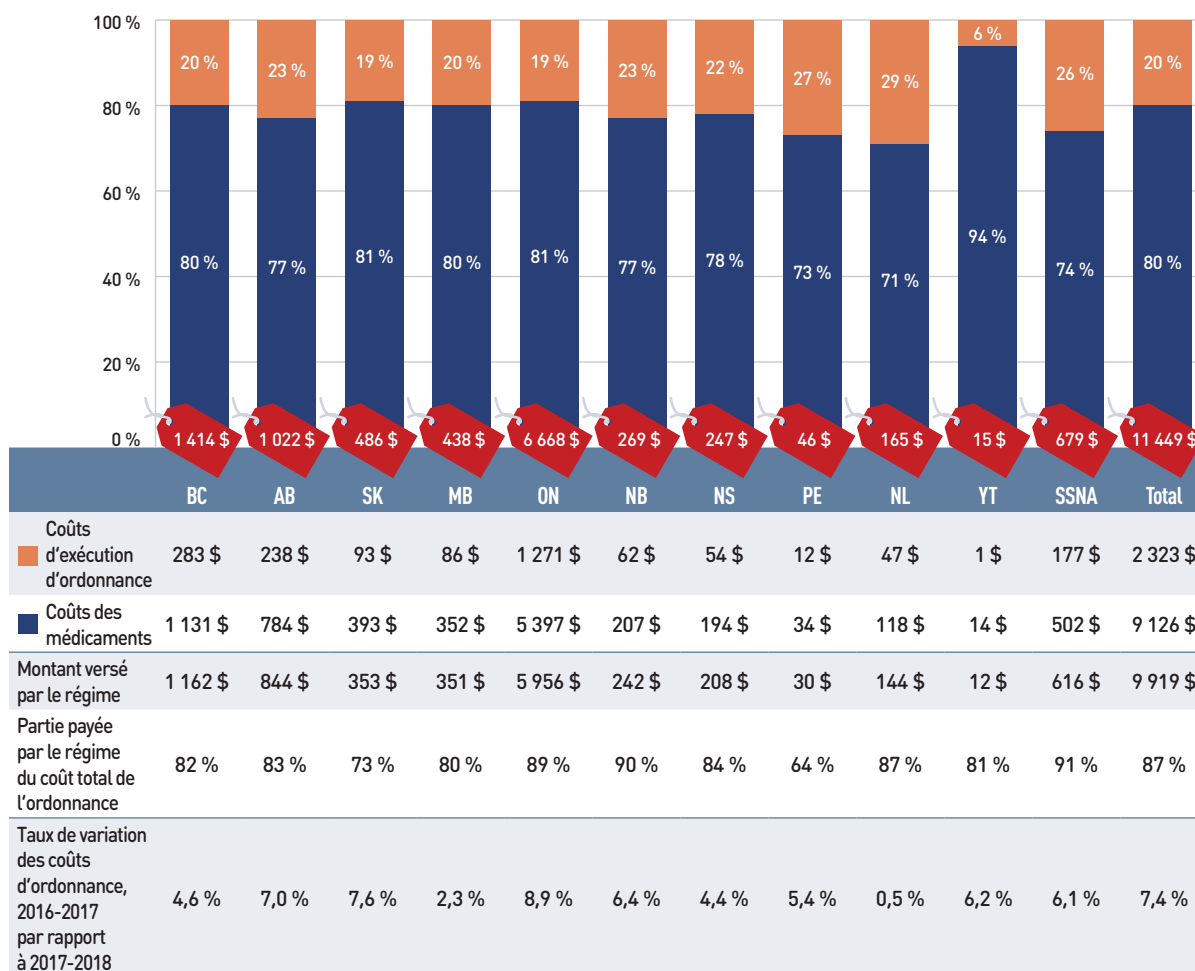
† Taux de croissance annuel composé.

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

Les dépenses déclarées dans cette section représentent les montants totaux que les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont accepté de rembourser, y compris les coûts des médicaments, les majorations connexes et les frais d'exécution d'ordonnance. Ces dépenses tiennent compte à la fois des portions des frais d'exécution d'ordonnance payés par les régimes et ceux payés par les bénéficiaires, comme les quotes-parts et les franchises.

En 2017-2018, les régimes publics ont payé en moyenne 87 % des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, tandis que le reste a été payé par les bénéficiaires soit de leur poche, soit par un assureur privé tiers. La part des bénéficiaires variait d'une administration à l'autre, soit de 64 à 91 %.

Figure 1.2 Dépenses en médicaments d'ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2017-2018 (en millions de dollars)



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

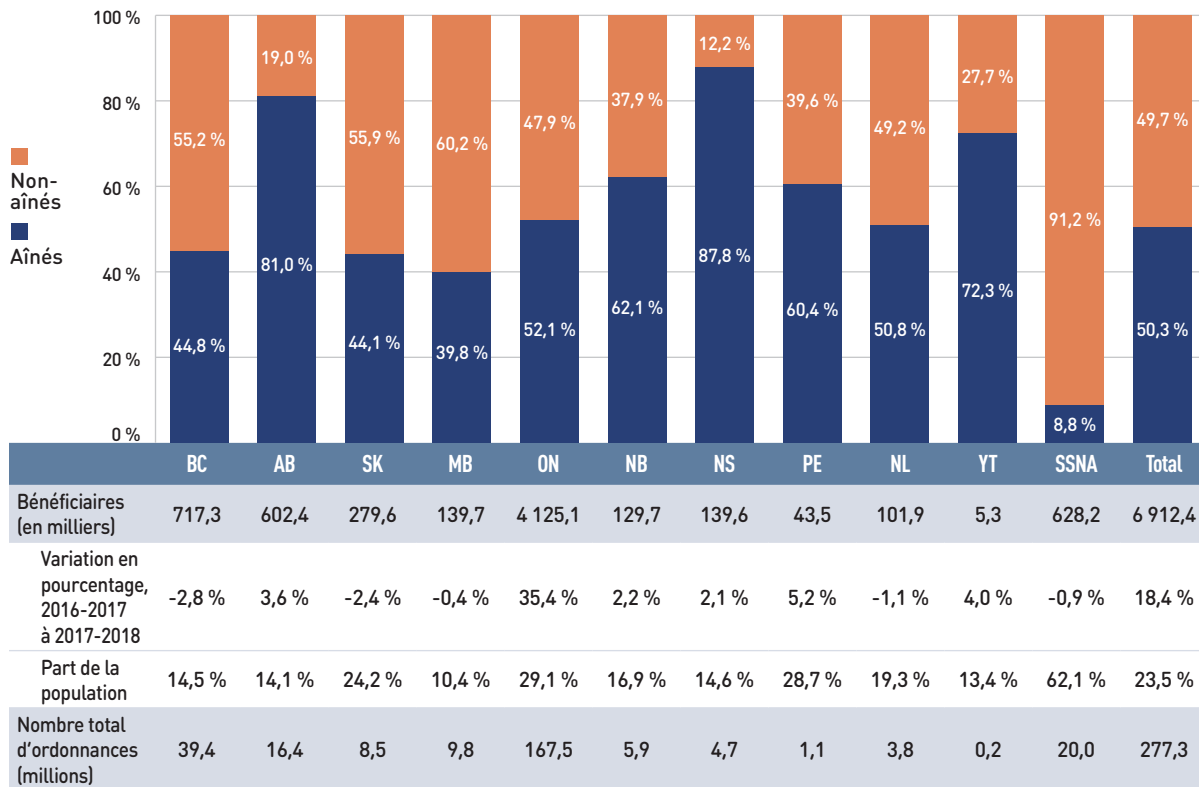
* Le Yukon permet une marge bénéficiaire pouvant atteindre 30 %; par conséquent, les coûts des médicaments représentent une part plus importante de ses dépenses totales.

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

La croissance annuelle des dépenses en médicaments d'ordonnance est fonction de la hausse du nombre de bénéficiaires actifs et du coût de leur traitement. Bien que la taille de la population bénéficiaire dans la plupart des administrations soit demeurée relativement stable en 2017-2018, la population bénéficiaire globale des régimes

publics du SNIUMP a augmenté de 18,4 %, principalement en raison de l'augmentation de 35 % survenue en Ontario à la suite de la mise en œuvre de l'Assurance-santé Plus (pour plus de détails, voir le résumé du programme à la fin de la présente section).

Figure 1.3 Utilisation des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, bénéficiaires âgés et non-âgés, 2017-2018



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

* La part de la population couverte par les SSNA financés par des fonds publics est légèrement sous-estimée, car les données concernant la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la Colombie-Britannique n'étaient pas disponibles au deuxième semestre de 2017-2018.

Sources des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Tableau 051-0005 du Système canadien d'information socio-économique (CANSIM); Rapport annuel du Programme des services de santé non assurés, 2017-2018.

En 2017-2018, près de sept (7) millions de bénéficiaires actifs ont rempli quelque 277 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). Dans l'ensemble, la population active de bénéficiaires était répartie presque également entre

les aînés et les non-aînés, bien qu'il y ait des différences considérables entre les administrations en raison des différences dans la structure du régime, l'admissibilité et les caractéristiques démographiques de la population bénéficiaire (figure 1.3).

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coûts des médicaments (80 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (20 \%)}$$

Les coûts des médicaments, y compris les majorations, représentent la part la plus importante des dépenses en médicaments d'ordonnance et ont la plus grande influence sur les tendances générales. Après une forte hausse de 12,9 % en 2015-2016 et une modeste croissance de 2,0 % en 2016-2017, les coûts des médicaments ont connu une augmentation marquée de 8,3 % en 2017-2018, pour un taux de croissance annuel composé (TCAC) de 7,7 % au cours des trois dernières années. Ce taux suit un taux de variation annuel moyen beaucoup plus faible de 1,5 % par rapport à la période de trois ans précédente.

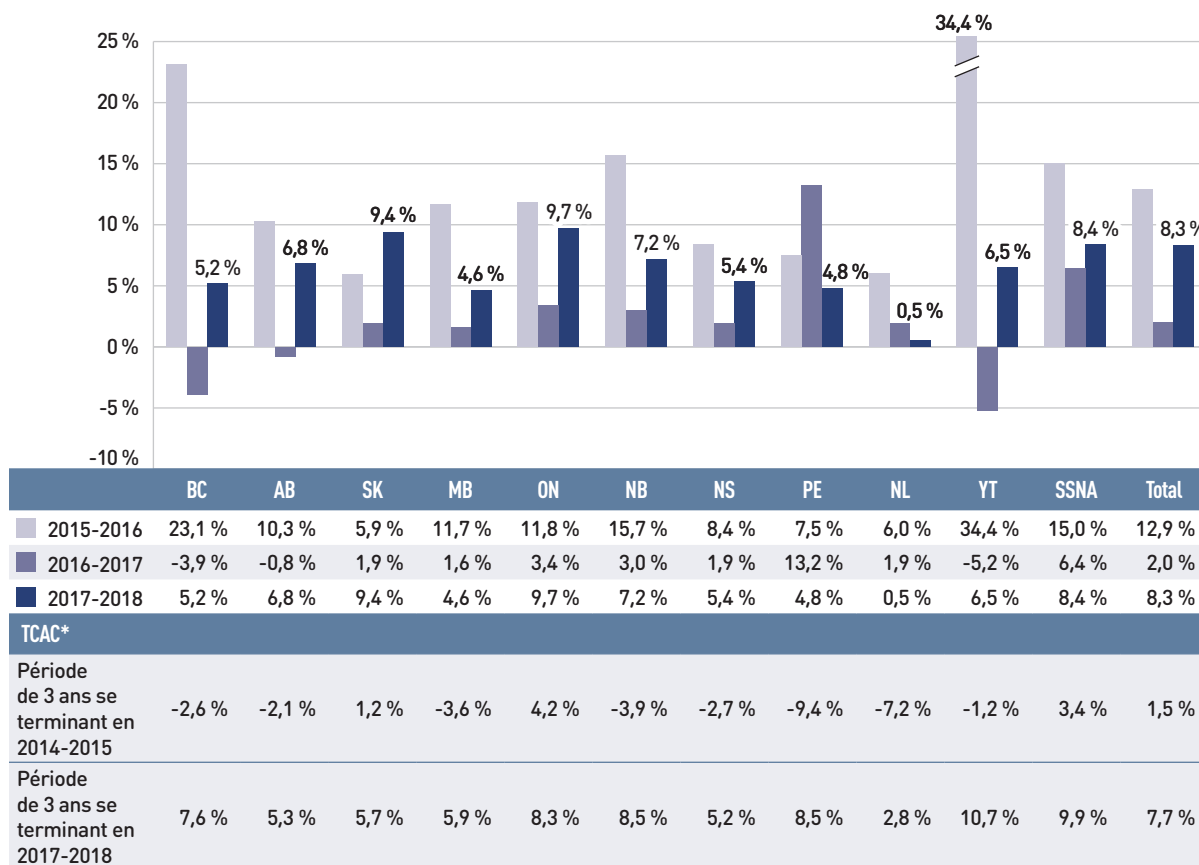
La figure 1.4 rend compte du taux de variation annuel des coûts des médicaments de chaque régime public d'assurance-médicaments du SNIUMP entre 2015-2016

et 2017-2018. L'augmentation globale de 8,3 % des coûts en 2017-2018 reflète une fourchette mince d'environ 5 % à 10 % au sein de la plupart des administrations, à l'exception d'un taux de variation de 0,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

La figure 1.5 présente en détail le taux de variation annuel des coûts des médicaments de 2016-2017 à 2017-2018 selon le segment de marché (diagramme à barres) et indique la part de marché correspondante de chacun (diagramme circulaire) en 2017-2018.

Les médicaments brevetés représentent le plus important segment du marché, représentant 62,6 % des coûts des médicaments des régimes publics en 2017-2018. Avec une croissance considérable de 12,9 % par rapport à l'année précédente, ce sont eux qui ont le plus contribué à l'augmentation globale du coût des médicaments. Les médicaments brevetés onéreux, c'est-à-dire dont le coût annuel moyen par bénéficiaire est supérieur à 10 000 \$,

Figure 1.4 Taux de variation annuels des coûts des médicaments, régimes publics d'assurances-médicaments du SNIUMP, de 2015-2016 à 2017-2018



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

* Taux de croissance annuel composé,

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

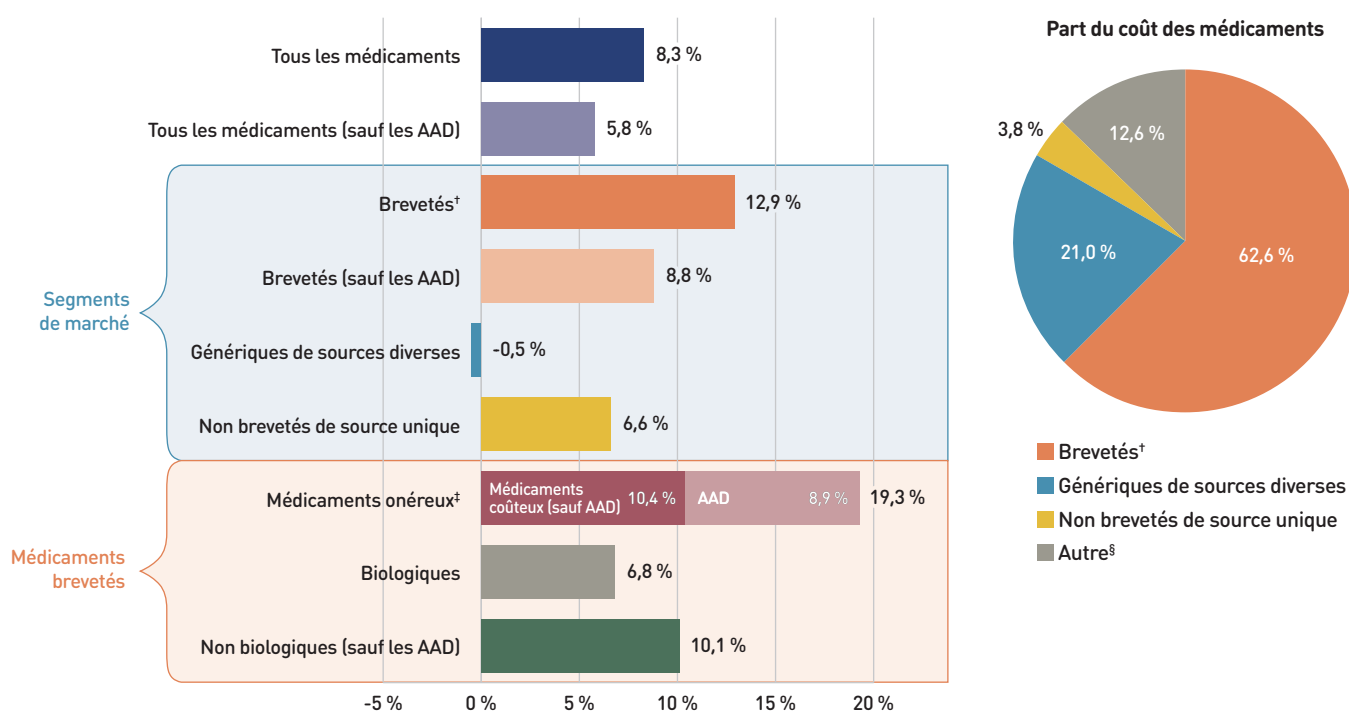
représentent le sous-segment dont la croissance a été la plus rapide avec un taux de 19,3 % en 2017-2018. Près de la moitié de cette croissance (8,9 %) était attribuable aux AAD, tandis que les coûts des autres médicaments onéreux ont augmenté de façon marquée, soit de 10,4 %.

Les médicaments de source unique non brevetés, qui représentaient la plus petite part de marché (3,8 %), affichaient un taux de croissance appréciable de 6,6 % en 2017-2018. Il est à noter qu'au cours de l'exercice financier, certains des médicaments les plus vendus ont perdu la

protection conférée par leur brevet. Comme les résultats publiés ne tiennent pas compte des coûts annuels partiels, la croissance de ce segment de marché devrait être encore plus marquée. Les répercussions seront prises en compte dans la prochaine édition du rapport.

Les médicaments génériques de sources diverses, qui représentaient 21,0 % des coûts des médicaments, étaient le seul segment de marché à afficher un taux de croissance négatif en 2017-2018, affichant une légère baisse de -0,5 % par rapport à 2016-2017.

Figure 1.5 Taux de variation annuels des coûts des médicaments, selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2016-2017 à 2017-2018



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

Des antiviraux à action directe (AAD) sont utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

Vous trouverez un glossaire des termes concernant chacun des segments de marché dans la section Documents de référence de la page [Études analytiques](#) du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

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

[†] Le segment de marché des médicaments brevetés comprenait tous les médicaments protégés par un brevet à un certain moment durant la période d'étude, et ce, même si la date d'expiration du brevet survenait au cours de cette période. Par conséquent, la croissance de 2017-2018 ne reflète pas la perte de l'exclusivité des brevets pour certains médicaments les plus vendus au cours de l'exercice.

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

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

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

$$\text{Dépenses en médicaments d'ordonnance} = \text{Coûts des médicaments (80 \%)} + \text{Frais d'exécution d'ordonnance (20 \%)}$$

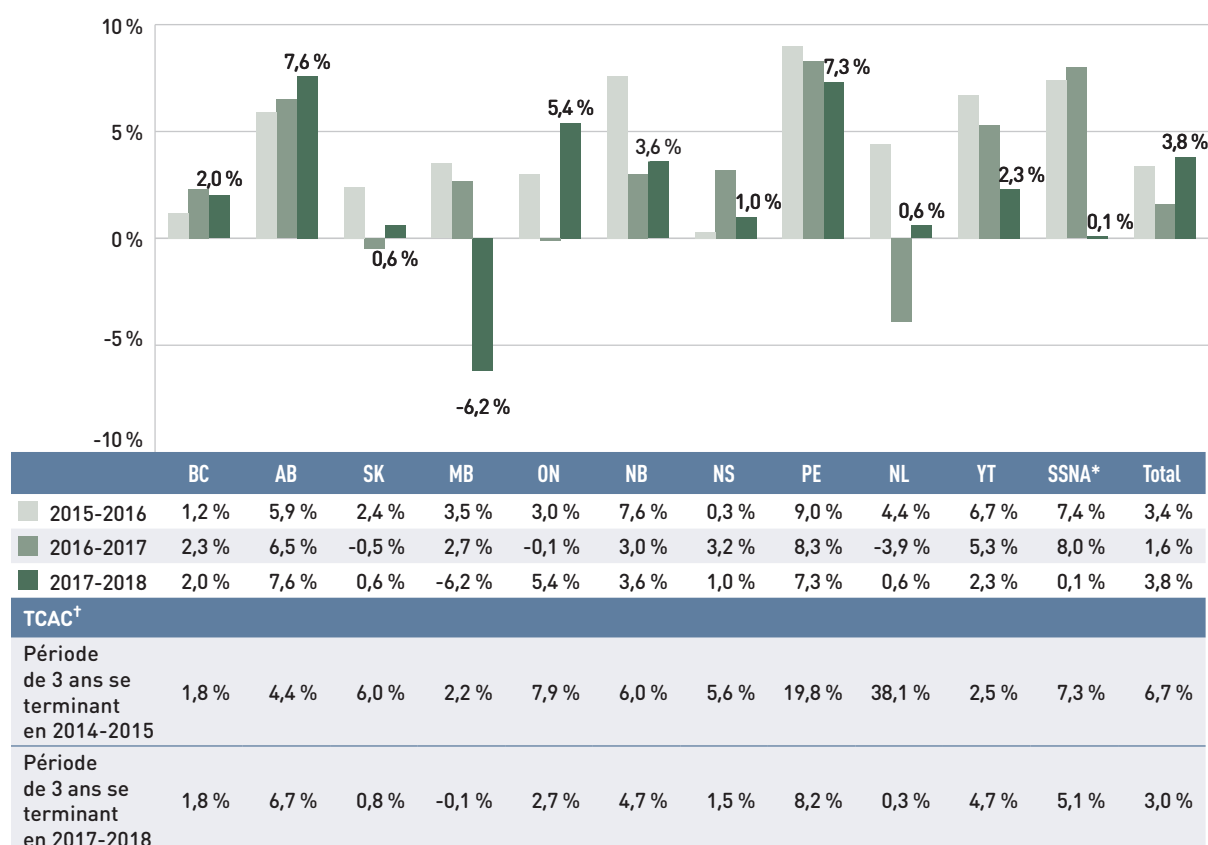
Les frais d'exécution d'ordonnance représentent une part importante des dépenses en médicaments d'ordonnance. Dans l'ensemble, le taux de croissance annuel moyen a diminué, passant de 6,7 % entre 2012-2013 et 2014-2015 à 3,0 % au cours des trois dernières années. La figure 1.6 rend compte du taux de variation annuel des frais d'exécution d'ordonnance de chaque régime d'assurance-médicaments du SNIUMP de 2015-2016 à 2017-2018. 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.

Aperçus : Frais d'exécution d'ordonnance

Le régime public du Manitoba a été le seul à apporter un changement notable aux frais d'exécution d'ordonnance en 2017-2018 : un nouveau plafond des frais d'exécution d'ordonnance permet aux pharmacies de facturer aux régimes provinciaux d'assurance-médicaments jusqu'à 30 \$ par ordonnance, ou jusqu'à 60 \$ si le médicament prescrit est un composé stérile, sans égard au coût de base ou à la façon dont il est emballé.

Pour obtenir un résumé des politiques sur les frais d'exécution de chacun des régimes publics d'assurance-médicaments, se reporter à la section « Documents de référence » de la page [Études analytiques](#) du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Figure 1.6 Taux de variation annuels des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2015-2016 à 2017-2018



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

* Le taux de variation annuel pour les SSNA est légèrement sous-estimé, car les données concernant la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la Colombie-Britannique n'étaient pas disponibles au deuxième semestre de 2017-2018.

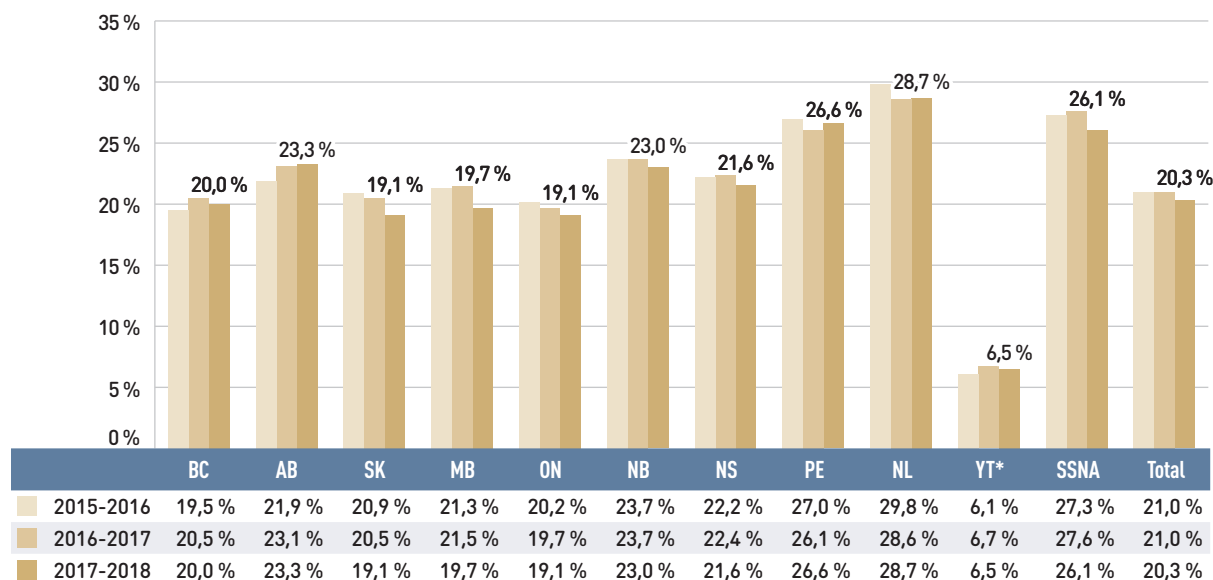
† Taux de croissance annuel composé.

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

Étant donné que les frais d'exécution d'ordonnance ont connu une croissance plus lente que celle des coûts des médicaments au cours des trois dernières années, leur part des dépenses globales en médicaments d'ordonnance a diminué, passant de 22,5 % en 2014-2015 à 20,3 % en 2017-2018.

La figure 1.7 illustre la tendance relative aux frais d'exécution d'ordonnance exprimés en proportion des dépenses totales en médicaments d'ordonnance de chaque régime d'assurance-médicaments du SNIUMP de 2015-2016 à 2017-2018

Figure 1.7 Frais d'exécution d'ordonnance annuels exprimés en proportion des dépenses totales en médicaments d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2015-2016 à 2017-2018



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

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

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

Aperçu : Assurance-santé Plus

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

L'élargissement du régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario visant à inclure l'Assurance-santé Plus n'est que partiellement reflété dans les résultats de la présente édition de *CompasRx*, car ce programme a été mis en œuvre au cours du dernier trimestre de 2017-2018 (du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2018). Même si cette édition ne saisit qu'une partie de l'effet total de ce programme, on remarque un impact notable sur les résultats de 2017-2018 pour l'Ontario, ainsi que sur les dépenses totales en médicaments pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, compte tenu de la taille relative de l'Ontario.

Parmi les retombées du programme Assurance-santé Plus au cours de la période de 2017-2018, on comptait :

- Les dépenses du programme Assurance-santé Plus au titre des médicaments d'ordonnance au dernier trimestre de 2017-2018 ont totalisé 151 millions de dollars, représentant 2,3 % des dépenses en médicaments d'ordonnance pour l'Ontario et 1,3 % des dépenses totales pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP pour l'ensemble de l'exercice.
- Plus d'un million de bénéficiaires actifs ont fait exécuter environ trois (3) millions d'ordonnances dont le remboursement a été accepté par le programme Assurance-santé Plus au cours du dernier trimestre de 2017-2018. Si l'on avait exclu l'Assurance-santé Plus de l'analyse, la population totale des bénéficiaires n'aurait augmenté que de 1,5 % en Ontario et de 0,7 % dans tous les régimes publics du SNIUMP, comparativement aux taux effectifs de 35,4 % et 18,4 % respectivement.
- La mise en œuvre du programme Assurance-santé Plus a entraîné une augmentation de 30 % à 48 % de la part des bénéficiaires non aînés dans le régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario.
- Sans l'Assurance-santé Plus, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance auraient augmenté de 6,4 % en Ontario et de 5,9 % dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, comparativement aux taux de croissance effectifs de 8,9 % et 7,4 %, respectivement. Selon le même scénario, les coûts des médicaments en Ontario auraient augmenté de 7,2 % par rapport au taux effectif de 9,7 %, tandis que la croissance du coût des médicaments dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP aurait été de 6,8 % plutôt que de 8,3 %.

Cette évaluation de l'impact initial du programme Assurance-santé Plus était limitée par le fait que certains bénéficiaires de ce programme étaient déjà inscrits au régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario, ce qui a entraîné un certain chevauchement entre les programmes existants et Assurance-santé Plus.

Par la suite, le programme a été remanié de manière à cibler exclusivement les enfants et les jeunes non couverts par un régime privé à compter du 1^{er} avril 2019.



2. Les inducteurs de coûts des médicaments, 2016-2017 à 2017-2018

L'effet combiné d'une croissance soutenue de l'utilisation de médicaments à coût plus élevé et d'une pression renouvelée des AAD pour l'hépatite C a entraîné une hausse importante de 7,1 % des coûts des médicaments en 2017-2018. Les fluctuations des taux de variation des coûts des médicaments au cours des dernières années ont été largement influencées par l'utilisation d'AAD, qui, après une adoption soudaine en 2015-2016, a fortement diminué en 2016-2017, puis a augmenté encore une fois l'année suivante. Les économies engendrées par les médicaments génériques, qui ont diminué au cours des dernières années, n'ont eu qu'un léger effet de traction à la baisse en 2017-2018.

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

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

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

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

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

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

Dans cette section, une analyse détaillée des inducteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les coûts des médicaments des régimes publics auraient changé entre 2016-2017 et 2017-2018 si un seul facteur

(p. ex., le prix des médicaments) avait été pris en compte alors que tous les autres seraient demeurés les mêmes.¹

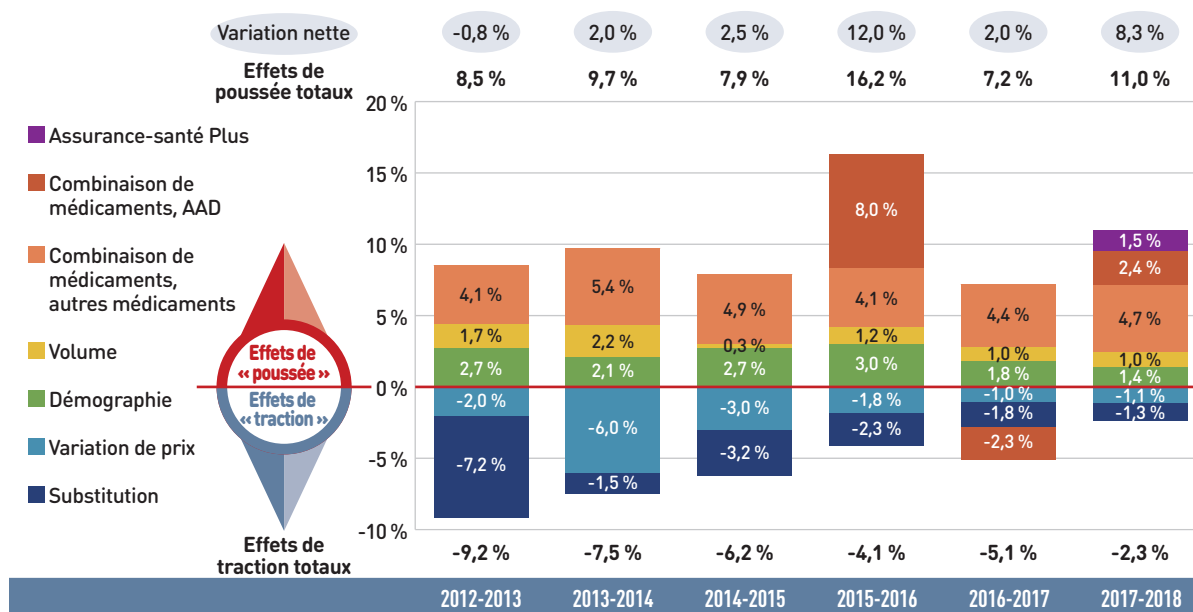
La figure 2.1 donne un aperçu des pressions exercées sur les taux de variation des coûts des médicaments de 2012-2013 à 2017-2018.

Les variations annuelles dans la population de patients et le volume de médicaments utilisés exercent généralement une pression à la hausse légère à modérée sur les coûts des médicaments. Malgré son lancement tardif au cours de l'année, le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario a eu une influence considérable sur les résultats de 2017-2018, contribuant, à raison de 1,5 %, à l'augmentation de la pression globale exercée sur les coûts des médicaments. Outre l'Assurance-santé Plus, l'effet « démographie », qui a fait grimper les coûts de 2 % à 3 % avant 2015-2016, contribue maintenant moins de 2 % par année, ce qui indique une croissance plus lente du nombre de bénéficiaires actifs. L'effet « volume » a contribué de façon constante à une augmentation d'environ 1 % des coûts des médicaments au cours des dernières années.

Outre ces pressions, le taux net réel de variation des coûts des médicaments dépend de deux forces importantes, mais opposées : l'effet de poussée d'une augmentation de l'utilisation de médicaments plus onéreux et l'effet de traction à la baisse des substitutions par des médicaments génériques et biosimilaires et des réductions de prix. Au cours des dernières années, les économies réalisées grâce aux substitutions par des médicaments génériques ou

¹ En réalité, plusieurs facteurs changent simultanément, créant un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas rapporté dans cette analyse, mais il est pris en compte dans la variation du coût total.

Figure 2.1 Inducteurs de coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2017-2018



Remarque : Les valeurs historiques sont déclarées pour 2012-2013 à 2015-2016.

Cette analyse est fondée sur des renseignements accessibles au public sur les prix. Elle ne tient pas compte des rabais confidentiels négociés sur les prix des médicaments par l'APP au nom des régimes publics.

Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et qu'elles sont soumises à un effet croisé. Les résultats de 2012-2013 ne tiennent pas compte des données des régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador. Les résultats pour le Yukon ont été inclus à compter de 2016-2017.

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

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

biosimilaires et aux réductions de prix ont progressivement diminué, car l'incidence de l'effet de traction à la baisse a diminué, passant de -9,2 % en 2012-2013 à -2,4 % en 2017-2018. Au cours de la même période, l'utilisation accrue de médicaments plus onéreux a connu une hausse relativement constante de 4 % à 5 % par année. Les AAD pour l'hépatite C ont fait augmenter les coûts de près de 3 % en moyenne au cours des trois dernières années. En 2017-2018 seulement, l'effet de poussée combiné des AAD et d'autres médicaments plus onéreux a eu une incidence importante de 7,1 % sur les coûts des médicaments dans les régimes publics du SNIUMP.

L'augmentation globale de 8,3 % des coûts des médicaments en 2017-2018 représentait une croissance absolue de 699 millions de dollars, les taux de croissance variables parmi les régimes publics d'assurance-médicaments allant d'environ 5 % à 10 % (figure 2.2). Terre-Neuve-et-Labrador était l'exception, avec une augmentation plus faible de 0,5 %. Ces variations étaient principalement attribuables à des différences dans l'incidence de l'effet « combinaison de médicaments ». Parmi les administrations affichant des

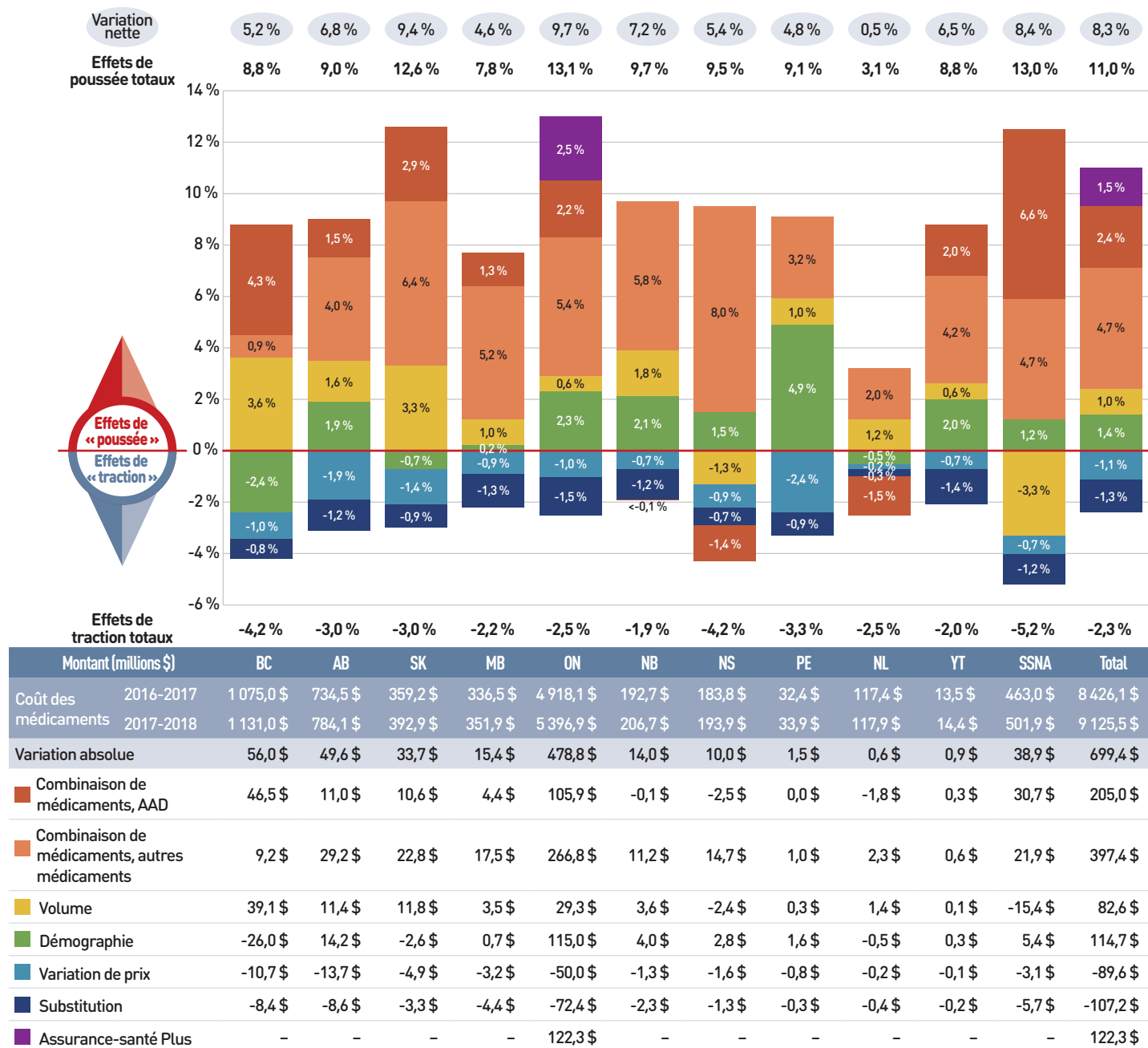
taux de croissance globaux plus élevés, mentionnons l'Ontario (9,7 %), la Saskatchewan (9,4 %), les SSNA (8,4 %) et le Nouveau-Brunswick (7,2 %).

L'utilisation accrue de médicaments plus onéreux autres que les AAD a eu l'effet de poussée le plus marqué, avec une incidence de 4,7 % (397 millions de dollars) allant de 0,9 % à 8,0 % dans l'ensemble des administrations. Les pressions exercées par les AAD ont fait augmenter les coûts des médicaments d'un autre 2,4 % (205 millions de dollars). Les différences entre les régimes publics d'assurance-médicaments en ce qui a trait à l'effet « combinaison de médicaments » peuvent être liées à la structure du régime, aux décisions relatives aux médicaments à inscrire au formulaire et aux profils sanitaires de la population, entre autres choses. L'incidence des AAD variait également, la poussée à la hausse la plus marquée ayant été enregistrée dans les SSNA (6,6 %), suivis de la Colombie-Britannique (4,3 %), de la Saskatchewan (2,9 %) et de l'Ontario (2,2 %), tandis qu'en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, l'utilisation des AAD a diminué, entraînant une traction à la baisse des coûts de -1,5 %.

Le lancement du programme Assurance-santé Plus en Ontario au cours du dernier trimestre de 2017-2018 a donné lieu à un supplément de 122 millions de dollars aux coûts des médicaments, soit une poussée à la hausse de 2,5 % en Ontario et de 1,5 % dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP pour l'ensemble de l'exercice.

L'effet « démographie » a fait grimper les coûts des médicaments des régimes publics du SNIUMP de 1,4 % (115 millions de dollars) en 2017-2018. Une augmentation du nombre de Canadiens admissibles à la couverture pour aînés (65 ans et plus) et le lancement de nouveaux sous-régimes (p. ex., admissibilité accrue à l'Île-du-Prince-Édouard) figurent parmi les facteurs qui ont contribué à cette croissance.

Figure 2.2 Taux de variation des coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2016-2017 à 2017-2018



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

* Les données concernant la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la Colombie-Britannique n'étaient pas disponibles au deuxième semestre de 2017-2018.

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

L'effet « volume », qui est demeuré relativement stable au cours des dernières années, a fait grimper les coûts des médicaments de 1,0 %, ou 83 millions de dollars, en 2017-2018. Cet effet était un inducteur important en Colombie-Britannique (3,6 %) et en Saskatchewan (3,3 %).

Les effets d'économie de coût de la substitution par des médicaments génériques et biosimilaires (-1,3 % ou -107 millions de dollars) et de réduction des prix (-1,1 % ou -90 millions de dollars) étaient relativement uniformes dans toutes les administrations. Ensemble, ils représentaient une modeste économie de 2,4 % pour les régimes publics du SNIUMP, soit 197 millions de dollars, ce qui est nettement inférieur aux économies réalisées au cours des années précédentes.

Les effets « variation de prix », « substitution » et « combinaison de médicaments » pour 2017-2018 sont examinés plus en détail dans cette section.

Effet « variation de prix »

Cet effet tient compte des variations dans les prix des médicaments de marque et des médicaments génériques. En 2017-2018, les réductions des prix des médicaments ont fait baisser les niveaux de coût globaux de 1,1 % (90 millions de dollars). Selon une analyse par segment de marché, cette traction à la baisse était surtout attribuable à la réduction des coûts unitaires moyens remboursés dans la catégorie des médicaments génériques de sources diverses, puisque les coûts unitaires moyens des médicaments brevetés sont demeurés relativement stables, alors que ceux des médicaments non brevetés de source unique ont augmenté.

Plus de la moitié de la diminution totale de l'effet « variation de prix » découle directement de l'entente de transition d'un an de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), qui a débuté le 1^{er} avril 2017. Aux termes de l'entente de transition, le prix de six médicaments génériques d'usage courant a diminué, passant de 18 % à 15 % du prix de la marque de référence.^{II} Par la suite, une nouvelle entente quinquennale entre l'APP et l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) a été conclue le 1^{er} avril 2018. L'entente a également permis de réduire encore le prix de 67 des médicaments génériques les plus couramment prescrits au Canada à environ 10 % à 18 % du prix du produit de marque équivalent. Ce changement, ainsi que toute autre politique de tarification mise en œuvre après 2017-2018, sera pris en compte dans les prochaines éditions du présent rapport.

Aperçu : Initiatives de l'APP

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

Médicaments génériques :

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

Au 1^{er} avril 2018, les prix de 67 des médicaments les plus couramment prescrits au Canada ont été réduits de 25 % à 40 %, ce qui a donné lieu à des réductions globales pouvant atteindre 90 % du prix des équivalents de marque.

Médicaments de marque :

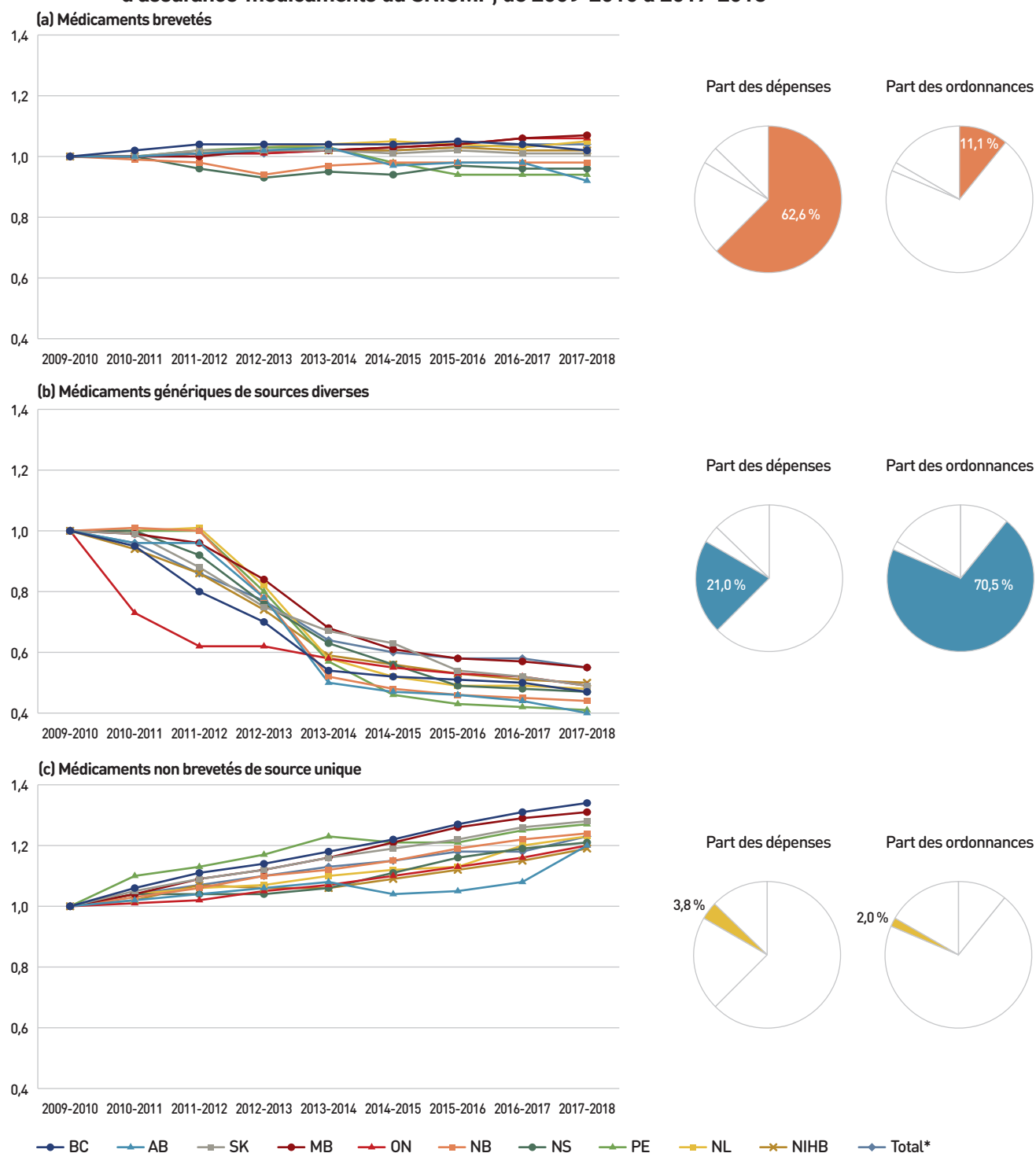
Au 30 juin 2019, 297 négociations conjointes ou ententes d'inscription de produits pour les médicaments de marque avaient été menées à bien par l'APP, et 49 autres négociations étaient en cours.

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

La figure 2.3 présente les tendances relatives aux coûts unitaires moyens de 2009-2010 à 2017-2018 par segment de marché pour : (a) les médicaments brevetés; (b) les médicaments génériques de sources diverses; (c) les médicaments non brevetés de source unique, ainsi que leurs parts de marché correspondantes de 2017-2018. Les valeurs du coût unitaire moyen sont exprimées en indice, en donnant la valeur de 1 à l'année de base (2009-2010) et en fixant les valeurs des années subséquentes en fonction de cette valeur. Les résultats ont été calculés à l'aide de la moyenne pondérée en fonction des coûts des variations moyennes des coûts unitaires remboursés pour chaque médicament. L'analyse n'a tenu compte que des formulations solides à administrer par voie orale afin d'assurer la cohérence des données sur les coûts unitaires.

II Atorvastatine, amlodipine, simvastatine, pantoprazole, ramipril et clopidogrel.

Figure 2.3 Indice des coûts unitaires moyens par segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2017-2018



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

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

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

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

De 2009-2010 à 2017-2018, les prix des médicaments brevetés, qui représentent le plus important segment de marché (62,6 % en 2017-2018), ont été relativement stables, tandis que les prix des médicaments non brevetés de source unique, soit le plus petit segment de marché (3,8 %), ont augmenté en moyenne de 23 %. Malgré cette hausse importante, l'impact du segment de marché des médicaments non brevetés de source unique a été limité en raison de sa petite taille.

Le segment de marché des médicaments génériques de sources diverses affiche une tendance semblable pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP : une baisse rapide est survenue au cours des premières années suivant les réformes des prix des médicaments génériques, suivie d'une baisse plus graduelle entre 2014-2015 et 2016-2017 à mesure que les prix des médicaments génériques se stabilisaient, puis d'une baisse moyenne additionnelle de 3 % en 2017-2018. La variation entre les différents régimes dépend du moment des réformes des prix des médicaments génériques, de l'ampleur des réductions des prix des médicaments génériques et des taux d'utilisation des médicaments génériques.

Effet « substitution »

Le passage de médicaments de marque à des médicaments génériques ou biosimilaires a réduit les coûts globaux des médicaments de 1,3 % en 2017-2018, ce qui a engendré des économies de 107 millions de dollars pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. Trois médicaments, soit un antidépresseur et deux antiviraux utilisés dans le traitement du VIH/sida, sont à l'origine de la plus grande partie des économies découlant de la substitution par des médicaments génériques : la duloxétine (-0,2 %), le tenofovir disoproxil (-0,2 %) et le tenofovir disoproxil/emtricitabine (-0,2 %). Les économies totales offertes par les médicaments biosimilaires, deux immunosuppresseurs et un immunostimulant étaient limitées, l'Inflextra (-0,1 %), le Grastofil (-0,08 %) ainsi que le Brenzys et l'Erelzi (0,02 %) faisant une différence faible, mais croissante dans le coût global des médicaments.

La part des ordonnances de médicaments génériques de sources diverses dans les régimes publics a dépassé 70 % en 2017-2018, ce qui représente une hausse marquée

Aperçu : Médicaments biosimilaires

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

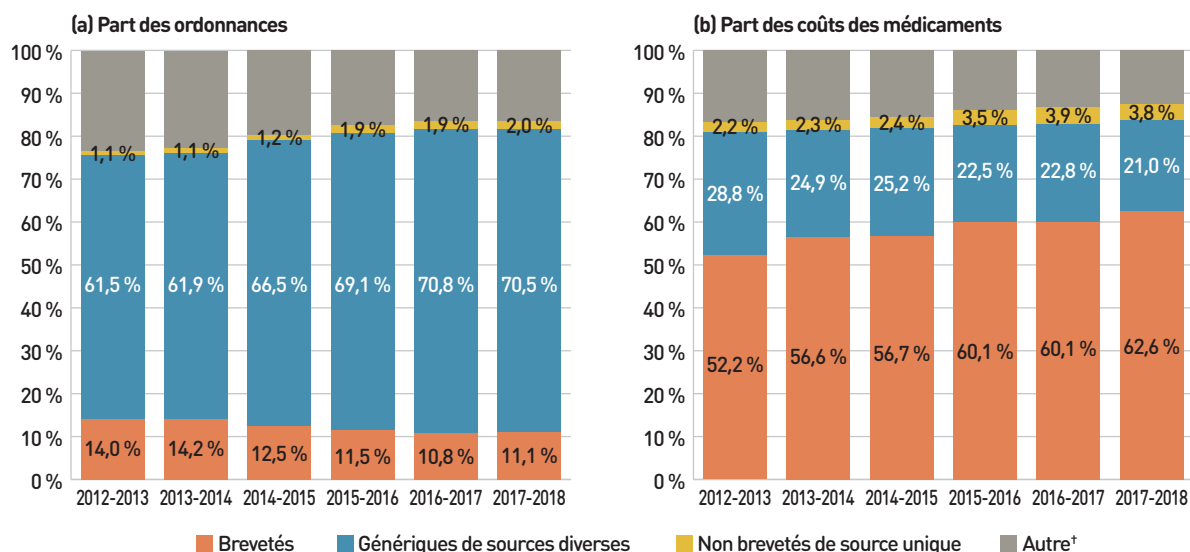
De plus, l'APP a récemment conclu un partenariat avec Action Cancer Ontario dans le cadre d'une initiative conjointe sur les biosimilaires en oncologie qui reconnaît les considérations uniques dans la mise en œuvre des biosimilaires en oncologie.

par rapport à 61,5 % en 2012-2013, tandis que leur part correspondante des coûts totaux des médicaments a diminué considérablement au cours de la même période, passant de 28,8 % à 21,0 %. Cette tendance sur six ans reflète la mise en œuvre des politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques, ainsi que la fin de la chute des brevets.

Les médicaments brevetés représentaient une part décroissante des ordonnances, baissant de 14,0 % à 11,1 % au cours de la période de six ans, tandis que leur part des coûts dominait de plus en plus, augmentant de 52,2 % à 62,6 % du coût total des médicaments dans les régimes publics. Ce changement était principalement attribuable à l'utilisation accrue de médicaments onéreux, comme les médicaments biologiques, les médicaments oncologiques oraux et les nouveaux AAD pour l'hépatite C.

La figure 2.4 présente les tendances relatives aux parts de marché de 2012-2013 à 2017-2018 par segment de marché : médicaments brevetés, médicaments génériques de sources diverses et médicaments non brevetés de source unique.

Figure 2.4 Parts des ordonnances et des coûts des médicaments selon le segment de marché, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2017-2018



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

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

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

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

Comparativement aux marchés traditionnels des médicaments génériques, les économies découlant des médicaments biosimilaires sont limitées par une adoption initiale plus lente et des réductions de prix plus faibles. Le marché des médicaments biosimilaires est plus complexe; contrairement aux médicaments génériques, les médicaments biosimilaires ne sont pas identiques à leurs produits de référence, mais sont plutôt des versions très similaires, ce qui rend plus difficile l'échange d'un médicament contre un autre.^{III}

Le tableau 2.1 donne un aperçu des médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada.

Inflectra, qui a été approuvé au Canada en 2014 et est devenu disponible sur le marché public en 2016, a été l'un des premiers médicaments biosimilaires disponibles au Canada^{IV} et offre le rabais le plus élevé sur le prix courant. En 2017-2018, il avait été approuvé pour la plupart des mêmes indications relatives aux maladies inflammatoires auto-immunes que son produit de référence Remicade. Cependant, malgré le fait que le prix courant d'Inflectra était près de la moitié du prix de Remicade, la pénétration d'Inflectra sur le marché a été lente, celui-ci n'ayant acquis que 5,4 % du marché d'infliximab en 2017-2018.

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

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

Tableau 2.1 Médicaments biosimilaires récemment approuvés au Canada, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2017-2018

Produit biologique de référence		Produit biosimilaire				
Nom commercial (ingrédient médicinal)	Coût du médicament, en millions de dollars (part)	Nom commercial	Autorisation de mise en marché	Premier remboursement	Réduction de prix [†] par rapport au médicament de référence	Part des ordonnances pour l'ingrédient médicinal
Remicade (infliximab)	391,0 \$ (4,3 %)	Inflectra	15-Janv.-14	T1-2016	46,8 %	5,4 %
		Renflexis	01-Déc.-17	T3-2018	50,1 %	S.O.
Lantus (insulin glargine)	147,2 \$ (1,6 %)	Basaglar	01-Sept.-15	T3-2017	25,0 %	1,0 %
Neupogen (filgrastim)	16,0 \$ (0,2 %)	Grastofil	07-Déc.-15	T4-2016	25,0 %	72,3 %
Enbrel (étanercept)	157,6 \$ (1,7 %)	Brenzys	31-Août-16	T3-2017	33,7 %	2,4 %
		Erelzi	06-Avr.-17	T4-2017	37,2 %	<0,1 %

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

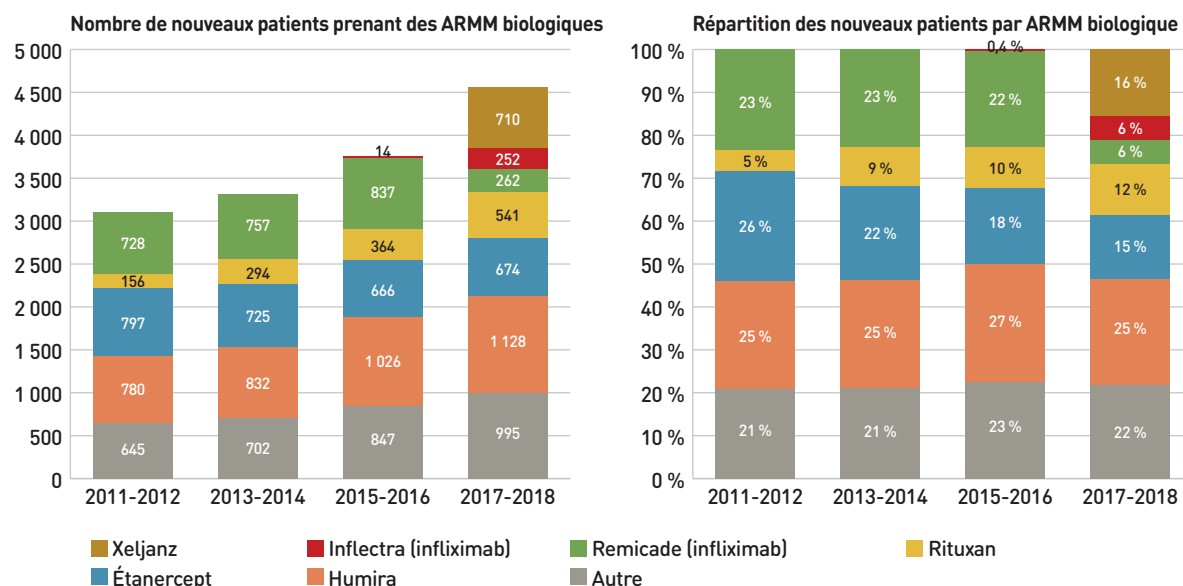
[†] Selon le prix courant figurant sur le formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario au moment de l'entrée du médicament biosimilaire. Ce prix peut changer au fil du temps; par exemple, le prix courant de Brenzys a récemment été réduit pour égaler celui d'Erelzi.

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

Grastofil, un médicament biosimilaire du stimulateur de globules blancs, Neupogen, a le taux d'adoption le plus élevé dans les régimes publics, soit 72,3 % en 2017-2018. Toutefois, son rabais de 25 % par rapport au prix courant du produit de référence à l'entrée le place au bas de la liste des médicaments biosimilaires en ce qui concerne les réductions de prix. Les produits Brenzys et Erelzi, biosimilaires du médicament inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) Enbrel, ont été approuvés aux fins de mise en marché au Canada en 2016 et en 2017, respectivement. À un prix inférieur d'environ un tiers au prix courant de leur médicament biologique de référence, ces produits n'avaient accaparé que 2,4 % de la part des ordonnances du marché d'étanercept en 2017-2018.

Afin d'étudier l'impact de l'entrée d'un médicament biosimilaire sur un marché thérapeutique clé, la figure 2.5 évalue la répartition des patients prenant pour la première fois des médicaments antirhumatismaux synthétiques modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou ciblés dans les régimes publics avant et après l'introduction d'Inflectra. Bien que ce marché se soit considérablement développé au cours des dernières années, moins de nouveaux patients ont commencé à prendre l'infliximab après l'introduction d'Inflectra; au lieu de cela, de nouveaux patients ont commencé à prendre d'autres produits d'origine.

Figure 2.5 Répartition des nouveaux patients couverts par les régimes publics d'assurance-médicaments qui prennent certains médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM)*, avant et après l'entrée d'Inflectra sur le marché au Canada



Remarque : Les autres ARMM biologiques comprenaient Simponi, Orencia, Actemra et Cimzia.

* Les résultats ne font pas de distinction entre l'utilisation pour la polyarthrite rhumatoïde et d'autres indications.

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

Jusqu'en 2015-2016, environ 23 % des nouveaux patients utilisaient l'infliximab, mais après l'introduction d'Inflectra, cette proportion a chuté à 12 %, la moitié d'entre eux utilisant le médicament biosimilaire. Pendant cette période, d'autres médicaments de cette classe, mis à part l'éтанercept, ont maintenu ou légèrement augmenté leur part de marché des nouveaux patients. Xeljanz, un nouveau

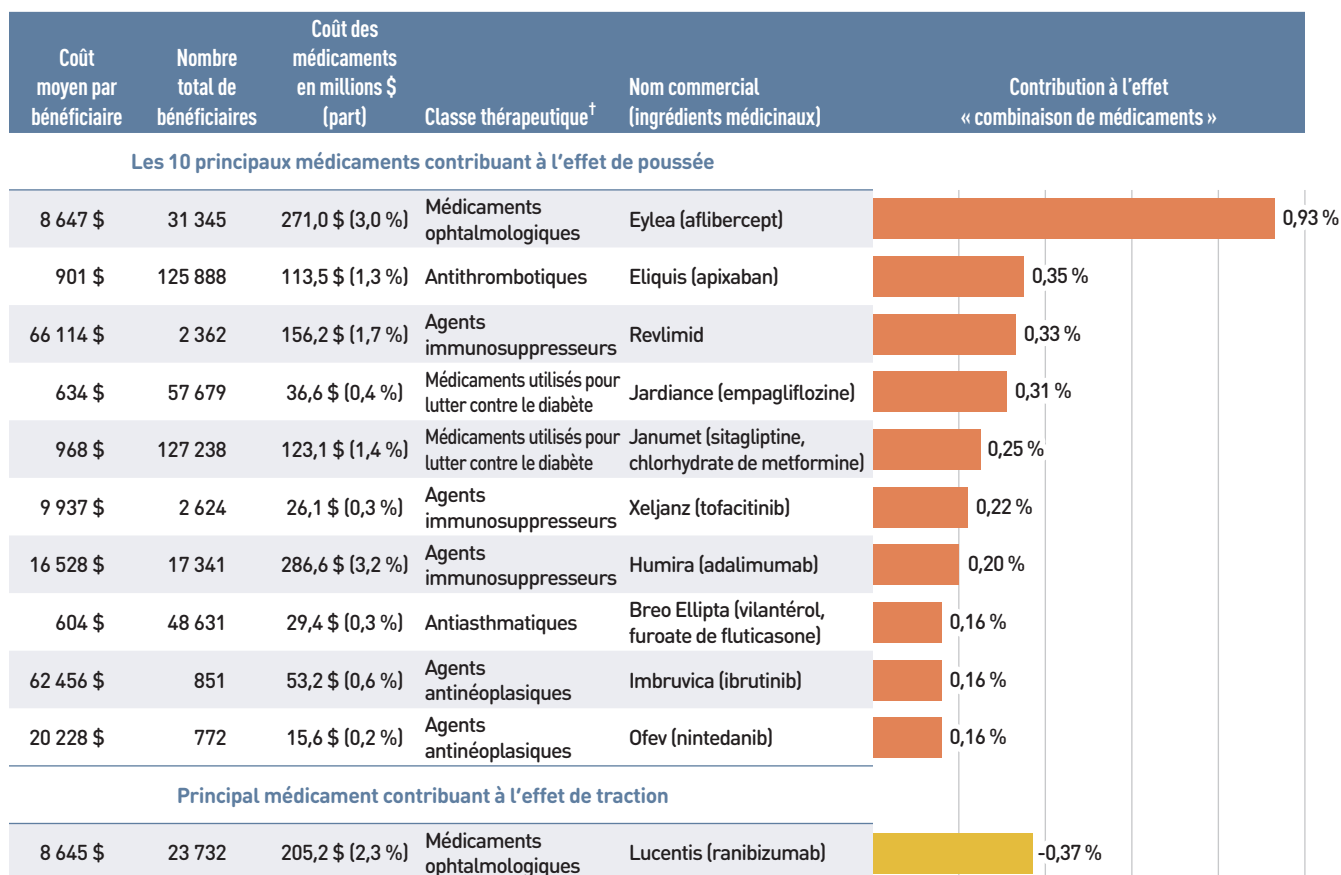
médicament synthétique ciblé, qui a été lancé en 2014, détient maintenant la part de marché qui croît le plus rapidement dans la classe, représentant 16 % des nouveaux patients en 2017-2018 et occupant en grande partie la part détenue par l'infliximab dans les années précédentes. On trouvera à l'annexe B une ventilation de la répartition des nouveaux patients selon l'administration.

Effet « combinaison de médicaments »

Les changements dans l'utilisation des médicaments peu onéreux au profit des médicaments plus onéreux ont fait augmenter les coûts globaux des régimes d'assurance-médicaments du SNIUMP de 4,7 %, soit 397 millions de dollars, en 2017-2018. Les médicaments antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C, qui sont déclarés séparément dans la présente analyse, ont exercé une pression supplémentaire à la hausse de 2,4 % sur les régimes, ce qui représente une poussée totale de 602 millions de dollars en raison de l'effet « combinaison de médicaments ».

La figure 2.6 fait état des médicaments qui ont contribué le plus à l'effet « combinaison de médicaments », les 10 principaux médicaments contribuant à cet effet représentant une poussée à la hausse de 3,1 % sur les coûts globaux des médicaments. Les médicaments ophtalmologiques ont contribué positivement (Eylea) et négativement (Lucentis) à la hausse des coûts des médicaments, bien que l'effet de poussée d'Eylea ait été plus du double de l'effet de traction à la baisse de Lucentis. La moitié des autres médicaments contribuant de façon importante à cet effet étaient des médicaments oncologiques administrés par voie orale et des immunosuppresseurs dont les coûts annuels moyens de traitement dépassaient 10 000 \$, dont deux ont

Figure 2.6 Principaux médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2017-2018



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

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

[†] La classe thérapeutique est basée sur le niveau 2 du système de classification ATC. Les résultats ne tiennent pas compte des provinces et territoires ayant des programmes particuliers pour les médicaments ophtalmologiques.

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

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

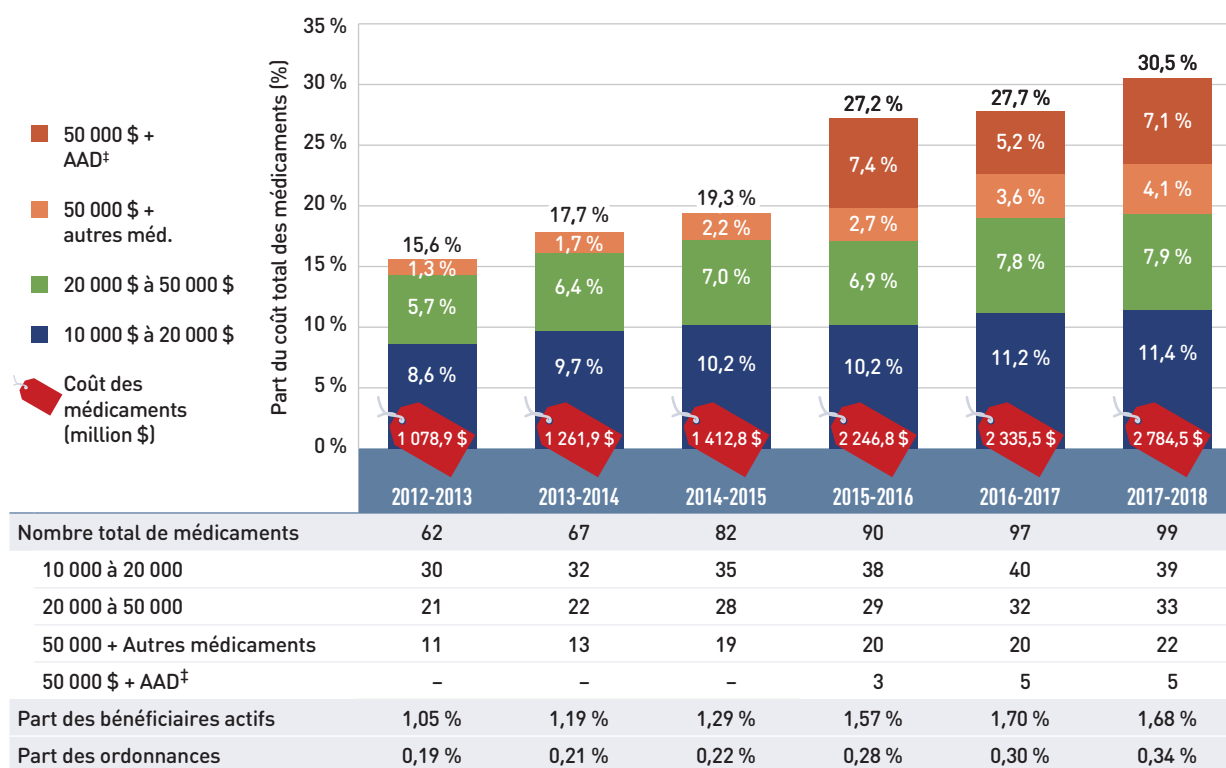
dépassé 50 000 \$. Les autres principaux médicaments contribuant à l'effet étaient les médicaments utilisés par une population bénéficiaire plus vaste pour traiter des affections plus courantes. La part du total des coûts des médicaments pour chacun des 10 principaux médicaments contribuant à l'effet est déclarée dans le tableau ci-joint. Il convient de noter que cette valeur diffère de la contribution à l'effet « combinaison de médicaments », qui mesure la croissance (augmentation ou diminution des coûts au fil du temps) plutôt que les coûts eux-mêmes.

Les régimes publics du SNIUMP remboursent un nombre croissant de médicaments onéreux qui visent souvent un nombre relativement restreint de patients. Le nombre de médicaments ayant un coût annuel moyen par bénéficiaire de plus de 10 000 \$ a augmenté considérablement, passant de 62 en 2012-2013 à 99 en 2017-2018. Ces médicaments,

qui représentaient 15,6 % des coûts globaux des médicaments du SNIUMP en 2012-2013, représentaient 30,5 % des coûts en 2017-2018, soit seulement un très faible pourcentage des bénéficiaires actifs (1,68 %).

Bien que les coûts de tous les médicaments onéreux aient augmenté de façon soutenue au cours des dernières années, l'augmentation la plus marquée s'est produite dans la catégorie des médicaments dont les coûts sont les plus élevés (50 000 \$ et plus). La figure 2.7 présente les tendances en matière d'utilisation de médicaments onéreux entre 2012-2013 et 2017-2018 selon le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif déterminé au niveau des ingrédients médicinaux : 10 000 \$ à 20 000 \$; 20 000 \$ à 50 000 \$; et 50 000 \$ et plus.

Figure 2.7 Tendances relatives au nombre et au coût des médicaments onéreux*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, de 2012-2013 à 2017-2018



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

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

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

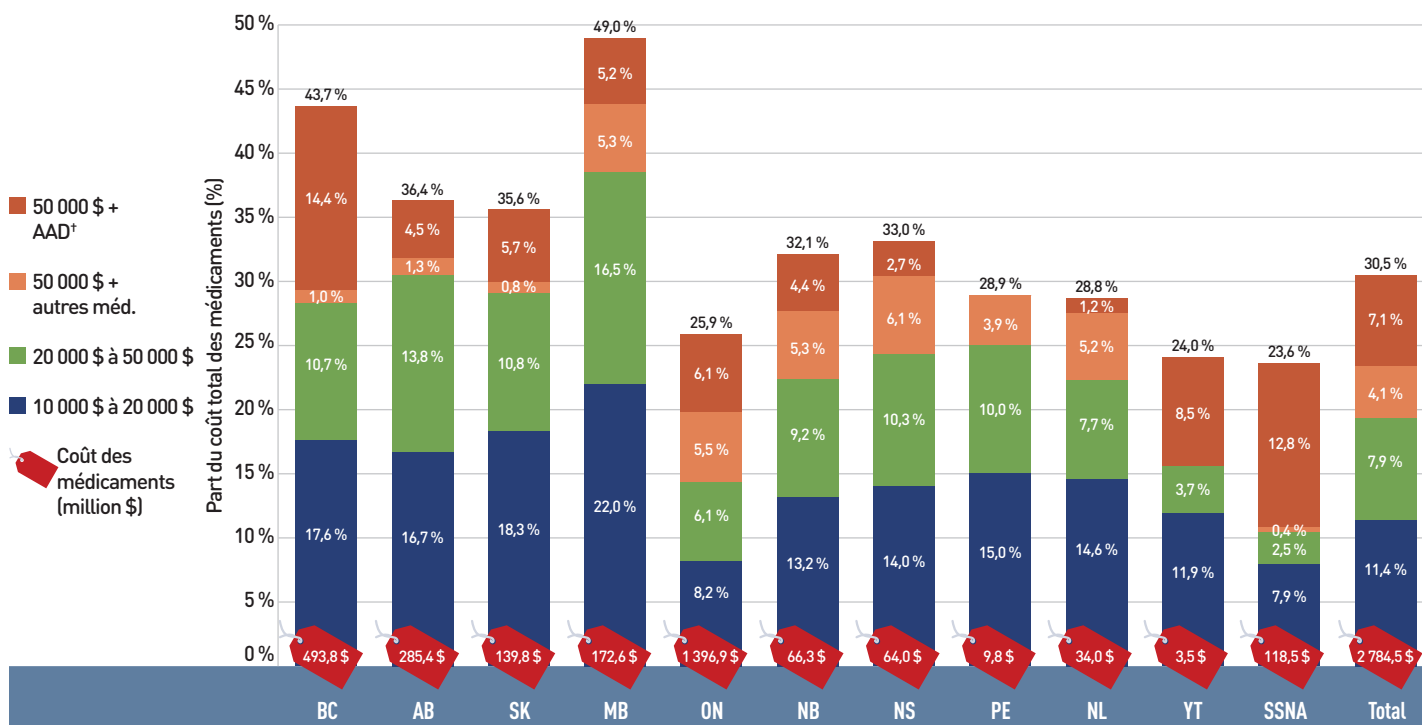
‡ Antiviraux à action directe (AAD) utilisés dans le traitement de l'hépatite C.

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

La figure 2.8 présente une ventilation plus détaillée de la part des médicaments onéreux selon la province et le territoire en 2017-2018. Les médicaments onéreux représentent une plus grande part des coûts des

programmes fondés sur le revenu et les primes; par exemple, ils représentent près de la moitié des coûts totaux des médicaments des régimes publics du Manitoba (49,0 %) et de la Colombie-Britannique (43,7 %).

Figure 2.8 Part du coût total des médicaments attribuable aux médicaments onéreux*, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2017-2018



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

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

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

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

Pleins feux sur les AAD contre l'hépatite C

Au cours des dernières années, les AAD contre l'hépatite C ont eu un impact significatif, mais variable, sur les coûts des médicaments des régimes publics. Avec l'entrée de nouveaux AAD et l'élargissement des critères de traitement en 2017-2018, le nombre de bénéficiaires actifs a augmenté, passant de 7 563 en 2016-2017 à 11 920, avec une augmentation correspondante de 205 millions de dollars des coûts globaux.

Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), des ententes d'établissement des prix pour la plupart de ces médicaments ont été conclues entre 2014 et 2016, ce qui a limité la couverture

publique aux patients ayant un certain type de maladie, ou une maladie présentant une certaine gravité. En 2017, une entente multilatérale a été conclue par l'intermédiaire de l'APP, qui comprenait plusieurs nouveaux médicaments et ceux qui étaient déjà remboursés.

Depuis la mise en œuvre de l'entente multilatérale en 2017, les critères d'inscription des AAD dans les régimes publics d'assurance-médicaments ont été élargis pour inclure les patients qui n'étaient pas admissibles à la couverture auparavant. Cela aura probablement des répercussions sur la croissance des coûts des AAD au cours des prochaines années.

Le tableau 2.2 présente les 10 médicaments les plus onéreux remboursés par les régimes publics du SNIUMP en 2017-2018 selon le coût annuel moyen des médicaments par bénéficiaire actif. Huit des dix principaux médicaments avaient des coûts de traitement supérieurs à 100 000 \$. Il est à noter que même si le tableau 2.2 présente les résultats globaux de l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, il existe d'importantes variations au niveau de chaque régime.

Au cours des cinq dernières années, les médicaments biologiques ont représenté une part croissante des coûts

totaux des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP, atteignant un nouveau sommet de 26,2 % en 2017-2018. Bien que la croissance ait ralenti au cours des trois dernières années, les coûts totaux ont grimpé à 2,4 milliards de dollars en 2017-2018, soit une augmentation de 0,7 milliard de dollars depuis 2013-2014. Les dix principaux médicaments biologiques représentaient 18,3 % des coûts totaux des médicaments du SNIUMP en 2017-2018; les quatre principaux médicaments — Remicade, Humira, Eylea et Lucentis — représentaient à eux seuls 12,8 % du total.

Tableau 2.2 Dix principaux médicaments ayant le coût annuel moyen par bénéficiaire actif le plus élevé, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP*, 2017-2018

Nom commercial (ingrédient médicinal)	Classe thérapeutique, ATC niveau 2	Coût moyen du médicament par bénéficiaire [†]
Elaprase (idursulfase)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	602 589 \$
Myozyme (alglucosidase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	546 834 \$
Soliris (éculizumab)	Immunosuppresseurs	442 571 \$
VPRIV (vélaglucérase alfa)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	364 725 \$
Kalydeco (ivacaftor)	Autres médicaments des voies respiratoires	254 480 \$
Remodulin (tréprosténil)	Antithrombotiques	120 271 \$
Prolastin C (inhibiteur de l'alpha1-protéinase)	Antihémorragique	101 775 \$
Zavesca (miglustat)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	106 469 \$
Pheburane (phénylbutyrate de sodium)	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	74 918 \$
Somavert (pegvisomant)	Hormones hypophysaires et hypothalamiques et analogues	74 854 \$

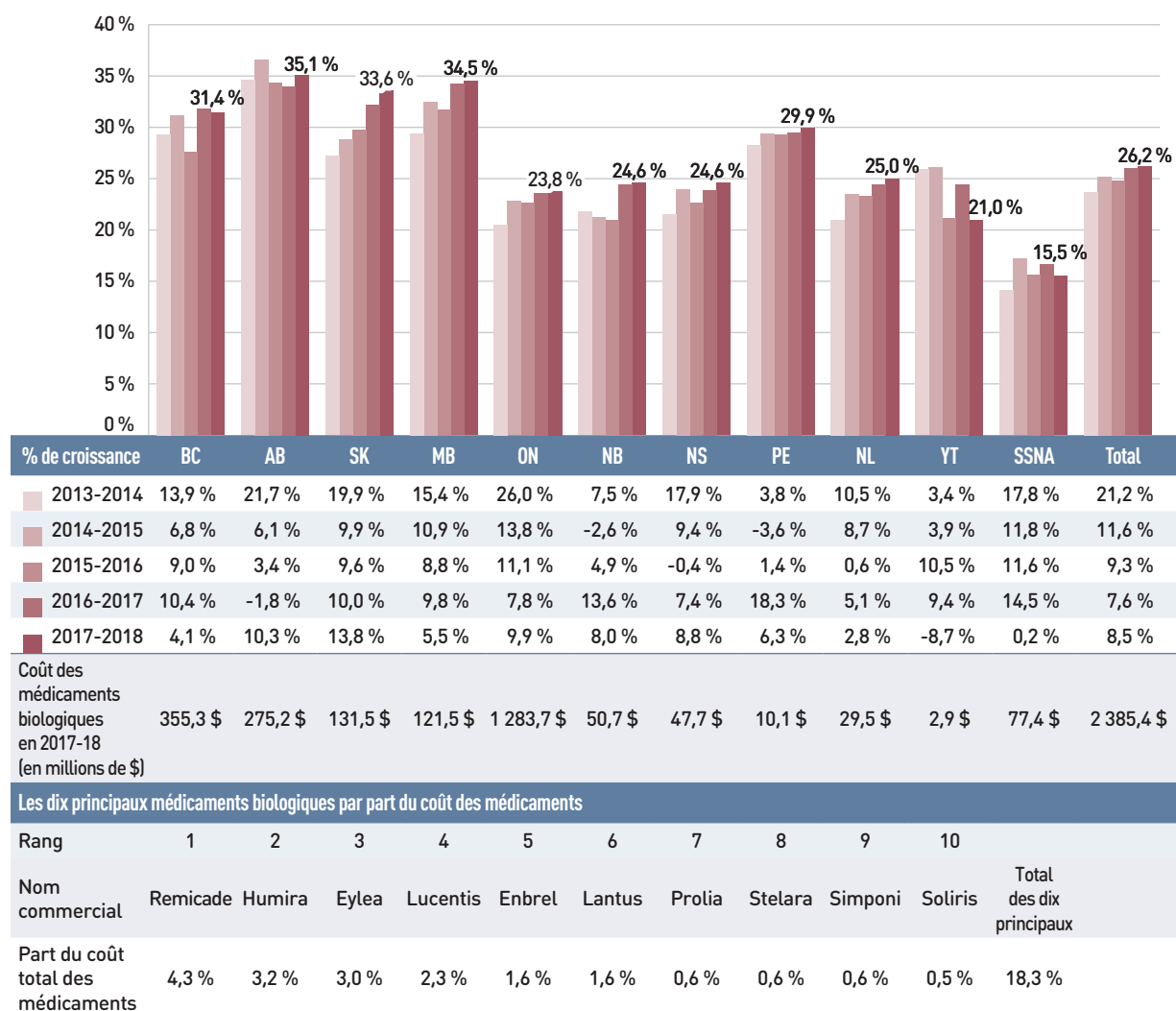
Remarque : Cette analyse ne comprend que les données relatives aux bénéficiaires qui ont acquitté leur franchise et qui ont reçu un remboursement d'un régime public. Cette liste de médicaments ne comprend pas les médicaments onéreux remboursés dans le cadre de programmes particuliers.

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

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

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

Figure 2.9 Part du coût total des médicaments attribuable aux médicaments biologiques, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2013-2014 à 2017-2018



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

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

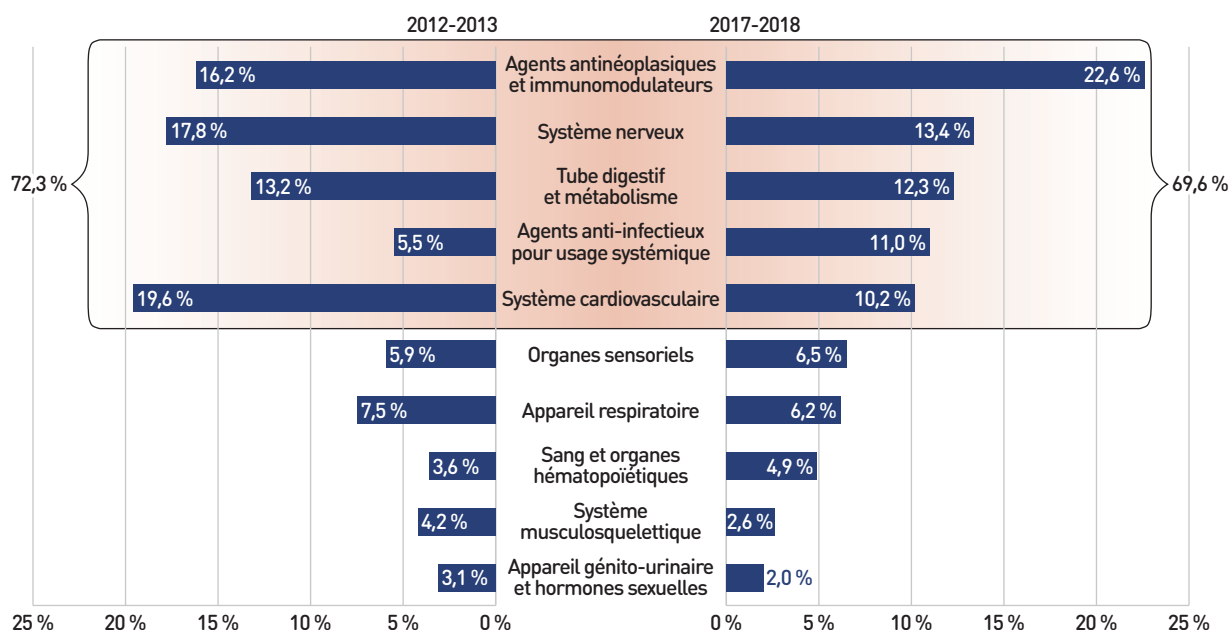
La figure 2.9 rend compte des tendances relatives à la part des médicaments biologiques dans les coûts totaux des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, ainsi que de la croissance des coûts des médicaments pour ce segment de marché. Elle présente également la liste actuelle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

L'Alberta et le Manitoba affichaient les coûts les plus élevés des médicaments biologiques par rapport aux coûts totaux des médicaments en 2017-2018 (35,1 % et 34,5 %, respectivement); alors que la Saskatchewan et l'Alberta présentaient les taux de croissance les plus élevés (13,8 % et 10,3 %, respectivement). Les variations entre les régimes peuvent être attribuables, entre autres, aux différences sur les plans de la structure des régimes, de l'admissibilité à un remboursement et des profils sanitaires de la population.

Une analyse par classe thérapeutique donne à penser que plus des deux tiers des coûts totaux des médicaments en 2017-2018 étaient concentrés dans quelques classes. Les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui représentaient la troisième part la plus élevée du coût total des médicaments (16,2 %) en 2012-2013, représentaient la part la plus élevée (22,6 %) en 2017-2018. Les médicaments pour le système nerveux représentaient la deuxième part la plus élevée des coûts, soit la même qu'en 2012-2013, bien qu'ils représentaient une part plus faible du coût total (baissant de 17,8 % en 2012-2013 à 13,4 % en 2017-2018).

Les médicaments pour le système cardiovasculaire, qui, comme les médicaments pour le système nerveux, comprennent des médicaments à coût relativement faible utilisés par un grand nombre de bénéficiaires actifs, représentaient également une part plus faible des coûts en 2017-2018; tandis que les agents antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui sont des médicaments onéreux généralement utilisés par un petit nombre de bénéficiaires, affichaient une part sensiblement accrue des coûts des médicaments.

Figure 2.10 Dix principales classes thérapeutiques de niveau 1 du système de classification ATC* par part des coûts totaux des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP†, 2012-2013 et 2017-2018



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

Les résultats pour le Yukon n'ont été inclus que pour 2017-2018.

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

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

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



3. Les inducteurs de coûts des médicaments, 2016-2017 et 2017-2018

Le taux de variation modéré des frais d'exécution d'ordonnance en 2017-2018 a été nettement inférieur à la croissance des coûts des médicaments, poursuivant la tendance de croissance plus lente observée au cours des dernières années. L'augmentation combinée des coûts qui découlait de la réduction de la taille des ordonnances et de la diminution du volume d'unités délivrées a façonné la variation globale des frais d'exécution d'ordonnance.

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

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

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

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

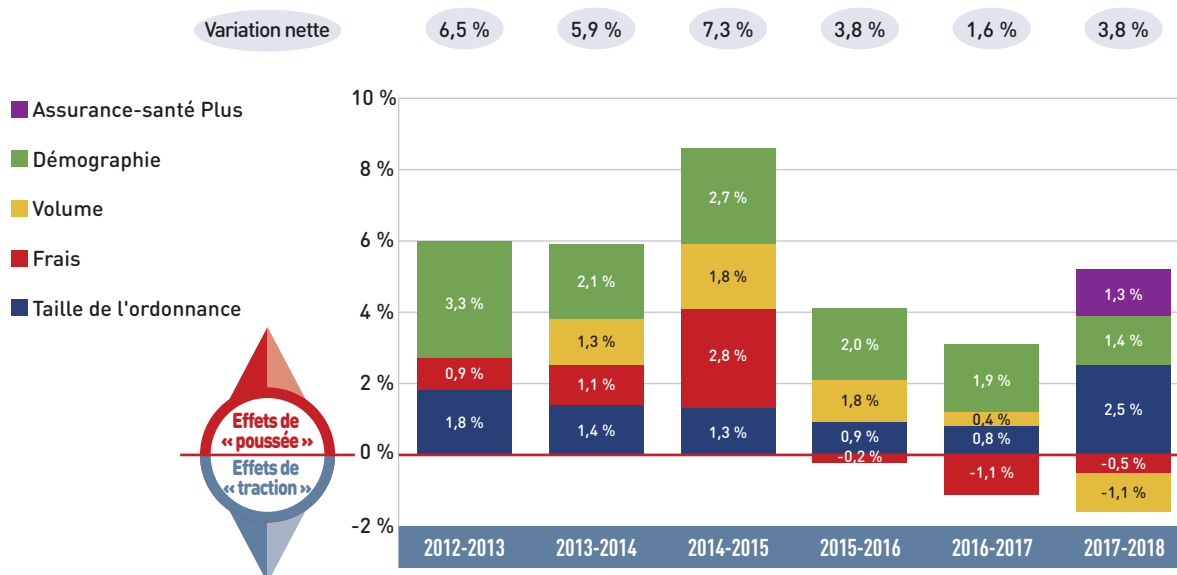
Effet « taille des ordonnances » : Variations dans le nombre d'unités délivrées par ordonnance.

Dans cette section, une analyse détaillée des inducteurs de coûts est utilisée pour déterminer dans quelle mesure les frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics auraient changé entre 2016-2017 et 2017-2018 si un seul facteur (p. ex., les frais d'exécution d'ordonnance moyens) avait été pris en compte alors que tous les autres seraient demeurés les mêmes.^V

La figure 3.1 donne un aperçu des pressions qui ont entraîné des variations dans les frais d'exécution d'ordonnance de 2012-2013 à 2017-2018. En excluant les répercussions du programme Assurance-santé Plus, l'effet « démographie » a diminué pour la troisième année, faisant grimper les coûts de 1,4 %, ce qui indique une croissance plus lente du nombre de bénéficiaires actifs. En revanche, la pression à la hausse découlant de l'effet « taille des ordonnances », qui avait diminué au cours des dernières années, est passée de 0,8 % en 2016-2017 à une poussée plus importante de 2,5 % en 2017-2018. Les variations dans les frais d'exécution d'ordonnance moyens par ordonnance ont réduit les frais d'exécution de 0,5 % en 2017-2018; pendant ce temps, l'effet « volume » a diminué par rapport à l'augmentation assez constante enregistrée au cours des années précédentes, réduisant les coûts de 1,1 % en 2017-2018, ce qui reflète une croissance plus lente du nombre d'unités délivrées aux patients.

^V En réalité, plusieurs facteurs changent simultanément, créant ainsi un effet résiduel ou croisé. L'effet croisé n'est pas présenté dans l'analyse, mais il est pris en compte dans la variation de coût total.

Figure 3.1 Inducteurs des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics du SNIUMP*, de 2012-2013 à 2017-2018



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

Les ordonnances des sous-régimes de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario ont été exclues de cette analyse pour toutes les années, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires. Le SLD a contribué à raison de moins de 0,1 % à la croissance des frais d'exécution d'ordonnance de l'ensemble des régimes publics du SNIUMP. Ce changement d'approche n'apparaît qu'en 2017-2018.

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

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

Les coûts d'exécution d'ordonnance des régimes publics du SNIUMP ont augmenté de 3,8 %, soit 86,1 millions de dollars en 2017-2018, pour atteindre un total de 2,3 milliards de dollars. Le taux de croissance de 3,8 % était le double de celui de l'année précédente, et était semblable à la hausse survenue en 2015-2016.

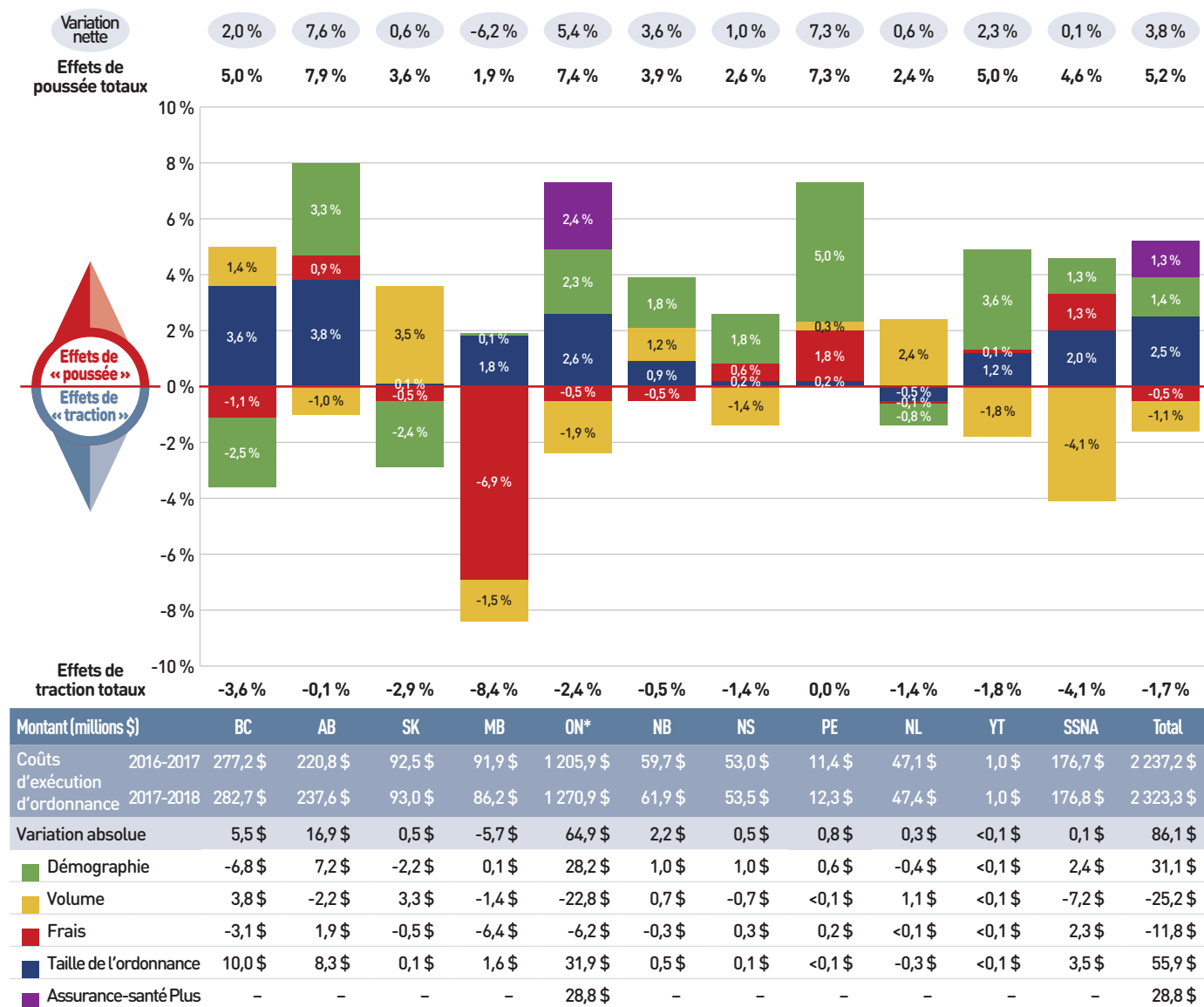
Le lancement du nouveau programme Assurance-santé Plus en Ontario au cours du dernier trimestre de l'exercice 2017-2018 a ajouté 28,8 millions de dollars aux frais d'exécution d'ordonnance, soit une poussée à la hausse de 2,4 % en Ontario et de 1,3 % dans l'ensemble des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP pour tout l'exercice.

Le taux global de variation des frais d'exécution d'ordonnance différerait considérablement d'un régime à l'autre (figure 3.2), passant d'un sommet de 7,6 % en Alberta à un creux de -6,2 % au Manitoba. La forte croissance enregistrée en Alberta est attribuable à une augmentation soutenue des effets « démographie » et « taille des ordonnances ». Au Manitoba, la réduction des frais d'exécution d'ordonnance découlait principalement d'une baisse de l'effet « frais » à la suite de l'instauration d'un plafond aux frais d'exécution d'ordonnance en août 2017.

Au sein d'autres administrations, la croissance globale des frais d'exécution d'ordonnance était plus modérée. En Ontario, les ordonnances de soins de longue durée (SLD) ont été séparées de la présente analyse des inducteurs de coûts, car il se peut qu'elles n'aient pas une fréquence d'exécution typique – p. ex., des ordonnances beaucoup

plus nombreuses par patient que dans la population générale de bénéficiaires. Les patients recevant des SLD ne représentaient qu'une petite partie de tous les bénéficiaires, à raison d'une contribution de moins de 0,1 % au taux de croissance de 5,4 % des frais d'exécution d'ordonnance en Ontario en 2017-2018.

Figure 3.2 Taux de variation des frais d'exécution d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2016-2017 à 2017-2018



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

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

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

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

En 2017-2018, les taux de variation des frais d'exécution d'ordonnance moyens par ordonnance variaient d'un régime d'assurance-médicaments du SNIUMP à l'autre, la plupart des régimes affichant une variation modeste allant de -1,1 % à 1,8 %, tandis que le Manitoba a connu une baisse relativement importante de 6,9 % en raison de sa récente initiative stratégique de plafonnement des frais. Au cours des cinq dernières années, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et la Saskatchewan ont connu une croissance relativement

élevée des frais, les taux de croissance annuels composés se situant respectivement à 2,2 %, 2,1 % et 1,5 %.

Le tableau 3.1 rend compte des frais d'exécution d'ordonnance moyens par ordonnance de 2013-2014 à 2017-2018, ainsi que du taux de croissance entre 2016-2017 et 2017-2018 et du taux de croissance annuel composé pour toute la période. Les résultats constituent une moyenne de toutes les ordonnances et englobent divers frais d'exécution d'ordonnance. Un aperçu des politiques relatives aux frais d'exécution d'ordonnance des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP est disponible dans la section des Documents de référence de la page [Études analytiques](#) du SNIUMP sur le site Web du CEPMB.

Tableau 3.1 Frais d'exécution d'ordonnance moyens par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2013-2014 à 2017-2018⁹

Administration	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Taux de croissance de 2016-2017 à 2017-2018	TCAC*, 2013-2014 à 2017-2018
Colombie-Britannique	7,40 \$	7,35 \$	7,30 \$	7,26 \$	7,18 \$	-1.1 %	-0.8 %
Alberta	13,29 \$	14,13 \$	14,29 \$	14,33 \$	14,45 \$	0.9 %	2.1 %
Saskatchewan	10,30 \$	10,82 \$	10,91 \$	10,97 \$	10,92 \$	-0.5 %	1.5 %
Manitoba	8,97 \$	9,19 \$	9,35 \$	9,48 \$	8,82 \$	-6.9 %	-0.4 %
Ontario [†]	7,41 \$	7,72 \$	7,72 \$	7,59 \$	7,55 \$	-0.5 %	0.5 %
Nouveau-Brunswick	10,36 \$	10,41 \$	10,54 \$	10,54 \$	10,48 \$	-0.5 %	0.3 %
Nouvelle-Écosse	11,49 \$	11,31 \$	11,19 \$	11,25 \$	11,32 \$	0.6 %	-0.4 %
Île-du-Prince-Édouard	10,31 \$	10,21 \$	10,93 \$	11,03 \$	11,23 \$	1.8 %	2.2 %
Terre-Neuve-et-Labrador	12,20 \$	12,19 \$	12,34 \$	12,39 \$	12,38 \$	-0.1 %	0.4 %
Yukon	5,81 \$	5,77 \$	5,76 \$	5,80 \$	5,81 \$	0.1 %	0.0 %
SSNA	–	8,57 \$	8,60 \$	8,74 \$	8,86 \$	1.3 %	1.1 %

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

* Taux de croissance annuel composé.

[†] Les ordonnances des sous-régimes de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario ont été exclues de cette analyse pour toutes les années, car les modes d'exécution peuvent différer de ceux employés pour la population générale de bénéficiaires.

Le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, qui a été mis en œuvre au dernier trimestre de 2017-2018, a également été exclu de cette analyse pour permettre la comparaison avec les résultats antérieurs.

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

Divers régimes ont mis en œuvre des politiques précises sur la fréquence d'exécution et l'indemnisation. Les frais d'exécution d'ordonnance moyens par ordonnance sont également liés à la taille des ordonnances : les régimes dont les frais d'exécution d'ordonnance moyens sont moins élevés remboursent généralement les ordonnances dont le nombre de jours d'approvisionnement est inférieur et vice versa. La Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et les SSNA, dont les frais d'exécution d'ordonnance étaient parmi les plus bas en 2017-2018, ont généralement remboursé des ordonnances dont la taille moyenne était relativement faible. La diminution du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance peut exercer une pression à la hausse sur les coûts d'exécution d'ordonnance, car un plus grand nombre d'ordonnances sont nécessaires pour délivrer le même volume de médicaments.

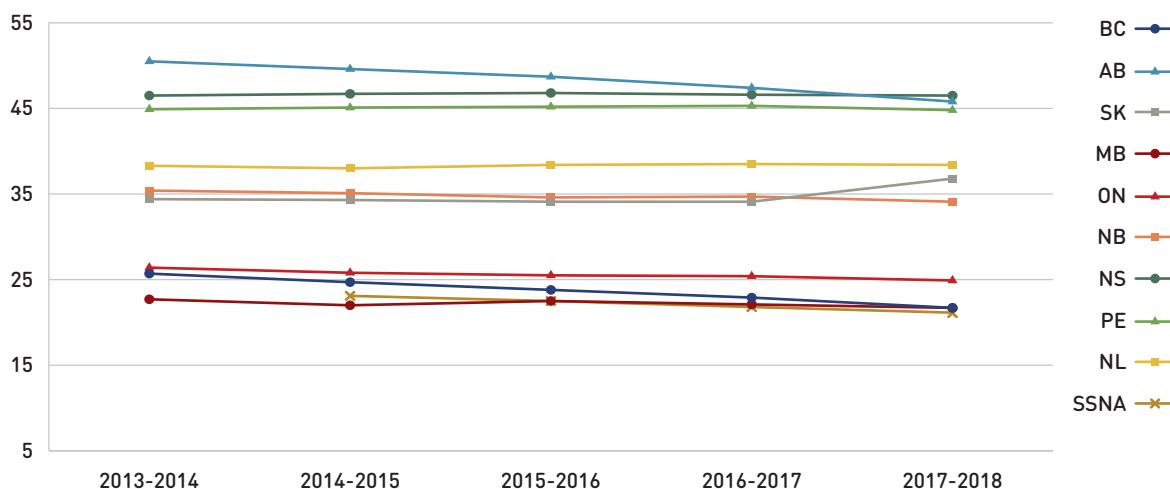
Les résultats pour ce qui est du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance indiquent que la taille des ordonnances était stable ou avait diminué légèrement dans la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments de 2013-2014 à 2017-2018. La Saskatchewan fait exception,

car le nombre moyen de jours d'approvisionnement y a augmenté. La Colombie-Britannique et l'Alberta ont enregistré les plus fortes baisses proportionnelles de la taille moyenne des ordonnances depuis 2016-2017, soit -5,1 % et -3,4 % respectivement.

La figure 3.3 illustre la tendance relative au nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance de 2013-2014 à 2017-2018. Les résultats représentent la valeur moyenne de toutes les ordonnances pour les formulations solides à administrer par voie orale et couvrent les médicaments de marque et les médicaments génériques utilisés pour les soins aigus et de maintien.

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

Figure 3.3 Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2013-2014 à 2017-2018



	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	SSNA
Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance, 2017-2018	21,7	45,8	36,8	21,7	24,9	34,1	46,5	44,8	38,4	21,1
Variation en pourcentage, de 2016-2017 à 2017-2018	-5,1 %	-3,4 %	7,9 %	-1,9 %	-2,3 %	-1,6 %	-0,1 %	-1,1 %	-0,3 %	-3,3 %

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

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

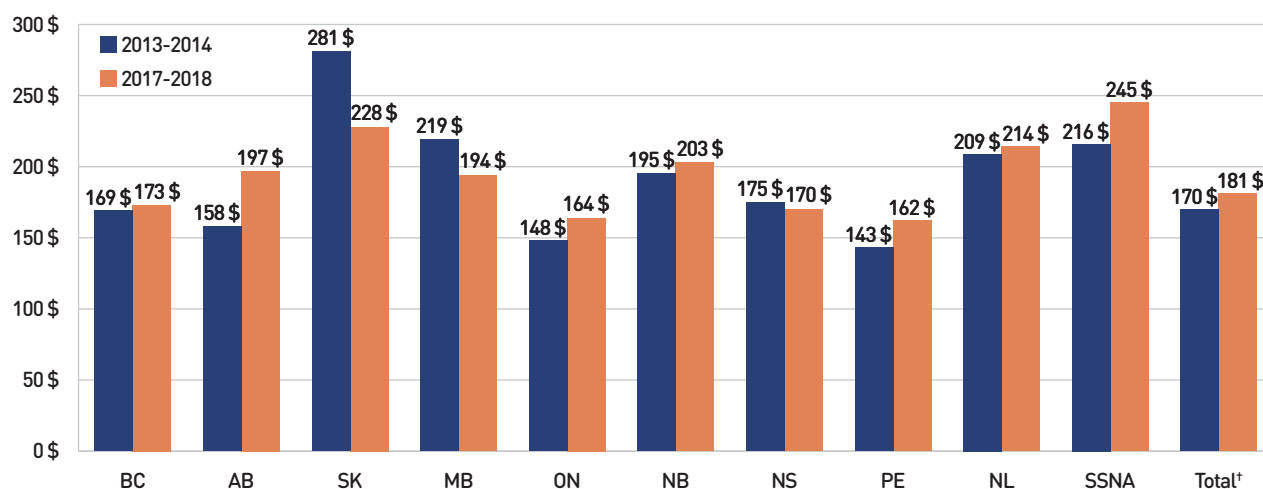
La figure 3.4 compare les frais d'exécution d'ordonnance entre les administrations pour les 18 médicaments génériques dont le prix est réduit à 18 % de celui de leur marque de référence par l'intermédiaire de l'APP. Les frais d'exécution d'ordonnance pour un million de comprimés de chaque médicament sont présentés pour les exercices 2013-2014 et 2017-2018. Ces médicaments représentaient collectivement 18,7 % et 20,4 % des frais d'exécution d'ordonnance totaux des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2013-2014 et en 2017-2018, respectivement.

Les frais d'exécution d'ordonnance entre 2013-2014 et 2017-2018 ont augmenté dans toutes les provinces, sauf la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse. Les SSNA ont enregistré les frais d'exécution d'ordonnance

les plus élevés en 2017-2018, soit 245 000 \$, prenant la première place de la Saskatchewan, dont ces frais s'élevaient à 281 000 \$ en 2013-2014. Les taux d'augmentation les plus élevés ont été observés en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard, tandis que la Saskatchewan et le Manitoba ont connu les plus fortes baisses.

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

Figure 3.4 Frais d'exécution d'ordonnance (en milliers de dollars) pour un million de comprimés de médicaments génériques* dont le prix est établi à 18 % du prix du médicament de marque équivalent par l'APP, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 et 2017-2018



Remarque : Les établissements de soins de longue durée ont été exclus de cette analyse puisque la fréquence d'exécution d'ordonnance n'y est parfois pas typique en raison des besoins en soins plus particuliers de leurs patients. Les sous-régimes suivants n'ont pas été inclus dans l'analyse : C.-B. Résidents permanents d'établissements de soins en établissement autorisés; Man. : Foyers de soins personnels/maisons de soins infirmiers; N.-B. : Particuliers dans des établissements résidentiels agréés, résidents d'une maison de soins infirmiers; Ont. : Soins de longue durée, soins à domicile et foyers de soins spéciaux. Le Yukon n'est pas déclaré en raison des limites des données.

* Assujettis aux politiques de l'APP qui ont réduit les prix de ces médicaments de 18 % par rapport au prix du médicament de marque équivalent : atorvastatine, ramipril, venlafaxine, amlodipine, oméprazole, rabéprazole, rosuvastatine, pantoprazole, citalopram, simvastatine, clopidogrel, gabapentine, metformine, olanzapine, donépézil, ézétimibe, quétiapine et zopiclone.

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

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



Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2017. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2018 : Regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*, Ottawa (Ont.), ICIS. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-de-sante/2018/depenses-en-medicaments-prescrits-au-canada>
- 2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2013. *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments d'ordonnance : Un rapport méthodologique*. Ottawa, CEPMB. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr>



Annexe A : Examens et approbations des médicaments

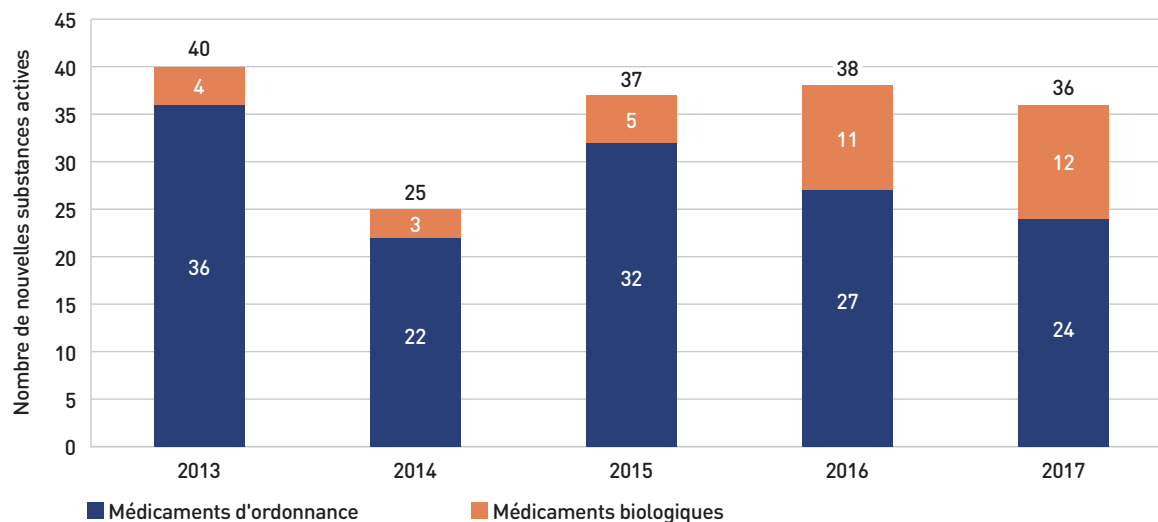
Au Canada, Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) voient à l'approbation des médicaments, à l'examen des prix et à l'évaluation des technologies de la santé, respectivement. La présente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

Santé Canada

Santé Canada accorde l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada lorsqu'il a satisfait aux exigences réglementaires portant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Le ministère délivre alors un avis de conformité (AC). En 2017, Santé Canada a délivré un AC pour 36

nouvelles substances actives : 12 médicaments biologiques et 24 médicaments à petites molécules. Le nombre de médicaments biologiques a augmenté de façon notable, passant de 3 et 5 en 2014 et 2015 respectivement à 12 en 2017 (figure A1).^{VII}

Figure A1 Nouvelles substances actives approuvées par Santé Canada, de 2013 à 2017



Remarque : Les termes « médicaments d'ordonnance » et « médicaments biologiques » sont utilisés pour définir les types de produits au moment de soumettre un avis de conformité (AC) à Santé Canada.

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

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

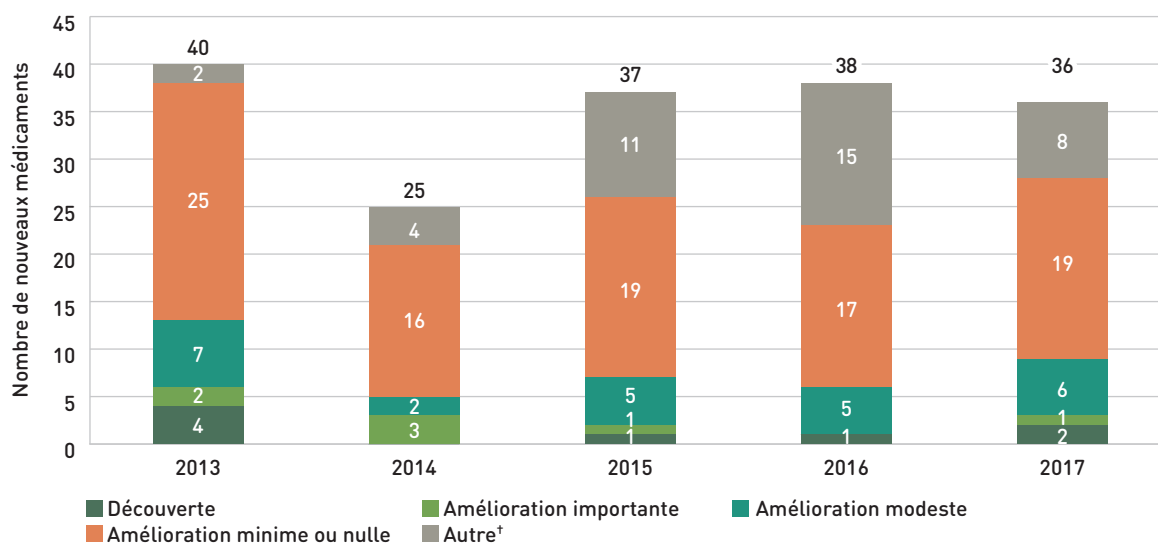
VII Base de données des avis de conformité de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/noc-acc/index-fra.php>.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

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

Le CEPMB a effectué des examens scientifiques pour 136 des 176 médicaments approuvés par Santé Canada entre 2013 et 2017. Au cours de cette période de cinq ans, seulement 11 % ont été classés dans les catégories Amélioration importante ou Découverte. Parmi les autres, 71 % ont affiché une légère amélioration ou aucune amélioration par rapport aux thérapies existantes, tandis que 18 % ont été classés dans la catégorie Amélioration modeste (figure A2).

Figure A2 Nouveaux médicaments examinés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, selon le niveau d'amélioration thérapeutique, de 2013 à 2017*



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

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

† Nouveaux médicaments qui n'ont pas été déclarés au CEPMB à temps pour le Rapport annuel de 2017.

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

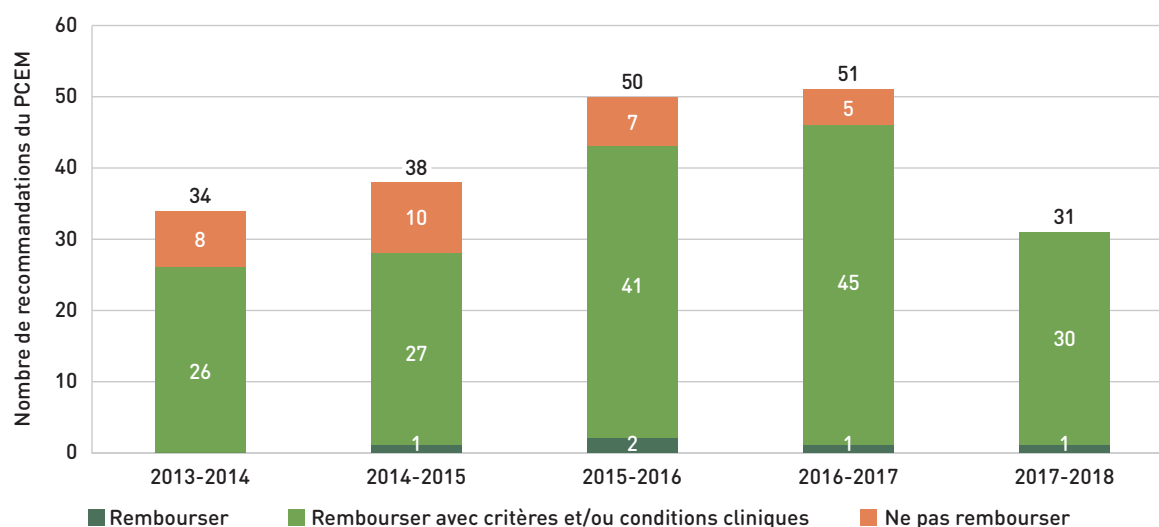
Association canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

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

La figure A3 résume les recommandations du PCEM pour les exercices 2013-2014 à 2017-2018.^{VIII} Le nombre total de recommandations du PCEM a chuté à 31 en 2017-2018, après une hausse de 34 en 2013-2014 à 51 en 2016-2017. Toutes les recommandations formulées en 2017-2018 étaient positives : 30 médicaments ont fait l'objet des recommandations suivantes : « rembourser avec critères et conditions cliniques » et un autre, « rembourser », alors qu'aucun d'eux n'a fait l'objet de la recommandation « ne pas rembourser ».

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

Figure A3 Recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments en matière de remboursement, de 2013-2014 à 2017-2018



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

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

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

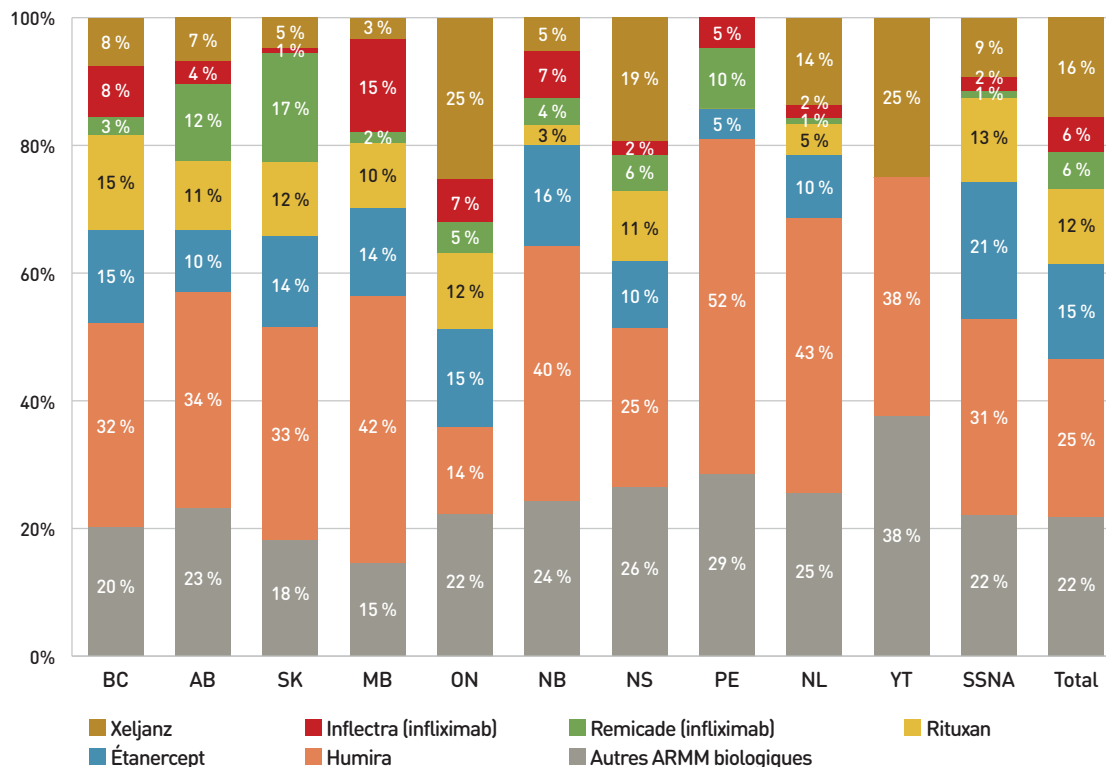


Annexe B : Répartition des nouveaux patients prenant certains ARMM par administration

La figure B1 présente la répartition des nouveaux patients couverts par les régimes publics d'assurance-médicaments qui prennent certains médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) par administration du SNIUMP après l'entrée d'Inflectra sur le marché.

Les variations entre les régimes peuvent être attribuables, entre autres, aux différences sur les plans de la structure des régimes, de l'admissibilité à un remboursement et des profils démographiques et sanitaires des populations bénéficiaires.

Figure B1 Répartition des nouveaux patients couverts par les régimes publics d'assurance-médicaments qui prennent certains médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) par administration, 2017-2018



Remarque : Les autres ARMM biologiques comprenaient Simponi, Orenia, Actemra et Cimzia.

Les résultats ne font pas de distinction entre l'utilisation pour la polyarthrite rhumatoïde et d'autres indications.

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

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



Annexe C : Les 50 principaux médicaments brevetés selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2017-2018 (millions de dollars)

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Epclusa (sofosbuvir/velpatasvir)	Gilead Sciences Canada Inc.	454,40 \$	117,88 \$	22,18 \$	13,09 \$	14,70 \$	239,87 \$	3,09 \$	1,25 \$	-	1,16 \$	0,46 \$	40,71 \$
2	Remicade (infliximab)	Janssen Inc.	390,98 \$	91,98 \$	81,92 \$	37,78 \$	35,38 \$	113,02 \$	8,68 \$	9,54 \$	1,90 \$	3,99 \$	0,46 \$	6,32 \$
3	Humira (adalimumab)	Corporation AbbVie	290,70 \$	83,40 \$	42,99 \$	23,33 \$	25,20 \$	82,86 \$	6,46 \$	9,24 \$	2,61 \$	5,34 \$	0,55 \$	8,73 \$
4	Eylea (afibercept)	Bayer Inc.	271,09 \$	-	1,54 \$	3,80 \$	-	259,57 \$	3,88 \$	-	0,60 \$	0,43 \$	0,06 \$	1,20 \$
5	Lucentis (ranibizumab)	Novartis Pharma Canada Inc.	205,20 \$	-	10,57 \$	2,10 \$	-	183,29 \$	4,60 \$	-	0,16 \$	2,06 \$	0,02 \$	2,38 \$
6	Revlimid (lénalidomide)	Celgene Inc.	156,16 \$	-	-	-	9,29 \$	125,49 \$	5,63 \$	7,37 \$	1,31 \$	5,10 \$	0,29 \$	1,69 \$
7	Enbrel (étanercept)	Immunex Corporation	148,89 \$	31,61 \$	19,24 \$	9,12 \$	14,12 \$	57,12 \$	3,39 \$	4,46 \$	0,67 \$	1,24 \$	0,29 \$	7,63 \$
8	Lantus (insuline glargine)	Sanofi-aventis Canada Inc.	147,24 \$	16,57 \$	15,72 \$	9,63 \$	2,40 \$	84,05 \$	2,33 \$	2,13 \$	0,26 \$	0,23 \$	0,07 \$	13,87 \$
9	Advair (salmétérol, propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	127,89 \$	13,48 \$	15,82 \$	4,23 \$	5,57 \$	75,04 \$	4,14 \$	2,93 \$	0,26 \$	1,54 \$	0,20 \$	4,69 \$
10	Eliquis (apixaban)	Bristol-Myers Squibb Canada	113,50 \$	7,83 \$	10,23 \$	3,27 \$	2,33 \$	87,13 \$	0,83 \$	0,73 \$	0,12 \$	0,08 \$	0,04 \$	0,92 \$
11	Coversyl (périndopril erbumine)	Servier Canada Inc.	111,79 \$	2,59 \$	13,46 \$	4,83 \$	1,85 \$	75,20 \$	3,95 \$	3,63 \$	0,49 \$	1,68 \$	0,04 \$	4,08 \$
12	Januvia (sitagliptine)	Merck Canada Inc.	103,20 \$	0,01 \$	6,03 \$	2,24 \$	1,16 \$	84,18 \$	1,94 \$	0,77 \$	0,02 \$	0,11 \$	0,01 \$	6,73 \$
13	Xarelto (rivaroxaban)	Bayer Inc.	99,88 \$	9,16 \$	12,76 \$	4,01 \$	2,55 \$	65,22 \$	2,32 \$	1,54 \$	0,22 \$	0,44 \$	<0,01 \$	1,67 \$
14	Janumet (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	Merck Canada Inc.	97,90 \$	0,01 \$	5,37 \$	1,00 \$	0,09 \$	86,76 \$	1,06 \$	0,25 \$	<0,01 \$	0,01 \$	-	3,36 \$
15	Harvoni (sofosbuvir/édipasvir)	Gilead Sciences Canada Inc.	97,81 \$	22,59 \$	8,64 \$	3,30 \$	0,69 \$	46,47 \$	1,93 \$	0,84 \$	-	0,30 \$	0,76 \$	12,27 \$
16	Zepatier (grazoprévir/elbasvir)	Merck Canada Inc.	85,25 \$	20,09 \$	4,08 \$	5,16 \$	2,82 \$	42,52 \$	0,37 \$	0,17 \$	-	-	-	10,04 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
17	Invega Sustenna (palipéridone)	Janssen Inc.	85,14 \$	20,01 \$	1,10 \$	3,10 \$	1,91 \$	48,11 \$	2,65 \$	0,44 \$	0,11 \$	0,55 \$	0,02 \$	7,13 \$
18	Symbicort (fumarate de formotérol diluhydraté, budésonide)	AstraZeneca Canada Inc.	76,26 \$	6,73 \$	10,94 \$	2,66 \$	2,19 \$	47,91 \$	1,23 \$	1,96 \$	0,18 \$	0,66 \$	0,06 \$	1,73 \$
19	Abilify (aripiprazole)	Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd	68,18 \$	10,42 \$	1,29 \$	1,10 \$	2,96 \$	49,17 \$	0,78 \$	0,30 \$	0,06 \$	0,07 \$	<0,01 \$	2,02 \$
20	Prolia (dénozumab)	Amgen Canada Inc.	58,53 \$	0,88 \$	1,31 \$	0,47 \$	0,27 \$	55,17 \$	0,11 \$	0,16 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,14 \$
21	Stelara (ustékinumab)	Janssen Inc.	58,08 \$	8,09 \$	10,83 \$	3,79 \$	3,97 \$	23,81 \$	2,81 \$	1,88 \$	0,26 \$	1,54 \$	0,04 \$	1,06 \$
22	Spiriva (tiotropium)	Boehringer Ingelheim	58,05 \$	3,27 \$	7,91 \$	2,24 \$	1,01 \$	38,61 \$	1,49 \$	1,47 \$	0,18 \$	0,44 \$	0,08 \$	1,34 \$
23	Simponi (golimumab)	Janssen Inc.	54,85 \$	9,82 \$	7,56 \$	5,05 \$	3,27 \$	19,91 \$	1,97 \$	2,03 \$	0,35 \$	1,82 \$	0,09 \$	2,97 \$
24	Imbruvica (ibrutinib)	Janssen Inc.	53,15 \$	-	-	-	3,72 \$	45,64 \$	1,98 \$	0,71 \$	-	0,70 \$	0,24 \$	0,17 \$
25	Flovent HFA (propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	51,95 \$	5,61 \$	1,77 \$	2,38 \$	1,18 \$	28,01 \$	2,23 \$	1,60 \$	0,33 \$	2,12 \$	0,09 \$	6,64 \$
26	Triumeq (abacavir/ lamivudine/ dolutégravir)	ViiV Healthcare ULC	45,49 \$	-	-	1,73 \$	2,04 \$	37,65 \$	0,93 \$	-	-	0,29 \$	0,10 \$	2,77 \$
27	Trajenta (linagliptine)	Boehringer Ingelheim	44,77 \$	5,46 \$	2,35 \$	0,86 \$	0,49 \$	33,79 \$	0,59 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,02 \$	-	1,18 \$
28	Zytiga (acétate d'abiratéron)	Janssen Inc.	42,78 \$	-	-	-	2,45 \$	37,05 \$	1,21 \$	1,00 \$	0,07 \$	0,61 \$	0,02 \$	0,37 \$
29	Tecfidera (diméthylfumarate)	Biogen Canada Inc.	42,29 \$	8,47 \$	8,41 \$	6,19 \$	2,30 \$	10,44 \$	2,68 \$	1,59 \$	0,09 \$	1,45 \$	0,23 \$	0,47 \$
30	Soliris (éculizumab)	Alexion Pharma GmbH	41,36 \$	-	4,74 \$	-	1,09 \$	34,21 \$	0,25 \$	-	0,12 \$	-	-	0,95 \$
31	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Boehringer Ingelheim	40,91 \$	2,88 \$	4,60 \$	1,10 \$	0,93 \$	29,44 \$	0,79 \$	0,66 \$	0,08 \$	0,10 \$	-	0,33 \$
32	Invokana (canagliflozine)	Janssen Inc.	40,37 \$	-	2,40 \$	0,87 \$	0,43 \$	33,23 \$	0,37 \$	0,01 \$	<0,01 \$	0,01 \$	<0,01 \$	3,05 \$
33	Sandostatine LAR (octéotride)	Novartis Pharma Canada inc.	37,41 \$	0,03 \$	5,18 \$	0,53 \$	3,31 \$	25,01 \$	1,10 \$	1,00 \$	-	0,60 \$	-	0,66 \$
34	Botox (onabotulinumtoxinA)	Allergan Inc.	36,62 \$	5,17 \$	5,03 \$	0,87 \$	0,97 \$	22,48 \$	0,34 \$	0,78 \$	-	-	0,06 \$	0,92 \$
35	Revlimid (lénalidomide)	Boehringer Ingelheim	36,61 \$	<0,01 \$	2,59 \$	0,45 \$	0,31 \$	31,30 \$	0,32 \$	0,01 \$	0,01 \$	<0,01 \$	0,01 \$	1,61 \$
36	Novorapid (insuline asparte)	Novo Nordisk Canada Inc.	36,48 \$	3,08 \$	3,31 \$	0,96 \$	1,22 \$	22,51 \$	0,62 \$	1,24 \$	0,49 \$	0,63 \$	0,03 \$	2,39 \$
37	Orencia (abatacept)	Bristol-Myers Squibb Canada	36,23 \$	10,70 \$	5,53 \$	2,00 \$	1,26 \$	12,55 \$	0,62 \$	1,30 \$	0,23 \$	0,26 \$	0,10 \$	1,68 \$
38	Copaxone (acétate de glatiramère)	Teva Canada Limited	33,45 \$	5,46 \$	9,69 \$	3,43 \$	3,91 \$	8,93 \$	0,60 \$	-	0,21 \$	0,56 \$	0,08 \$	0,58 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
39	Actonel DR (risédronate sodique)	Allergan Pharma Co.	33,10 \$	-	-	0,17 \$	-	32,93 \$	-	-	-	-	-	-
40	Xtandi (enzalutamide)	Astellas Pharma Canada Inc.	32,22 \$	-	-	-	2,32 \$	24,63 \$	1,57 \$	2,14 \$	0,36 \$	0,85 \$	0,06 \$	0,29 \$
41	Lumigan RC (bimatoprost)	Allergan Inc.	31,28 \$	2,82 \$	1,93 \$	0,91 \$	0,77 \$	22,40 \$	0,50 \$	0,85 \$	0,20 \$	0,38 \$	0,01 \$	0,52 \$
42	Breo Elipta (vilantérol/ furoate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	29,54 \$	3,15 \$	2,82 \$	1,32 \$	1,11 \$	19,04 \$	0,67 \$	0,59 \$	0,10 \$	0,24 \$	0,01 \$	0,49 \$
43	Gilenya (fingolimod)	Novartis Pharma Canada inc.	29,39 \$	8,31 \$	10,95 \$	0,57 \$	1,47 \$	5,19 \$	1,08 \$	0,92 \$	0,24 \$	0,17 \$	0,04 \$	0,45 \$
44	Lupron Depot (acétate de leuprolide)	Corporation AbbVie	28,91 \$	0,88 \$	0,17 \$	0,22 \$	0,25 \$	24,14 \$	0,76 \$	0,87 \$	0,18 \$	0,69 \$	-	0,75 \$
45	Risperdal Consta (rispéridone)	Janssen Inc.	27,86 \$	3,70 \$	0,36 \$	1,60 \$	1,37 \$	15,98 \$	0,99 \$	0,23 \$	0,23 \$	0,23 \$	0,03 \$	3,14 \$
46	Jakavi (ruxolitinib)	Novartis Pharma Canada inc.	27,59 \$	-	-	-	1,28 \$	23,99 \$	1,48 \$	0,74 \$	-	0,07 \$	0,04 \$	-
47	Abilify Maintena (aripiprazole)	Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd	27,00 \$	7,78 \$	0,27 \$	1,28 \$	0,28 \$	14,85 \$	0,57 \$	0,12 \$	0,03 \$	0,16 \$	0,02 \$	1,65 \$
48	Vyvanse (dimésylate de lisdexamfétamine)	Shire Pharma Canada ULC	26,96 \$	1,04 \$	1,25 \$	1,36 \$	1,08 \$	18,98 \$	0,35 \$	0,08 \$	0,03 \$	0,06 \$	0,01 \$	2,71 \$
49	Genvoya (emtricitabine/ elvitégravir/cobicistat)	Gilead Sciences Canada Inc.	26,48 \$	-	-	1,81 \$	0,91 \$	21,02 \$	0,47 \$	-	-	0,08 \$	0,08 \$	2,10 \$
50	Actemra (tocilizumab)	Hoffmann-La Roche Ltée.	26,34 \$	4,68 \$	4,15 \$	2,00 \$	1,82 \$	11,18 \$	0,20 \$	0,42 \$	0,03 \$	0,44 \$	0,08 \$	1,34 \$
Total			4 327,48 \$	555,61 \$	389,00 \$	177,91 \$	171,99 \$	2 637,05 \$	88,89 \$	69,99 \$	12,81 \$	39,50 \$	4,88 \$	179,86 \$
Part de tous les médicaments brevetés			76 %	80 %	79 %	75 %	74 %	75 %	75 %	73 %	77 %	72 %	75 %	74 %

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



Annexe D : Les 50 principaux médicaments génériques de sources diverses selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance médicament du SNIUMP, 2017-2018 (millions de dollars)

Rang	Ingrédients médicinaux										Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Atorvastatine	89,72 \$	9,34 \$	10,12 \$	3,11 \$	2,00 \$	55,47 \$	1,90 \$	2,34 \$	0,51 \$	1,24 \$	0,15 \$	3,55 \$									
2	Rosuvastatine	77,14 \$	5,68 \$	8,66 \$	3,00 \$	1,06 \$	48,98 \$	2,17 \$	2,72 \$	0,60 \$	1,78 \$	0,05 \$	2,44 \$									
3	Pantoprazole	57,55 \$	2,93 \$	7,83 \$	1,94 \$	0,73 \$	37,00 \$	2,45 \$	0,97 \$	0,39 \$	0,42 \$	0,04 \$	2,85 \$									
4	Amlodipine	53,14 \$	5,39 \$	5,98 \$	1,96 \$	1,06 \$	33,93 \$	0,95 \$	1,34 \$	0,38 \$	0,34 \$	0,07 \$	1,74 \$									
5	Gabapentine	43,10 \$	9,03 \$	4,79 \$	1,90 \$	2,14 \$	16,10 \$	1,47 \$	0,88 \$	0,29 \$	0,15 \$	0,05 \$	6,31 \$									
6	Prégabaline	33,33 \$	0,15 \$	-	1,67 \$	0,06 \$	29,17 \$	0,37 \$	0,49 \$	0,04 \$	0,11 \$	0,07 \$	1,19 \$									
7	Ramipril	29,51 \$	5,62 \$	2,85 \$	1,25 \$	0,64 \$	15,04 \$	0,64 \$	0,66 \$	0,23 \$	0,57 \$	0,09 \$	1,92 \$									
8	Olanzapine	29,35 \$	4,98 \$	0,95 \$	0,80 \$	1,38 \$	16,99 \$	1,35 \$	0,47 \$	0,19 \$	0,46 \$	0,02 \$	1,77 \$									
9	Metformine	28,67 \$	3,49 \$	3,32 \$	1,58 \$	0,82 \$	14,71 \$	0,69 \$	0,89 \$	0,27 \$	0,58 \$	0,05 \$	2,27 \$									
10	Duloxétine	28,36 \$	0,22 \$	2,99 \$	1,17 \$	0,54 \$	21,89 \$	0,14 \$	0,10 \$	<0,01 \$	0,01 \$	0,02 \$	1,27 \$									
11	Rabéprazole	27,00 \$	2,75 \$	0,58 \$	1,74 \$	0,73 \$	15,67 \$	0,30 \$	2,02 \$	0,11 \$	1,42 \$	0,01 \$	1,67 \$									
12	Escitalopram	26,03 \$	3,90 \$	2,22 \$	0,36 \$	0,18 \$	17,73 \$	0,13 \$	0,17 \$	<0,01 \$	0,08 \$	0,01 \$	1,26 \$									
13	Venlafaxine	25,71 \$	4,72 \$	2,27 \$	1,40 \$	1,10 \$	11,85 \$	1,05 \$	0,75 \$	0,19 \$	0,78 \$	0,02 \$	1,57 \$									
14	Quétiapine	25,48 \$	3,22 \$	1,00 \$	0,92 \$	1,19 \$	15,32 \$	1,23 \$	0,43 \$	0,09 \$	0,61 \$	0,01 \$	1,47 \$									
15	Sertraline	23,26 \$	3,62 \$	1,46 \$	1,20 \$	0,88 \$	12,22 \$	0,86 \$	0,77 \$	0,17 \$	0,66 \$	0,02 \$	1,42 \$									
16	Clopidogrel	21,19 \$	1,62 \$	1,90 \$	0,72 \$	0,70 \$	13,87 \$	0,59 \$	0,64 \$	0,11 \$	0,37 \$	0,02 \$	0,65 \$									
17	Oméprazole	19,91 \$	0,45 \$	1,01 \$	0,43 \$	1,94 \$	9,38 \$	1,22 \$	1,66 \$	0,30 \$	0,98 \$	0,11 \$	2,42 \$									
18	Nifédipine	18,58 \$	0,71 \$	1,92 \$	0,66 \$	0,76 \$	10,49 \$	1,15 \$	0,94 \$	0,14 \$	0,86 \$	0,02 \$	0,93 \$									
19	Ranitidine	17,60 \$	2,61 \$	0,74 \$	1,07 \$	0,49 \$	8,65 \$	0,51 \$	1,01 \$	0,19 \$	0,92 \$	0,01 \$	1,38 \$									
20	Métoprolol	17,11 \$	2,14 \$	2,35 \$	1,24 \$	0,80 \$	7,18 \$	0,61 \$	1,05 \$	0,19 \$	0,82 \$	0,02 \$	0,71 \$									
21	Lansoprazole	16,95 \$	0,38 \$	1,07 \$	0,13 \$	0,09 \$	14,45 \$	0,16 \$	0,06 \$	<0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,59 \$									
22	Clozapine	16,92 \$	8,97 \$	0,48 \$	1,65 \$	2,61 \$	-	0,90 \$	<0,01 \$	0,04 \$	0,54 \$	0,01 \$	1,71 \$									
23	Diltiazem	16,72 \$	2,38 \$	1,40 \$	0,67 \$	0,52 \$	9,76 \$	0,68 \$	0,54 \$	0,14 \$	0,20 \$	0,02 \$	0,40 \$									
24	Salbutamol	16,66 \$	2,35 \$	0,66 \$	0,76 \$	0,59 \$	9,00 \$	0,64 \$	0,56 \$	0,12 \$	0,41 \$	0,03 \$	1,54 \$									
25	Fentanyl	16,06 \$	1,88 \$	1,08 \$	1,32 \$	0,94 \$	9,89 \$	0,30 \$	0,25 \$	0,03 \$	0,06 \$	0,05 \$	0,25 \$									
26	Donépézil	16,06 \$	1,36 \$	1,06 \$	0,12 \$	0,22 \$	12,34 \$	0,31 \$	0,35 \$	0,06 \$	0,16 \$	0,01 \$	0,08 \$									

suite à la page suivante

Rang	Ingédients médicinaux	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
27	Ezetimibe	15,92 \$	0,01 \$	1,01 \$	0,68 \$	0,13 \$	12,80 \$	0,35 \$	0,35 \$	0,03 \$	0,19 \$	<0,01 \$	0,35 \$
28	Hydromorphone	15,90 \$	4,17 \$	0,98 \$	1,04 \$	0,54 \$	7,56 \$	0,35 \$	0,43 \$	0,11 \$	0,20 \$	0,02 \$	0,51 \$
29	Rispéridone	15,81 \$	2,81 \$	0,46 \$	1,02 \$	0,89 \$	8,04 \$	0,77 \$	0,31 \$	0,12 \$	0,46 \$	0,01 \$	0,93 \$
30	Oxycodone/paracétamol	15,79 \$	0,73 \$	0,70 \$	<0,01 \$	0,51 \$	11,87 \$	0,35 \$	0,14 \$	0,08 \$	0,40 \$	<0,01 \$	1,03 \$
31	Nabilone	15,52 \$	2,70 \$	0,90 \$	0,02 \$	1,14 \$	9,61 \$	0,50 \$	0,31 \$	<0,01 \$	0,19 \$	0,01 \$	0,16 \$
32	Citalopram	15,21 \$	2,32 \$	1,37 \$	0,94 \$	0,68 \$	6,77 \$	0,81 \$	0,75 \$	0,20 \$	0,35 \$	0,02 \$	1,01 \$
33	Candésartan	15,00 \$	1,50 \$	1,63 \$	0,65 \$	0,19 \$	9,40 \$	0,34 \$	0,41 \$	0,07 \$	0,42 \$	0,02 \$	0,37 \$
34	Fluoxétine	14,97 \$	2,67 \$	1,24 \$	1,03 \$	0,82 \$	6,70 \$	0,45 \$	0,34 \$	0,12 \$	0,37 \$	0,01 \$	1,22 \$
35	Adrénaline	14,97 \$	1,24 \$	0,80 \$	1,06 \$	0,35 \$	9,20 \$	0,21 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,06 \$	0,01 \$	1,90 \$
36	Lévodopa / inhibiteur de la décarboxylase	14,87 \$	1,39 \$	1,56 \$	0,62 \$	0,42 \$	9,68 \$	0,26 \$	0,39 \$	0,09 \$	0,19 \$	0,02 \$	0,25 \$
37	Amoxicilline	14,86 \$	1,24 \$	0,83 \$	0,91 \$	0,33 \$	8,97 \$	0,20 \$	0,19 \$	0,08 \$	0,29 \$	0,01 \$	1,80 \$
38	Valsartan	14,54 \$	1,17 \$	2,56 \$	0,78 \$	0,26 \$	8,71 \$	0,10 \$	0,38 \$	0,08 \$	0,11 \$	0,01 \$	0,38 \$
39	Tamsulosine	14,28 \$	1,52 \$	2,72 \$	0,79 \$	0,32 \$	7,40 \$	0,51 \$	0,29 \$	0,10 \$	0,27 \$	0,03 \$	0,33 \$
40	Céfaléxine	14,28 \$	1,47 \$	0,89 \$	1,50 \$	0,43 \$	6,77 \$	0,19 \$	0,28 \$	0,06 \$	0,23 \$	0,01 \$	2,43 \$
41	Simvastatine	14,21 \$	1,05 \$	1,74 \$	0,79 \$	0,31 \$	8,35 \$	0,43 \$	0,63 \$	0,13 \$	0,39 \$	0,02 \$	0,37 \$
42	Acide risédronique	14,17 \$	0,20 \$	1,62 \$	0,33 \$	0,09 \$	10,89 \$	0,24 \$	0,49 \$	0,04 \$	0,10 \$	<0,01 \$	0,18 \$
43	Paroxétine	13,26 \$	1,80 \$	1,02 \$	0,81 \$	0,58 \$	6,28 \$	0,58 \$	0,50 \$	0,11 \$	0,63 \$	0,02 \$	0,93 \$
44	Gliclazide	13,21 \$	0,60 \$	1,16 \$	0,52 \$	0,65 \$	7,43 \$	0,36 \$	0,67 \$	0,17 \$	0,42 \$	0,02 \$	1,22 \$
45	Ondansétron	13,08 \$	1,47 \$	2,78 \$	0,15 \$	1,31 \$	5,43 \$	0,16 \$	0,25 \$	<0,01 \$	0,03 \$	0,01 \$	1,49 \$
46	Bupropion	12,59 \$	2,30 \$	1,13 \$	0,60 \$	0,53 \$	6,58 \$	0,30 \$	0,25 \$	0,03 \$	0,18 \$	0,02 \$	0,66 \$
47	Acide valproïque	12,47 \$	2,87 \$	0,40 \$	0,61 \$	0,67 \$	6,15 \$	0,50 \$	0,18 \$	0,09 \$	0,32 \$	0,01 \$	0,65 \$
48	Trinitrate de glycéryle	12,41 \$	1,72 \$	1,48 \$	0,62 \$	0,39 \$	6,31 \$	0,45 \$	0,66 \$	0,12 \$	0,31 \$	0,04 \$	0,32 \$
49	Méthotrexate	11,88 \$	1,76 \$	1,78 \$	0,54 \$	0,38 \$	5,64 \$	0,31 \$	0,36 \$	0,07 \$	0,18 \$	0,02 \$	0,85 \$
50	Irbesartan	11,79 \$	0,45 \$	1,98 \$	0,42 \$	0,36 \$	7,53 \$	0,18 \$	0,30 \$	0,06 \$	0,11 \$	<0,01 \$	0,38 \$
Total		1 132,10 \$	129,02 \$	101,41 \$	49,20 \$	36,42 \$	661,20 \$	31,68 \$	31,04 \$	6,76 \$	20,93 \$	1,31 \$	63,12 \$
Part de tous les médicaments génériques de sources diverses		61 %	60 %	57 %	59 %	51 %	63 %	60 %	60 %	61 %	57 %	52 %	57 %

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



Annexe E : Les 50 principaux médicaments non brevetés de source unique selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2017-2018 (milliers de dollars)

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Fragmin (daltéparine sodique)	Pfizer Canada Inc.	38 079 \$	8 525 \$	3 396 \$	714 \$	3 187 \$	19 153 \$	690 \$	1 428 \$	34 \$	2 \$	173 \$	777 \$
2	Levemir Penfill (insuline détérim)	Novo Nordisk Canada Inc.	36 686 \$	3 071 \$	4 575 \$	1 065 \$	116 \$	24 799 \$	334 \$	1 036 \$	78 \$	173 \$	18 \$	1 422 \$
3	Grastofil (filgrastim)	Apotex Inc.	28 955 \$	4 888 \$	585 \$	20 \$	16 \$	22 028 \$	962 \$	-	61 \$	148 \$	40 \$	206 \$
4	Aubagio (térfunonimide)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-aventis Canada Inc.	26 411 \$	6 766 \$	2 071 \$	2 371 \$	1 267 \$	10 243 \$	1 663 \$	1 183 \$	133 \$	409 \$	19 \$	286 \$
5	Zoladex LA (goséreléine)	TerSera Therapeutics LLC	19 401 \$	4 \$	-	-	37 \$	16 583 \$	674 \$	1 245 \$	243 \$	262 \$	105 \$	247 \$
6	Rebif (interféron bêta-1a)	EMD Serono, une division d'EMD Inc., Canada	18 517 \$	3 014 \$	3 628 \$	2 199 \$	1 799 \$	6 359 \$	691 \$	-	194 \$	271 \$	34 \$	327 \$
7	Aranesp sans HAS (darbépoéline alfa)	Amgen Canada Inc.	16 660 \$	-	7 545 \$	295 \$	13 \$	4 712 \$	1 121 \$	-	-	1 077 \$	21 \$	1 875 \$
8	Innohep (tinzaparine sodique)	Leo Pharma inc.	13 323 \$	546 \$	4 887 \$	1 805 \$	13 \$	5 629 \$	9 \$	6 \$	11 \$	-	-	418 \$
9	Lovenox avec agent de conservation (enoxaparine sodique)	Sanofi-aventis Canada Inc.	11 618 \$	191 \$	1 248 \$	512 \$	35 \$	8 511 \$	399 \$	57 \$	37 \$	193 \$	2 \$	433 \$
10	Fucidine (acide fusidique)	Leo Pharma inc.	10 681 \$	908 \$	423 \$	265 \$	222 \$	7 615 \$	129 \$	181 \$	18 \$	142 \$	2 \$	777 \$
11	Inflectra (infliximab)	Celltrion Healthcare Co., Ltd.	10 334 \$	3 117 \$	741 \$	138 \$	1 091 \$	4 826 \$	61 \$	84 \$	-	49 \$	65 \$	162 \$
12	Lemtrada (alemtuzumab)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-aventis Canada Inc.	9 729 \$	-	2 712 \$	3 299 \$	280 \$	3 080 \$	-	47 \$	-	-	-	311 \$
13	Mirena (lévonorgestrel)	Bayer Inc.	9 008 \$	1 484 \$	188 \$	368 \$	239 \$	3 830 \$	142 \$	34 \$	14 \$	143 \$	-	2 567 \$
14	Betaseron (interféron bêta-1b)	Bayer Inc.	6 079 \$	906 \$	778 \$	884 \$	860 \$	2 373 \$	113 \$	-	46 \$	101 \$	-	19 \$
15	Protopique (tacrolimus)	Leo Pharma inc.	5 926 \$	93 \$	58 \$	41 \$	59 \$	5 277 \$	17 \$	12 \$	2 \$	2 \$	-	363 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
16	Premarin vaginal (œstrogènes conjugués)	Pfizer Canada Inc.	5 689 \$	891 \$	942 \$	380 \$	132 \$	2 607 \$	164 \$	131 \$	45 \$	116 \$	11 \$	271 \$
17	Remodulin (tréprostinitil)	United Therapeutics Corporation	5 527 \$	1 625 \$	-	-	317 \$	2 289 \$	982 \$	-	-	-	-	314 \$
18	Aggrenox (dipyridamole, acide acétylsalicylique)	Boehringer Ingelheim	4 998 \$	34 \$	514 \$	70 \$	32 \$	4 136 \$	37 \$	47 \$	-	33 \$	1 \$	94 \$
19	Trandate (chlorthydrate de labétalol)	Laboratoires Paladin Inc.	4 478 \$	576 \$	391 \$	250 \$	202 \$	2 111 \$	168 \$	309 \$	61 \$	108 \$	1 \$	301 \$
20	Lamisil (chlorthydrate de terbinafine)	Novartis Pharma Canada inc.	4 238 \$	-	305 \$	107 \$	3 \$	3 501 \$	45 \$	48 \$	-	48 \$	5 \$	177 \$
21	Apo-Ciclesonide (ciclesonide)	Apotex Inc.	4 065 \$	-	-	25 \$	-	4 040 \$	-	-	-	-	<1 \$	-
22	Elmiron (polysulfate de pentosan sodique)	Janssen Inc.	3 524 \$	1 587 \$	348 \$	93 \$	224 \$	339 \$	239 \$	400 \$	26 \$	82 \$	-	185 \$
23	Fluaxol Depot (décanoate de flupentixol)	Lundbeck Canada Inc.	3 450 \$	550 \$	68 \$	225 \$	147 \$	2 088 \$	54 \$	66 \$	<1 \$	54 \$	2 \$	194 \$
24	Vimizim (élosulfase alfa)	BioMarin International Ltd	3 230 \$	-	-	-	-	1 576 \$	-	-	-	-	-	1 654 \$
25	Depo-Provera (acétate de médroxyprogestérone)	Pfizer Canada Inc.	3 081 \$	311 \$	28 \$	212 \$	120 \$	1 029 \$	88 \$	17 \$	11 \$	110 \$	-	1 155 \$
26	Pentoxifylline SR (pentoxifylline)	AA Pharma inc.	3 026 \$	391 \$	339 \$	110 \$	53 \$	1 898 \$	22 \$	25 \$	8 \$	101 \$	2 \$	76 \$
27	Elaprase (idursulfase)	Shire Human Genetic Therapies Inc.	3 013 \$	-	-	-	-	3 013 \$	-	-	-	-	-	-
28	Ferriprox (défériprone)	ApoPharma inc.	2 596 \$	690 \$	74 \$	-	-	1 832 \$	-	-	-	-	-	-
29	Soriatane (acitrétine)	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	2 427 \$	266 \$	156 \$	105 \$	66 \$	1 454 \$	65 \$	117 \$	13 \$	65 \$	-	121 \$
30	Tobradex (dexaméthasone/ tobramycine)	Novartis Pharma Canada inc.	2 380 \$	253 \$	280 \$	165 \$	24 \$	1 346 \$	45 \$	64 \$	4 \$	60 \$	2 \$	136 \$
31	Solu-Medrol (méthyprednisolone)	Pfizer Canada Inc.	2 378 \$	197 \$	120 \$	41 \$	10 \$	1 700 \$	28 \$	79 \$	51 \$	48 \$	2 \$	103 \$
32	Apo-Lamivudine HBV (lamivudine)	Apotex Inc.	2 304 \$	1 026 \$	76 \$	25 \$	46 \$	1 046 \$	16 \$	16 \$	-	4 \$	2 \$	46 \$
33	pdp-Amantadine Hydrochloride (chlorthydrate d'amtadine)	PendoPharm, une division de Pharmascience Inc.	2 233 \$	272 \$	184 \$	138 \$	51 \$	1 334 \$	67 \$	75 \$	19 \$	40 \$	2 \$	51 \$
34	Qvar (diproponate de bédométhasone HFA)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	2 230 \$	209 \$	240 \$	362 \$	77 \$	999 \$	39 \$	30 \$	3 \$	7 \$	3 \$	259 \$

suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédients médicinaux)	Fabricant	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
35	Nat-Osetamivir (oseltamivir)	Leo Pharma inc.	2 229 \$	201 \$	-	81 \$	28 \$	1 766 \$	24 \$	48 \$	-	3 \$	-	79 \$
36	Inspira (éplérénone)	Pfizer Canada Inc.	2 222 \$	79 \$	177 \$	46 \$	12 \$	1 830 \$	35 \$	24 \$	-	4 \$	-	15 \$
37	Hp-PAC (lansoprazole, amoxicilline, clarithromycine)	Takeda Pharmaceuticals U.S.A. Inc.	2 169 \$	416 \$	111 \$	55 \$	5 \$	994 \$	1 \$	29 \$	-	36 \$	-	522 \$
38	Midodrine (chlorhydrate de midodrine)	AA Pharma inc.	2 051 \$	314 \$	180 \$	70 \$	101 \$	1 214 \$	38 \$	29 \$	3 \$	33 \$	1 \$	68 \$
39	One-Alpha (alfacalcidol)	Leo Pharma inc.	1 984 \$	679 \$	50 \$	88 \$	6 \$	923 \$	56 \$	51 \$	<1 \$	25 \$	5 \$	100 \$
40	Apo-Quinapril/ HCTZ (quinapril/ hydrochlorothiazide)	Apotex Inc.	1 964 \$	95 \$	157 \$	83 \$	27 \$	1 385 \$	15 \$	68 \$	7 \$	78 \$	3 \$	46 \$
41	Zovirax (acyclovir)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 951 \$	662 \$	-	3 \$	221 \$	-	218 \$	-	36 \$	245 \$	10 \$	556 \$
42	Cerezyme (imiglucérase)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-aventis Canada Inc.	1 929 \$	-	-	-	931 \$	-	-	-	-	551 \$	-	448 \$
43	Monurol (fosfomycine)	Laboratoires Paladin Inc.	1 909 \$	239 \$	234 \$	34 \$	1 \$	1 359 \$	5 \$	20 \$	2 \$	1 \$	1 \$	14 \$
44	Cytomel (liothyronine)	Pfizer Canada Inc.	1 840 \$	1 203 \$	421 \$	-	69 \$	8 \$	32 \$	29 \$	-	13 \$	6 \$	60 \$
45	Clopioxel Depot (décanoate de zuclopenthixol)	Lundbeck Canada Inc.	1 759 \$	547 \$	39 \$	209 \$	46 \$	577 \$	73 \$	16 \$	-	72 \$	-	181 \$
46	Mestinon USP (bromure de pyridostigmine)	Valeant Canada LP/ Valeant Canada S.E.C.	1 660 \$	214 \$	194 \$	108 \$	89 \$	870 \$	37 \$	68 \$	8 \$	21 \$	3 \$	49 \$
47	Lomotil (chlorhydrate de diphénoxylate, sulfate d'atropine)	Pfizer Canada Inc.	1 612 \$	118 \$	311 \$	82 \$	19 \$	935 \$	42 \$	40 \$	2 \$	57 \$	<1 \$	7 \$
48	Thyrogen (thyrotropine alfa)	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-aventis Canada Inc.	1 411 \$	-	348 \$	-	-	955 \$	20 \$	47 \$	-	-	-	40 \$
49	Locacorten Vioform (pivalate de fluméthasone / clioquinol)	Laboratoires Paladin Inc.	1 346 \$	142 \$	46 \$	32 \$	18 \$	979 \$	23 \$	24 \$	5 \$	23 \$	<1 \$	52 \$
50	Entocort (budénoside, chlorure de sodium)	Tillotts Pharma GmbH	1 344 \$	273 \$	483 \$	80 \$	93 \$	129 \$	113 \$	106 \$	6 \$	5 \$	4 \$	51 \$
Total			355 655 \$	47 574 \$	39 648 \$	17 256 \$	12 407 \$	197 281 \$	9 792 \$	7 337 \$	1 185 \$	5 013 \$	547 \$	17 615 \$
Part de tous les médicaments non brevetés de source unique			86 %	85 %	87 %	85 %	83 %	87 %	84 %	80 %	76 %	77 %	89 %	77 %

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



Annexe F : Les 50 principaux fabricants selon le coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicament du SNIUMP, 2017-2018 (millions de dollars)

Rang	Entreprise	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
1	Janssen Inc.	855,02 \$	144,31 \$	107,46 \$	63,07 \$	57,06 \$	390,95 \$	22,85 \$	17,44 \$	2,98 \$	10,60 \$	0,99 \$	37,32 \$
2	Gilead Sciences Canada Inc.	646,66 \$	147,22 \$	34,39 \$	21,13 \$	19,46 \$	350,99 \$	6,51 \$	2,26 \$	-	1,86 \$	1,36 \$	61,48 \$
3	Apotex Inc.	514,19 \$	48,24 \$	34,17 \$	17,31 \$	16,76 \$	334,81 \$	12,68 \$	8,59 \$	2,08 \$	8,02 \$	0,60 \$	30,91 \$
4	Novartis Pharma Canada inc.	473,99 \$	24,41 \$	41,84 \$	8,85 \$	12,38 \$	351,66 \$	12,76 \$	7,10 \$	0,76 \$	5,99 \$	0,35 \$	7,88 \$
5	Bayer Inc.	430,71 \$	13,96 \$	19,72 \$	12,51 \$	5,95 \$	354,80 \$	7,95 \$	3,30 \$	1,04 \$	3,22 \$	0,07 \$	8,20 \$
6	Teva Canada Ltd	385,41 \$	37,23 \$	34,90 \$	18,70 \$	16,12 \$	229,51 \$	9,02 \$	8,96 \$	1,90 \$	8,02 \$	0,40 \$	20,65 \$
7	Merck Canada Inc.	377,19 \$	25,59 \$	21,84 \$	10,53 \$	5,41 \$	281,57 \$	5,21 \$	2,55 \$	0,20 \$	0,77 \$	0,05 \$	23,47 \$
8	Corporation AbbVie	331,18 \$	84,04 \$	43,42 \$	23,96 \$	26,08 \$	114,63 \$	7,31 \$	10,11 \$	2,79 \$	6,09 \$	0,62 \$	10,14 \$
9	Sandoz Canada Inc.	277,46 \$	29,26 \$	23,81 \$	11,47 \$	6,94 \$	178,44 \$	5,05 \$	5,82 \$	0,88 \$	3,67 \$	0,38 \$	11,73 \$
10	Boehringer Ingelheim	255,35 \$	19,75 \$	25,44 \$	6,98 \$	5,51 \$	178,47 \$	5,06 \$	4,73 \$	0,90 \$	1,70 \$	0,23 \$	6,59 \$
11	GlaxoSmithKline Inc.	252,11 \$	28,89 \$	24,53 \$	9,95 \$	9,16 \$	146,61 \$	7,73 \$	5,96 \$	0,83 \$	4,30 \$	0,34 \$	13,79 \$
12	AstraZeneca Canada Inc.	203,01 \$	22,95 \$	23,44 \$	8,56 \$	4,56 \$	129,50 \$	2,33 \$	3,43 \$	0,40 \$	1,24 \$	0,10 \$	6,51 \$
13	Sanofi-aventis Canada Inc.	198,11 \$	19,29 \$	18,44 \$	11,72 \$	2,97 \$	119,40 \$	3,48 \$	3,51 \$	0,57 \$	1,08 \$	0,09 \$	17,59 \$
14	Celgene Inc.	175,00 \$	0,01 \$	-	-	10,04 \$	142,00 \$	6,09 \$	7,78 \$	1,44 \$	5,47 \$	0,31 \$	1,86 \$
15	Pfizer Canada Inc.	174,92 \$	24,36 \$	12,56 \$	6,29 \$	10,21 \$	100,41 \$	4,29 \$	5,31 \$	0,59 \$	2,22 \$	0,35 \$	8,32 \$
16	Bristol-Myers Squibb Canada	173,72 \$	19,29 \$	16,58 \$	5,44 \$	5,79 \$	116,11 \$	2,62 \$	2,75 \$	0,42 \$	0,81 \$	0,17 \$	3,73 \$
17	Sanis Health Inc.	168,64 \$	26,65 \$	24,10 \$	10,52 \$	8,06 \$	65,78 \$	8,35 \$	7,68 \$	1,27 \$	5,29 \$	0,57 \$	10,36 \$
18	Immunex Corporation	157,65 \$	33,68 \$	20,61 \$	9,50 \$	14,56 \$	60,33 \$	3,46 \$	5,06 \$	0,69 \$	1,32 \$	0,29 \$	8,15 \$
19	Servier Canada Inc.	155,17 \$	2,79 \$	19,23 \$	8,02 \$	2,76 \$	102,01 \$	5,91 \$	5,24 \$	0,64 \$	2,53 \$	0,05 \$	6,00 \$
20	Pharmascience Inc.	135,95 \$	18,87 \$	11,14 \$	8,45 \$	4,98 \$	71,77 \$	3,75 \$	3,70 \$	0,68 \$	3,11 \$	0,16 \$	9,33 \$
21	Mylan Pharmaceuticals ULC	123,25 \$	14,51 \$	12,57 \$	4,19 \$	6,09 \$	69,14 \$	4,15 \$	3,04 \$	0,59 \$	2,39 \$	0,08 \$	6,49 \$
22	Novo Nordisk Canada Inc.	116,00 \$	10,96 \$	13,77 \$	3,25 \$	2,75 \$	67,35 \$	2,32 \$	5,71 \$	0,94 \$	3,08 \$	0,15 \$	5,69 \$
23	Purdue Pharma	109,48 \$	6,92 \$	10,59 \$	6,68 \$	5,77 \$	69,85 \$	3,27 \$	2,27 \$	0,22 \$	0,72 \$	0,08 \$	3,12 \$
24	Amgen Canada Inc.	101,21 \$	2,94 \$	12,65 \$	0,96 \$	0,28 \$	77,01 \$	1,95 \$	0,31 \$	0,05 \$	1,87 \$	0,06 \$	3,12 \$

suite à la page suivante

Rang	Entreprise	Total	BC	AB	SK	MB	ON	NB	NS	PE	NL	YT	SSNA
25	Hoffmann-La Roche Ltée	101,09 \$	18,13 \$	12,69 \$	5,55 \$	6,29 \$	44,63 \$	2,31 \$	3,01 \$	0,39 \$	1,83 \$	0,22 \$	6,05 \$
26	Allergan Inc.	99,63 \$	10,70 \$	9,67 \$	2,84 \$	2,35 \$	66,67 \$	1,23 \$	2,20 \$	0,27 \$	0,84 \$	0,08 \$	2,79 \$
27	Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd	95,19 \$	18,19 \$	1,56 \$	2,38 \$	3,24 \$	64,02 \$	1,35 \$	0,42 \$	0,09 \$	0,24 \$	0,03 \$	3,68 \$
28	Mylan Pharmaceuticals ULC	87,08 \$	17,29 \$	24,54 \$	7,17 \$	8,19 \$	<0,01 \$	5,73 \$	9,51 \$	2,92 \$	3,36 \$	-	8,39 \$
29	Astellas Pharma Canada Inc.	86,57 \$	0,03 \$	2,05 \$	2,24 \$	5,65 \$	67,12 \$	3,19 \$	2,49 \$	0,36 \$	0,95 \$	0,07 \$	2,39 \$
30	Eli Lilly Canada Inc.	78,14 \$	11,52 \$	5,61 \$	5,39 \$	3,90 \$	34,98 \$	2,98 \$	2,51 \$	1,14 \$	3,35 \$	0,18 \$	6,58 \$
31	Biogen Canada Inc.	70,19 \$	14,02 \$	11,85 \$	7,51 \$	6,59 \$	20,19 \$	4,49 \$	1,95 \$	0,25 \$	2,01 \$	0,26 \$	1,07 \$
32	AA Pharma inc.	59,60 \$	12,85 \$	4,41 \$	3,43 \$	2,18 \$	28,01 \$	1,84 \$	1,75 \$	0,38 \$	1,33 \$	0,06 \$	3,33 \$
33	ViiV Healthcare ULC	58,80 \$	-	-	2,53 \$	2,75 \$	46,89 \$	1,32 \$	-	-	0,42 \$	0,10 \$	4,80 \$
34	Valeant Canada LP/Valeant Canada S.E.C.	58,04 \$	6,07 \$	6,15 \$	1,80 \$	1,88 \$	35,48 \$	1,68 \$	1,23 \$	0,23 \$	1,07 \$	0,03 \$	2,43 \$
35	Sanofi Genzyme, une division de Sanofi-aventis Canada Inc.	53,82 \$	6,77 \$	5,13 \$	6,35 \$	4,04 \$	25,76 \$	1,68 \$	1,50 \$	0,13 \$	0,96 \$	0,02 \$	1,48 \$
36	BGP Pharma ULC	52,34 \$	5,85 \$	6,73 \$	2,05 \$	1,64 \$	30,12 \$	1,30 \$	1,88 \$	0,30 \$	0,82 \$	0,06 \$	1,61 \$
37	Actavis Pharma Co.	50,56 \$	6,62 \$	5,50 \$	1,10 \$	2,19 \$	30,20 \$	0,95 \$	0,85 \$	0,11 \$	0,61 \$	0,05 \$	2,38 \$
38	Leo Pharma inc.	45,85 \$	3,15 \$	6,38 \$	2,88 \$	0,40 \$	29,13 \$	0,45 \$	0,33 \$	0,04 \$	0,41 \$	0,03 \$	2,66 \$
39	Allergan Pharma Co.	42,42 \$	0,81 \$	0,61 \$	0,57 \$	0,21 \$	38,85 \$	0,21 \$	0,48 \$	0,06 \$	0,13 \$	<0,01 \$	0,48 \$
40	Alexion Pharma GmbH	41,36 \$	-	4,74 \$	-	1,09 \$	34,21 \$	0,25 \$	-	0,12 \$	-	-	0,95 \$
41	Taro Pharmaceuticals Inc.	40,44 \$	3,38 \$	2,52 \$	1,80 \$	1,50 \$	25,76 \$	0,71 \$	1,03 \$	0,26 \$	0,77 \$	0,03 \$	2,67 \$
42	Shire Pharma Canada ULC	38,78 \$	3,43 \$	2,02 \$	2,43 \$	1,38 \$	25,01 \$	0,54 \$	0,21 \$	0,04 \$	0,18 \$	0,03 \$	3,50 \$
43	UCB Canada Inc.	29,63 \$	6,03 \$	1,36 \$	1,48 \$	0,73 \$	17,68 \$	0,19 \$	0,86 \$	0,11 \$	0,21 \$	0,04 \$	0,94 \$
44	Auro Pharma Inc.	28,84 \$	3,75 \$	2,72 \$	0,85 \$	1,06 \$	17,94 \$	0,31 \$	0,36 \$	0,08 \$	0,33 \$	0,02 \$	1,41 \$
45	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	28,12 \$	5,15 \$	1,99 \$	0,85 \$	0,45 \$	16,93 \$	0,42 \$	0,40 \$	0,09 \$	0,44 \$	0,09 \$	1,31 \$
46	Laboratoires Paladin Inc.	23,71 \$	5,51 \$	2,61 \$	1,12 \$	0,93 \$	10,10 \$	0,53 \$	0,86 \$	0,15 \$	0,38 \$	0,02 \$	1,50 \$
47	Indivior UK Ltd	23,40 \$	6,21 \$	0,60 \$	0,20 \$	0,18 \$	6,15 \$	0,05 \$	0,07 \$	0,05 \$	0,16 \$	0,01 \$	9,70 \$
48	Mint Pharmaceuticals Inc.	21,83 \$	3,92 \$	2,52 \$	1,10 \$	0,58 \$	10,99 \$	0,24 \$	0,68 \$	0,14 \$	0,18 \$	0,18 \$	1,31 \$
49	PendoPharm, une division de Pharmascience Inc.	21,34 \$	4,15 \$	1,66 \$	1,38 \$	0,78 \$	10,08 \$	0,58 \$	0,49 \$	0,13 \$	0,35 \$	0,03 \$	1,70 \$
50	EMD Serono, une division d'EMD Inc. Canada	21,28 \$	3,94 \$	3,68 \$	2,24 \$	2,17 \$	7,51 \$	0,77 \$	-	0,19 \$	0,36 \$	0,03 \$	0,38 \$
Total		8 149,39 \$	985,59 \$	736,48 \$	355,30 \$	321,99 \$	4 847,53 \$	189,38 \$	167,69 \$	30,88 \$	107,06 \$	9,56 \$	397,92 \$

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