



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board

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

SNIUMP

2^e édition Compas

Rapport annuel sur les dépenses des régimes
publics d'assurance-médicaments 2013-2014

Rx



Canada 

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Mai 2016

CompasRx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 2^e édition est offert sur le site Web du CEPMB en format électronique

La version anglaise du présent document est également disponible sous le titre
NPDUIS CompassRx: Annual Public Drug Plan Expenditure Report, 2nd Edition

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés Centre Standard Life
Case postale L40
333, avenue Laurier ouest
Bureau 1400
Ottawa (Ontario) K1P 1C1

Téléphone : 1-877-861-2350
613-952-7360

ATS 613-957-4373

Courriel : pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca

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

ISSN 2369-0526

N° de cat. : H79-6F-PDF

À propos du CEPMB

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme public respecté qui apporte une contribution unique et précieuse à la durabilité des dépenses en produits pharmaceutiques au Canada en :

- fournissant aux intervenants des renseignements sur les prix, les coûts et l'utilisation pour les aider à prendre en temps opportun des décisions éclairées en matière de prix des médicaments, d'achat et de remboursement;
- contrôlant efficacement les droits de brevet des fabricants de produits pharmaceutiques grâce à l'exercice responsable et efficient de ses pouvoirs en matière de protection des consommateurs.

L'initiative du SNIUMP

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

Cette initiative a pour objectif de fournir aux décideurs et aux gestionnaires de régimes publics d'assurance-médicaments des analyses critiques des tendances des prix, de l'utilisation et des coûts des médicaments prescrits afin que les responsables du système de soins de santé canadien disposent de renseignements plus complets et plus exacts sur l'usage des médicaments prescrits et sur les sources des pressions qui s'exercent sur le financement.

Remerciements

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

Le CEPMB tient à souligner les contributions suivantes :

- Les membres du Comité consultatif du SNIUMP pour leur supervision spécialisée et leur orientation dans le cadre de la rédaction du présent rapport.
- Le personnel du CEPMB pour sa contribution au contenu analytique du présent rapport :
 - Tanya Potashnik, directrice, Politiques et analyse économique
 - Elena Lungu – gestionnaire, SNIUMP
 - Greg McComb – analyste économique principal
 - Ai Chau – analyste SAS
 - Carol McKinley – conseillère en publications
 - Le groupe scientifique et l'équipe de révision du CEPMB

Avis de non-responsabilité

Le SNIUMP est une initiative de recherche indépendante des activités réglementaires du CEPMB. Les déclarations et les opinions exprimées dans le présent rapport ne représentent pas la position du CEPMB au sujet des questions réglementaires.

Certaines sections du présent document sont fondées en partie sur l'information et les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Toutefois, les analyses et les conclusions présentées, ainsi que les déclarations contenues dans le document, ne reflètent pas nécessairement la position de l'ICIS.



Sommaire

Le rapport annuel *CompasRx* analyse les forces qui sous-tendent les dépenses en médicaments prescrits des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada. Il analyse les tendances des caractéristiques démographiques, de l'établissement des prix et de l'utilisation des médicaments, et en quantifie l'incidence sur les dépenses. Le rapport suit aussi les événements de premier plan qui surviennent aux niveaux de l'approbation, de l'examen, de l'établissement des prix et du remboursement des médicaments au Canada. Cette édition du rapport porte avant tout sur l'exercice 2013-2014 et présente une rétrospective des tendances depuis 2009-2010.

La variation des dépenses en médicaments prescrits subit l'influence de certains effets de « poussée » et de « traction ». Les augmentations du nombre de bénéficiaires, l'utilisation accrue des médicaments ou le recours à des médicaments plus dispendieux exercent une pression à la hausse sur les dépenses, ce qui cause un effet de poussée, tandis que la substitution par des médicaments génériques et la baisse des prix produisent un effet de traction à la baisse. Chaque année, l'importance de ces effets varie, et le taux de variation des dépenses en médicaments prescrits évolue donc au fil du temps et peut différer entre les régimes publics d'assurance-médicaments.

La base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), gérée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), constitue la principale source de données de ce rapport. Les résultats portent sur les régimes publics d'assurance-médicaments suivants participant au SNIUMP : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et programme d'assurance-médicaments des services de santé non assurés de Santé Canada. Les données relatives à la Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador ont été ajoutées à la présente édition, ce qui présente un survol plus général des régimes publics.

La définition des principales forces motrices du changement et de leur effet sur les dépenses en médicaments aide les stratèges et les chercheurs à mieux comprendre les tendances courantes et à prévoir les pressions qui s'exerceront à l'avenir sur les coûts et les niveaux des dépenses.

Principales constatations

Survol des dépenses en médicaments prescrits en 2013-2014

Les dépenses en médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont totalisé 9,8 milliards de dollars en 2013-2014, montant qui inclut 7,3 milliards en coûts de médicaments (74,2 %), 2,2 milliards en coûts d'exécution des pharmacies (22,3 %) et 0,3 milliard en marges bénéficiaires (3,5 %).

Les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP ont payé 78,7 % des dépenses totales en médicaments prescrits. Les bénéficiaires des régimes ont payé le reste soit directement, soit par l'intermédiaire d'un assureur privé tiers.

Élément coût des médicaments des dépenses en médicaments prescrits

Le taux moyen de changement du coût des médicaments de tous les régimes publics du SNIUMP a reculé régulièrement de 2010-2011 à 2012-2013 pour atteindre un plancher de -1,5 %. Cette tendance a fait volte-face en 2013-2014, les coûts moyens des médicaments augmentant de 2,0 %.

En 2013-2014, les politiques sur les médicaments génériques ont réduit considérablement les coûts des médicaments, soit de 6,0 %, mais cette diminution a été compensée presque complètement par une augmentation de l'utilisation de médicaments plus dispendieux, ce qui a exercé sur les coûts une pression à la hausse de 5,4 %. L'effet des médicaments plus coûteux a été plus marqué en 2013-2014 qu'en 2012-2013, lorsqu'il s'établissait à 4,1 %¹.

La modeste réduction des coûts découlant de la substitution par des médicaments génériques (1,5 %) a compensé en partie seulement l'augmentation du nombre des bénéficiaires et l'utilisation qu'ils font des médicaments (2,1 % et 2,2 % respectivement) a constitué le point de bascule vers des taux de croissance positifs en 2013-2014. Le faible effet de substitution par des médicaments génériques marque la fin de la chute des brevets, car aucun médicament à grand succès de premier plan n'a perdu la protection de ses brevets en 2012-2013. Des économies importantes attribuables à la substitution par des médicaments génériques qui a fait baisser les coûts des médicaments de 7,2 %¹ ont par ailleurs marqué l'exercice 2012-2013.

Points saillants de 2013-2014



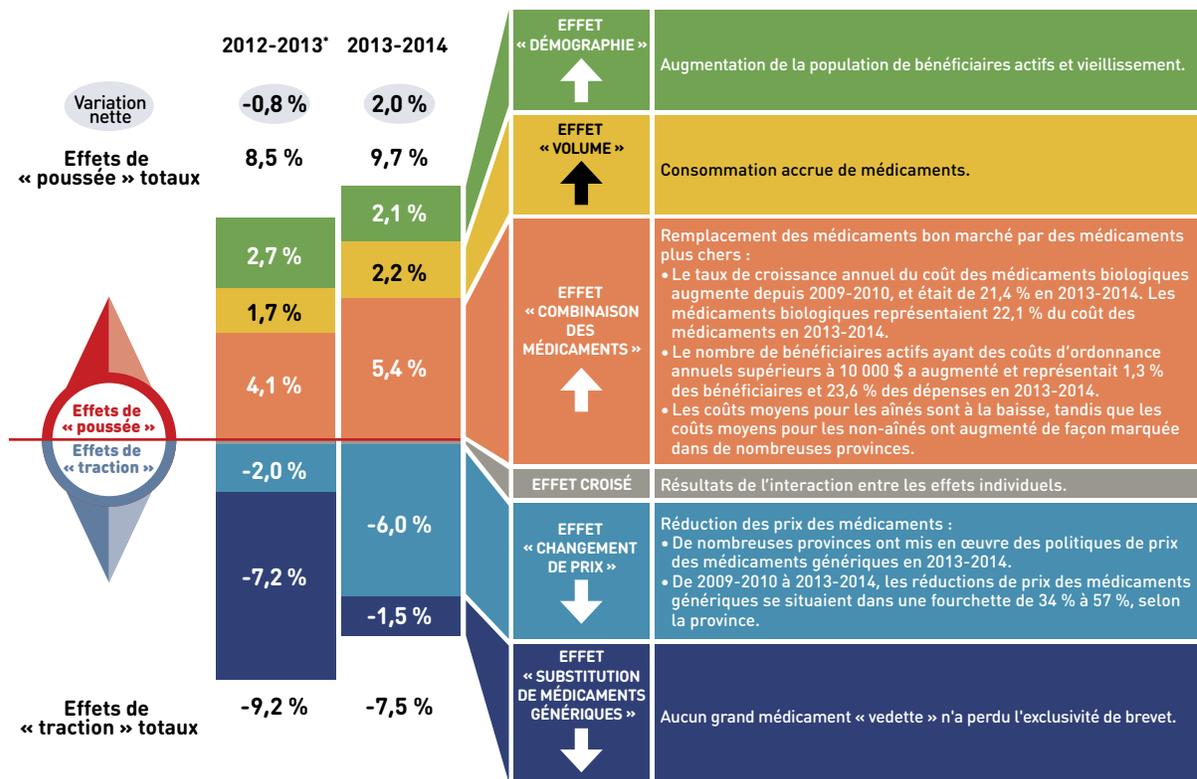
Les effets de la démographie, des volumes et de la combinaison de médicaments ont exercé une « poussée » importante en 2013-2014. Sans l'impact des économies attribuables aux médicaments génériques, les augmentations du nombre de bénéficiaires actifs et leur vieillissement, le volume des médicaments et l'utilisation de médicaments plus coûteux auraient fait grimper les coûts de 9,7 %.



La substitution par des médicaments génériques et en particulier les changements de prix ont exercé un important effet de « traction » en 2013-2014. Sans autre pression exercée sur les coûts, les prix moins élevés des médicaments génériques et le remplacement des médicaments de marque par des médicaments génériques auraient fait baisser de 7,5 % les niveaux des coûts des médicaments.

¹ Les résultats déclarés dans l'édition 2012-2013 du rapport *CompasRx* n'incluent pas les données pour la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador. Il faudrait en tenir compte lorsque l'on compare les valeurs totales de 2012-2013 à celles de 2013-2014, mais l'interprétation des tendances générales demeure toutefois appropriée.

Inducteurs des coûts des médicaments, 2012-2013* et 2013-2014



* Veuillez noter que 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.

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et en raison des effets croisés.

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

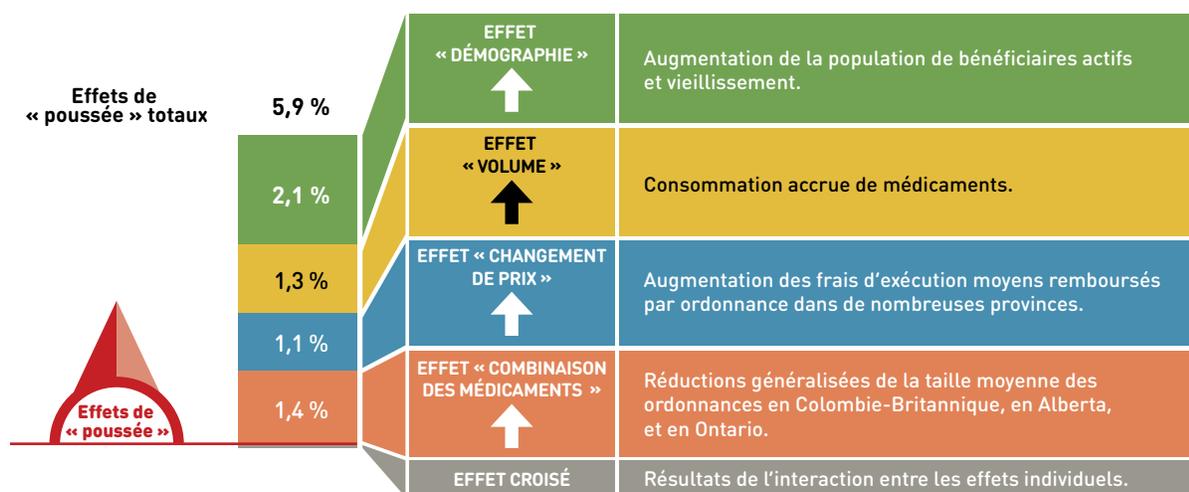
Élément coûts d'exécution des dépenses en médicaments prescrits

Les coûts d'exécution qui augmentent depuis quelques années dans la plupart des régimes publics ont grimpé de 5,9 % de 2012-2013 à 2013-2014. Ils ont représenté un pourcentage accru des dépenses en médicaments prescrits, soit 22,3 % en 2013-2014 par rapport à 19,0 % en 2010-2011.

Points saillants de 2013-2014

L'augmentation de 5,9 % des coûts d'exécution a été propulsée principalement par des augmentations du nombre de bénéficiaires actifs et leur vieillissement (2,1 %), l'utilisation accrue de médicaments (1,3 %) et des augmentations des coûts d'exécution (1,1 %), sans oublier une tendance à la baisse de la taille de l'ordonnance dans certaines provinces (1,4 %).

Inducteurs des coûts d'exécution, 2013-2014



Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies et en raison des effets croisés.

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

Il convient de signaler que les principales constatations générales marquent d'importantes variations au niveau des administrations, que nous décrivons en détail dans le rapport.

Environnement des prix et des remboursements au Canada en 2013-2014

- Cinq provinces ont mis en œuvre des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques en 2013-2014
 - La Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador ont ramené les prix des médicaments génériques à 25 % de ceux des médicaments de marque équivalents tandis que l'Alberta a ramené ce ratio à 18 %, à quelques exceptions près dans le cas de médicaments précis.
- Le CEPMB a examiné 115 nouveaux médicaments en 2013.
 - Sept de ces médicaments constituaient une découverte ou représentaient une amélioration importante et 20 ont été reconnus comme une amélioration modérée. Les 88 autres présentaient une amélioration minimale ou nulle.
- En 2013, le programme commun d'évaluation des médicaments de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a formulé 34 recommandations portant sur 29 médicaments. Quelques médicaments ont fait l'objet de recommandations multiples : tout dépendait de leur indication.
 - Les recommandations étaient les suivantes : inscrire : 0; inscrire avec critères ou conditions : 18; inscrire avec critères ou conditions cliniques : 4; ne pas inscrire au prix proposé : 4; ne pas inscrire : 8.

Table des matières



Sommaire	ii
Introduction	3
Méthodes	4
Limites	5
1 L'environnement canadien de l'établissement des prix et des remboursements, 2013-2014	6
2 Survol des dépenses en médicaments prescrits et de l'utilisation, 2013-2014	9
3 Tendances des dépenses en médicaments prescrits, 2009-2010 à 2013-2014	15
4 Les inducteurs des coûts des médicaments, 2012-2013 à 2013-2014	21
4.1 Effets des prix	23
4.2 Effets de la démographie	29
4.3 Effets du volume	32
4.4 Effets de la combinaison de médicaments	36
5 Les inducteurs des coûts d'exécution, 2012-2013 à 2013-2014	42
Références	48
Annexe A : Conceptions des régimes publics d'assurance-médicaments	49
Annexe B : Politiques d'établissement des prix des médicaments génériques dans les programmes provinciaux d'assurance-médicaments	54
Annexe C : Politiques sur la marge bénéficiaire des régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014	56
Annexe D : Politiques sur les frais d'exécution dans les régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014	57
Annexe E : Recommandations d'inscription du Programme commun d'évaluation des médicaments, selon le médicament et l'indication, 2013-2014	59
Annexe F : Cent principaux médicaments brevetés par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014	61

Annexe G :	Cent principaux médicaments non brevetés à fournisseur unique par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014	66
Annexe H :	Cent principaux médicaments génériques multisources par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014	73
Annexe I :	Cent principaux fabricants par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014	76
Annexe J :	Glossaire	79

Introduction



Le montant consacré aux médicaments prescrits au Canada représente un élément important des coûts globaux des soins de santé. Après des taux soutenus de croissance à deux chiffres des dépenses en médicaments prescrits il y a une décennie, les taux annuels ont reculé graduellement au cours des dernières années pour atteindre 2,3 % en 2013, deuxième niveau le moins élevé en plus de deux décennies¹.

Afin d'aider à comprendre les tendances récentes des dépenses en médicaments prescrits et à en prévoir l'orientation future, le rapport *CompasRx* présente une analyse détaillée des inducteurs de coûts dans les dépenses en médicaments prescrits pour tous les régimes publics d'assurance-médicaments des provinces (à l'exception du Québec), ainsi que de celles du programme fédéral de médicaments des services de santé non assurés (SSNA). Le rapport décrit les pressions les plus importantes qui s'exercent sur les coûts, en quantifie l'effet sur les niveaux de dépenses et traite des facteurs déterminants des tendances des coûts, de l'établissement des prix et de l'utilisation dans les régimes publics. Il suit aussi les principaux événements survenus dans le contexte de l'approbation, de l'examen, de l'établissement des prix et du remboursement des médicaments au Canada.

Le rapport *CompasRx* 2013-2014, qui en est à sa deuxième édition, décrit les tendances en évolution reposant sur le niveau de référence établi dans la publication de 2012-2013. Deux nouvelles administrations ont été ajoutées à la présente édition, ce qui permet de présenter un tableau plus complet de l'environnement des régimes publics.

Les faibles taux récents de croissance des dépenses en médicaments prescrits constituent le résultat net d'un certain nombre d'effets de « poussée » et de « traction ». Des facteurs

comme l'augmentation du nombre des bénéficiaires, l'utilisation accrue de médicaments et le recours à des médicaments plus coûteux exercent une pression à la hausse (« poussée ») sur les dépenses. Pendant ce temps, des facteurs comme la substitution par des médicaments génériques et la réduction des prix des médicaments génériques exercent une pression à la baisse sur les niveaux de dépense.

L'analyse du présent rapport permet d'isoler et de quantifier l'effet de chacun des principaux facteurs. Le rapport aborde quatre grandes catégories d'effets, soit les effets de la démographie, des volumes, des prix et de la combinaison de médicaments. On analyse aussi des sous-effets importants.

Au cours d'une année, le poids des facteurs de « poussée » et de « traction » peut varier à cause de changements des tendances du marché, de décisions sur le remboursement, de l'évolution des méthodes de traitement, notamment. Ces facteurs évoluent au fil du temps et peuvent varier entre les régimes d'assurance-médicaments.

Ce rapport est divisé en cinq sections. La section 1 présente les événements récents au niveau des prix et des remboursements. La section 2 contient un aperçu des dépenses en médicaments prescrits et des taux d'utilisation en 2013-2014 pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. La section 3 décrit les tendances quinquennales des dépenses en médicaments prescrits (de l'exercice 2009-2010 à celui de 2013-2014). Les sections 4 et 5 présentent une analyse des facteurs de coût qui induisent les coûts des médicaments et les coûts d'exécution respectivement.



Méthodes

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

Les résultats portent sur tous les régimes provinciaux du SNIUMP, soit les 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 et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que sur le programme d'assurance-médicaments des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada. Les totaux indiqués incluent des données provenant de tous les régimes du SNIUMP. Une description détaillée des régimes qui contribuent à la base de données du SNIUMP est disponible dans le *Document d'information sur les régimes* de l'ICIS².

L'étude analyse les données de 2009-2010 à 2013-2014 et porte surtout sur les taux de variation des dépenses en médicaments prescrits de 2012-2013 à 2013-2014. Les coûts des médicaments, les marges et les coûts d'exécution dont fait état la présente étude constituent les montants que les régimes publics acceptent de rembourser. (Voir le glossaire de l'annexe J, qui contient les définitions des variables du rapport.)

Les résultats déclarés pour la Saskatchewan et le Manitoba incluent les dépenses en médicaments prescrits acceptés pour les personnes admissibles mais qui n'ont pas soumis de demande et, par conséquent, n'ont pas de franchise précise¹. Dans le cas des SSNA, l'analyse exclut les demandes coordonnées avec les régimes publics d'assurance-médicaments des provinces afin d'assurer l'uniformité de la déclaration des données annuelles. Les résultats déclarés dans le cas du Nouveau-Brunswick comprennent le nombre de bénéficiaires actifs inscrits au programme des médicaments prescrits pour les aînés de Croix Bleue Medavie et les dépenses en médicaments connexes, compensées par les primes mensuelles.

L'analyse des inducteurs des coûts des médicaments et des coûts d'exécution suit les démarches méthodologiques décrites dans le rapport du CEPMB intitulé *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments prescrits – un rapport méthodologique*³.

Les analyses de la durée moyenne des ordonnances ainsi que de l'établissement du prix des médicaments génériques sont limitées 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 de l'approvisionnement et du nombre d'unités déclarées dans le cas des formulations non administrées par voie orale.

Les données démographiques sont tirées du *Rapport annuel du programme des services de santé non assurés* et des données du recensement de Statistique Canada de 2007 et 2013.



Les résultats présentés dans ce rapport visent des examens individuels de chaque régime public. Les analyses comparatives entre les régimes sont limitées par les différences aux niveaux de la conception, des caractéristiques démographiques et des profils morbides des bénéficiaires admissibles. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba, par exemple, ont des programmes universels d'assurance-médicaments basés sur le revenu qui assurent une couverture étendue à la population en général. D'autres régimes publics offrent des programmes comportant des structures propres aux personnes âgées, aux bénéficiaires de l'aide au revenu et à divers groupes de patients.

Le Programme des services de santé non assurés offre une couverture universelle aux membres des Premières Nations et aux Inuits du Canada. La population a, aux niveaux de la démographie et de la santé, des profils différents de ceux des groupes remboursés par d'autres régimes publics.

La base de données du SNIUMP inclut des données relatives au sous-régime propre à des administrations en particulier, ce qui limite encore davantage la comparabilité des résultats entre les régimes. Les données relatives à l'Alberta, à la Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, ne saisissent pas certains sous-régimes disponibles dans la plupart des provinces. L'annexe A présente un résumé complet des sous-régimes disponibles dans la base de données du SNIUMP, ainsi que les critères d'admissibilité.

Les totaux relatifs aux régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont très asymétriques dans le cas de l'Ontario à cause de la taille de la province.

Les données sur les dépenses en médicaments prescrits pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP représentent une partie seulement du marché global des produits pharmaceutiques et c'est pourquoi il ne faut pas extrapoler les constatations du présent rapport à l'ensemble du marché canadien. Les dépenses des régimes publics du SNIUMP ont totalisé 9,8 milliards de dollars au cours de l'exercice 2013-2014, ce qui représente 33,4 % des 29,3 milliards de dollars qui ont totalisé les dépenses canadiennes en médicaments prescrits au cours de l'année civile 2013. Au total, les régimes publics ont financé 41,6 % des dépenses en médicaments prescrits au cours de l'année civile 2013 et le reste a été payé par des régimes privés (35,5 %) et directement par les ménages et les particuliers (23,9 %)¹.

Cette édition du rapport *CompasRx* présente des données couvrant jusqu'à l'exercice 2013-2014 inclusivement. Il s'est produit depuis, dans l'environnement canadien, des événements importants qui ne sont pas saisis dans le présent rapport.

Les coûts des médicaments dont il est fait rapport sont des montants que les régimes publics ont accepté de rembourser et ne reflètent pas les ristournes et les remises déduites de la facture ou les réductions de prix découlant des ententes confidentielles portant sur l'inscription de produits.

L'environnement canadien de l'établissement des prix et des remboursements, 2013-2014



La présente section brosse un aperçu des événements provinciaux et fédéraux liés aux dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments et à l'utilisation en 2013-2014.

Régimes publics d'assurance-médicaments : le point sur les initiatives et les politiques

L'information contenue dans cette section provient de sources publiques, y compris le *Document d'information sur les régimes du SNIUMP*² de l'ISIS et le *Provincial Reimbursement Advisor*⁴ d'IMS Brogan.

Prix des médicaments génériques et des médicaments de marque

Depuis 2010, la plupart des gouvernements provinciaux ont mis en œuvre des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques qui en ont fait baisser le prix au Canada et ont permis de réaliser d'importantes économies. En 2013-2014, cinq provinces ont appliqué de nouvelles politiques d'établissement des prix des médicaments génériques. La Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador ont ramené les prix des médicaments génériques à 25 % de ceux des médicaments de marque équivalents tandis que l'Alberta réduisait ce ratio à 18 %, à quelques exceptions près dans le cas de médicaments en particulier.

Dans le cadre des efforts soutenus visant à réduire le coût des médicaments, on a annoncé le lancement de l'Initiative pancanadienne pour des médicaments génériques à prix

concurrentiel. Celle-ci a été mise en œuvre en 2013 (actuellement intitulée l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ou APP). Le 1^{er} avril 2013, les prix de six des médicaments génériques utilisés le plus couramment ont été ramenés à 18 % de ceux des médicaments de marque : atorvastatine, ramipril, venlafaxine, amlodipine, oméprazole et rabéprazole.

Depuis 2013-2014, d'autres politiques ont été mises en œuvre, que ce soit individuellement par les provinces ou collectivement dans le cadre du processus de l'APP. De plus, les provinces et les territoires (à l'exception du Québec) se sont entendus au sujet d'un cadre de tarification par niveaux. Ce cadre établit les prix des produits génériques en fonction du nombre de produits disponibles sur le marché canadien. La tarification par niveaux ne vise pas à annuler les règlements et les politiques en vigueur des provinces. L'annexe B présente un résumé des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques mises en œuvre depuis 2010.

L'APP procède aussi à des négociations provinciales-territoriales communes sur les médicaments de marque pour donner plus de valeur aux programmes publics d'assurance-médicaments du Canada. Au total, 90 négociations communes ou ententes relatives à l'inscription des produits (AIP) portant sur des médicaments de marque étaient terminées ou conclues le 31 janvier 2016. Les prix prévus aux AIP ne sont pas reflétés dans les coûts des médicaments saisis par la base de données du SNIUMP.

Frais d'exécution

Plusieurs provinces ont augmenté leurs frais d'exécution en 2013-2014. La Saskatchewan en a porté le maximum de 10,25 \$ à 10,75 \$ pendant que l'Ontario haussait de 8,40 \$ à 8,62 \$ les frais d'exécution des pharmacies non rurales et fixait ceux des pharmacies rurales entre 9,69 \$ et 12,92 \$. La Nouvelle-Écosse a fait passer les frais d'exécution de 10,90 \$ à 11,05 \$ et l'Île-du-Prince-Édouard les a portés de 11,65 \$ à 12,00 \$.

Des régimes publics peuvent aussi payer les honoraires de services professionnels de pharmacie autres que la distribution de médicaments. Ces honoraires ne se reflètent pas dans les données mentionnées dans la présente étude.

Changements de la conception du régime

L'Île-du-Prince-Édouard a lancé, le 1^{er} octobre 2013, un programme pour les médicaments onéreux qui aide les particuliers ou les familles dont les ordonnances coûtent cher par rapport à leur revenu. Les copaiements par les bénéficiaires sont plafonnés en fonction d'une échelle mobile basée sur le revenu annuel.

L'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont toutes deux lancé, en 2013, des programmes de traitement à pompe d'insuline qui fournissent de l'aide financière aux résidents admissibles vivant avec le diabète type 1.

En Colombie-Britannique, Santé Canada a transféré la gestion et la prestation des programmes des services de santé aux Premières Nations – y compris les médicaments prescrits – à la nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations le 1^{er} octobre 2013. La Colombie-Britannique a aussi rendu d'autres vaccins disponibles par l'entremise de pharmaciens, y compris les vaccins contre la rougeole, les oreillons, l'hépatite et le tétanos.

En juillet 2013, le Nouveau-Brunswick a lancé une *Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement* selon laquelle les pharmacies ont droit à des frais d'exécution une fois aux 28 jours ou plus dans le cas des médicaments pris continuellement (à long terme).

Approbation, examen et évaluation des médicaments et des prix au Canada

Trois institutions fédérales distinctes sont chargées de l'approbation des médicaments, de l'examen des prix et de l'évaluation des technologies de la santé : 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).

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 2013-2014, Santé Canada a délivré 979 AC⁵ (tableau 1.1).

Tableau 1.1 Avis de conformité émis par Santé Canada en 2013-2014

Statut pharmaceutique / biologique	Nbre d'AC	Médicament de marque, médicament générique ou supplément	Nbre d'AC
Médicament d'ordonnance	908	Médicaments de marque	204
		Médicaments génériques	431
Agent biologique	71	Suppléments de médicaments existants*	344
Total	979		

* Une fois qu'un AC initial est émis dans le cas d'un médicament, le ministère peut émettre un AC subséquent pour des raisons comme un changement du nom du médicament, une nouvelle indication ou puissance, un nouveau centre de fabrication ou un nouveau procédé de fabrication du médicament.

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. Il signale aussi les tendances relatives à toutes les dépenses en médicaments et en

recherche-développement effectuées par les titulaires de brevets pharmaceutiques. En 2013, le CEPMB a examiné 115 nouveaux médicaments, qu'il a tous classés en fonction de leur niveau d'amélioration thérapeutique (tableau 1.2).

Tableau 1.2 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, médicaments examinés en 2013 selon le niveau d'amélioration thérapeutique

Niveau d'amélioration thérapeutique	N ^{bre} de médicaments
Découverte	4
Amélioration importante	2
Amélioration modeste	20
Amélioration minime/nulle	85
Catégorie 2*	1
Catégorie 1*	3
Total	115

* Médicaments examinés par le CEPMB avant la mise en œuvre des Lignes directrices de 2010. Les médicaments de la catégorie 2 équivalent aux niveaux découverte et amélioration importante; ceux de la catégorie 1 sont des élargissements de gamme qui équivalent à une amélioration minime ou nulle en vertu des lignes directrices de 2010.

Dans le cadre de son mandat de déclaration, le CEPMB utilise l'indice des prix des médicaments brevetés (IPMB) pour suivre les tendances de leurs prix. L'IPMB mesure la variation annuelle moyenne des prix départ-usine (fabricant) auxquels les brevetés vendent leurs médicaments brevetés sur le marché canadien. Ces prix sont fondés sur les données publiques disponibles et n'incluent pas les ristournes confidentielles. En 2013, l'IPMB a augmenté un peu, soit de 0,5 % en moyenne, ce qui était moins que l'augmentation de 0,9 % de l'inflation mesurée par l'indice des prix à la consommation (IPC)⁶.

Le CEPMB compare les prix des médicaments brevetés canadiens au prix médian d'un panier de sept pays de comparaison (CEPMB7) : France, Italie, Allemagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis. Les prix étrangers moyens dépassaient de 6 % les prix canadiens en 2013, mais le prix élevé des médicaments aux États-Unis a eu un effet important sur cet écart. Les prix au Canada étaient en fait résolument plus élevés qu'au Royaume-Uni,

en France et en Italie, et un peu plus élevés qu'en Suède et en Suisse⁶.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

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 paiements et donner des conseils aux régimes d'assurance-médicaments publics du Canada, sauf à celui du Québec. Les provinces prennent ces recommandations en délibéré lorsqu'elles déterminent les médicaments qui sont inscrits à leur formulaire.

En 2013-2014, le PCEM a formulé 34 recommandations portant sur 29 médicaments et quelques-uns ont fait l'objet de multiples recommandations : tout dépendait de l'indication⁷. Le tableau 1.3 résume les résultats et l'annexe E présente une liste complète des médicaments et des recommandations pertinentes selon l'indication.

Tableau 1.3 Recommandations relatives à l'inscription du Programme commun d'évaluation des médicaments, * 2013-2014

Recommandation	N ^{bre} de recommandations	N ^{bre} de médicaments
Inscrire	0	0
Inscrire avec critères/conditions	18	14
Inscrire avec critères et/ou conditions cliniques	4	4
Ne pas inscrire à la liste au prix soumis	4	4
Ne pas inscrire	8	8
Total	34	29[†]

* L'ACMTS a mis en œuvre les recommandations révisées possibles du Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) le 21 novembre 2012. Ces recommandations portaient notamment sur la création de la catégorie « ne pas inscrire à la liste au prix soumis » et un recours accru aux conditions portant sur le prix dans la catégorie « inscrire avec critères et/ou conditions cliniques ».

† La valeur n'équivaut pas à la somme du nombre de médicaments visés par les recommandations sur l'inscription, car plusieurs médicaments ont fait l'objet de recommandations distinctes portant sur deux indications.



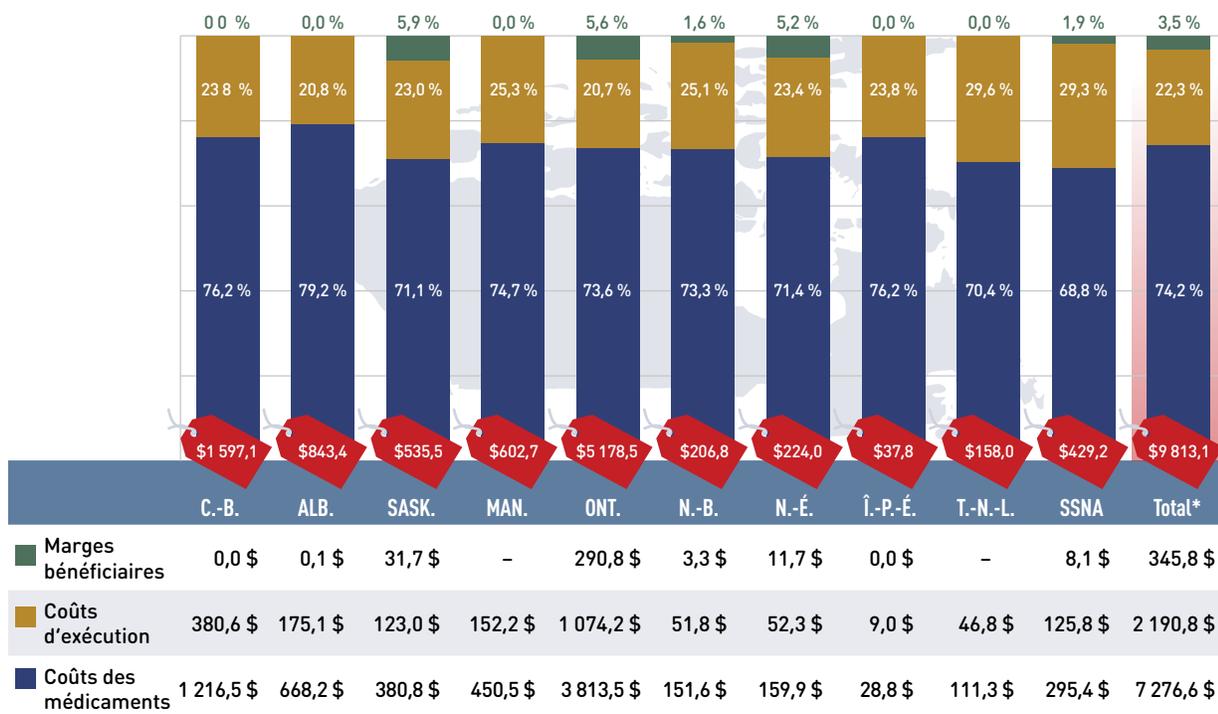
Survol des dépenses en médicaments prescrits et de l'utilisation, 2013-2014

La présente section brosse un tableau sommaire des dépenses en médicaments prescrits et de l'utilisation des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP au cours de l'exercice 2013-2014. Les dépenses indiquées ici incluent les coûts des médicaments, les coûts d'exécution et les marges bénéficiaires, le cas échéant. Ces dépenses reflètent à la fois la partie des coûts payée par le régime et celle que paient les bénéficiaires, comme les copaiements et les

franchises. Elles représentent le montant total que les régimes publics d'assurance-médicaments ont choisi de payer (y compris le montant admissible à l'égard des franchises). Voir à l'annexe A un résumé des concepts de chaque régime en particulier et le glossaire de l'annexe J qui contient une définition des éléments de dépense.

La figure 2.1 illustre les niveaux des dépenses totales en médicaments prescrits des régimes

Figure 2.1 Dépenses en médicaments prescrits dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 (en millions de dollars, part en %)



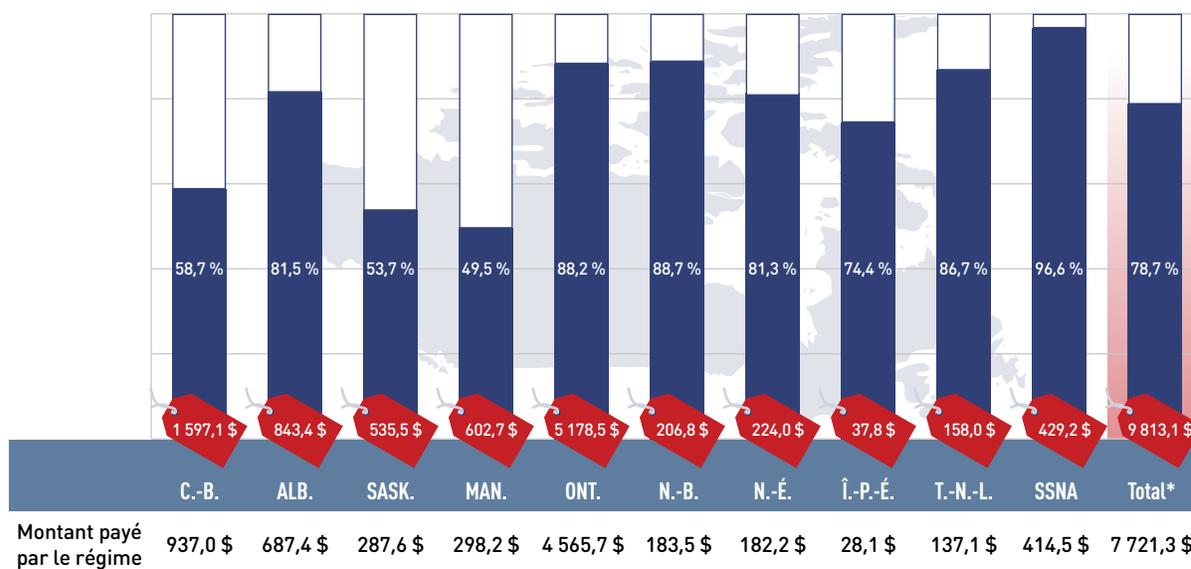
* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments rapportés dans cette figure.

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

Un frais accessoire de gros peut faire partie du coût du médicament ou de l'élément représenté par la marge bénéficiaire, selon les politiques de remboursement propres à chacun des régimes d'assurance-médicaments (voir l'annexe C). Ce fait limite les possibilités de comparaison des tailles relatives de ces deux éléments dans les différents régimes.

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

Figure 2.2 Part des dépenses en médicaments prescrits payée par les régimes pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 (en millions de dollars, part en %)



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

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

publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2013-2014, ventilés entre trois grands éléments : coût des médicaments, coûts d'exécution et marges bénéficiaires.

L'élément coût représente presque les trois quarts (74,2 %) des 9,8 milliards de dollars de dépenses totales en médicaments prescrits. Les coûts d'exécution ont constitué 22,3 % du total et les marges, 3,5 %.

Les niveaux des dépenses en médicaments prescrits diffèrent énormément entre les régimes, principalement à cause des variations du nombre des bénéficiaires, mais la différence reflète aussi leurs profils démographique et morbide, ainsi que les conceptions différentes des régimes. La taille relative de ces éléments varie aussi entre les régimes, ce qui illustre les différences aux niveaux du paiement des marges et des coûts d'exécution, ainsi qu'à ceux de la quantité de médicaments distribués par ordonnance et du choix des médicaments.

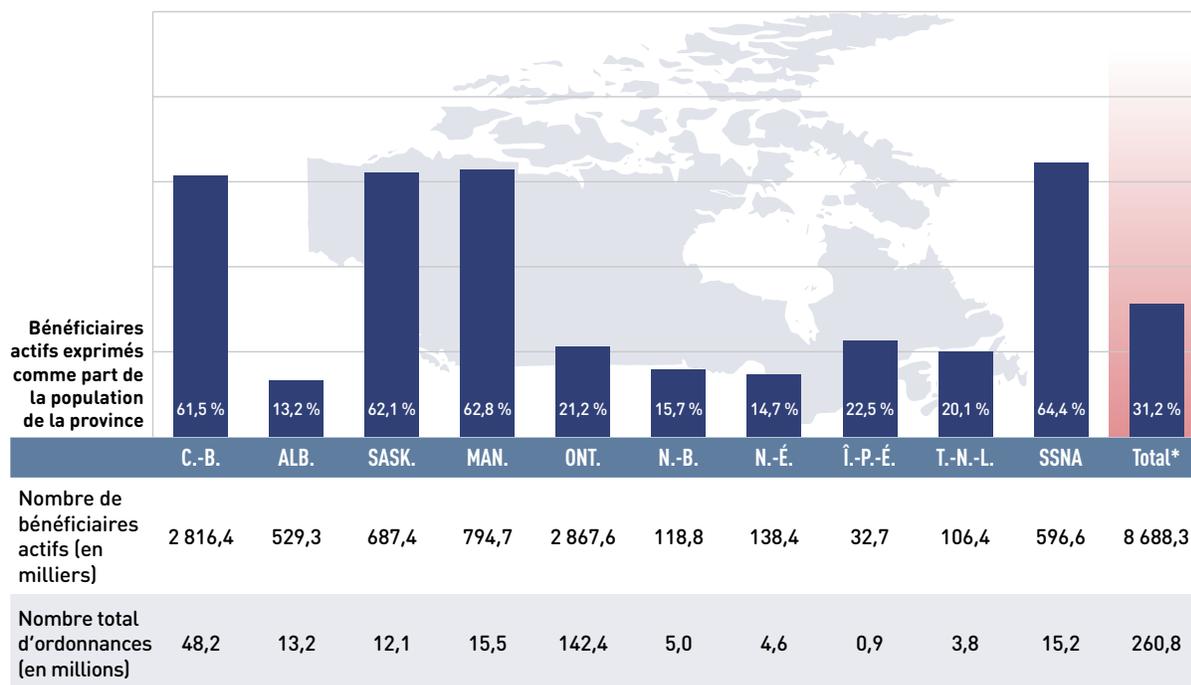
Les annexes C et D résument les politiques régissant les marges et les frais d'exécution des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2013-2014.

Les régimes publics paient une partie des médicaments prescrits présentée à la figure 2.1, tandis que les bénéficiaires paient le reste, que ce soit directement ou par l'intermédiaire d'un assureur privé tiers. La figure 2.2 présente le pourcentage payé par les régimes publics.

Les résultats indiquent que les régimes publics d'assurance-médicaments ont payé 78,7 % du total des dépenses en médicaments prescrits pour leurs bénéficiaires, ce qui inclut les coûts des médicaments, les coûts d'exécution et les marges.

Les variations entre les régimes sont attribuables principalement aux conceptions différentes des régimes et aux structures précises de partage des coûts entre gouvernements et patients (annexe A). Ces différences limitent la comparabilité des résultats entre les administrations. Les régimes publics de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba, par exemple, fournissent à la population générale une couverture basée sur le revenu et les niveaux de dépenses incluent les montants acceptés pour les personnes admissibles à la protection mais qui n'ont pas soumis de demande et n'ont par conséquent pas de franchise précise¹.

Figure 2.3 Nombre de bénéficiaires actifs et nombre connexe d'ordonnances dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014



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

Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, CANSIM Tableau 051-0001; Programme des services de santé non assurés, Rapport annuel, 2013-2014.

La figure 2.3 présente le nombre de bénéficiaires actifs en chiffres absolus et en pourcentage de la population totale de chaque administration en 2013-2014^{8,9}. Elle présente aussi le nombre d'ordonnances qu'on a accepté de payer.

Presque 8,7 millions de bénéficiaires actifs ont fait accepter 260,8 millions d'ordonnances par rapport à une franchise ou pour les faire payer (en totalité ou en partie) par les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP. Ces bénéficiaires représentaient presque le tiers (31,2 %) du total des clients des provinces et des SSNA.

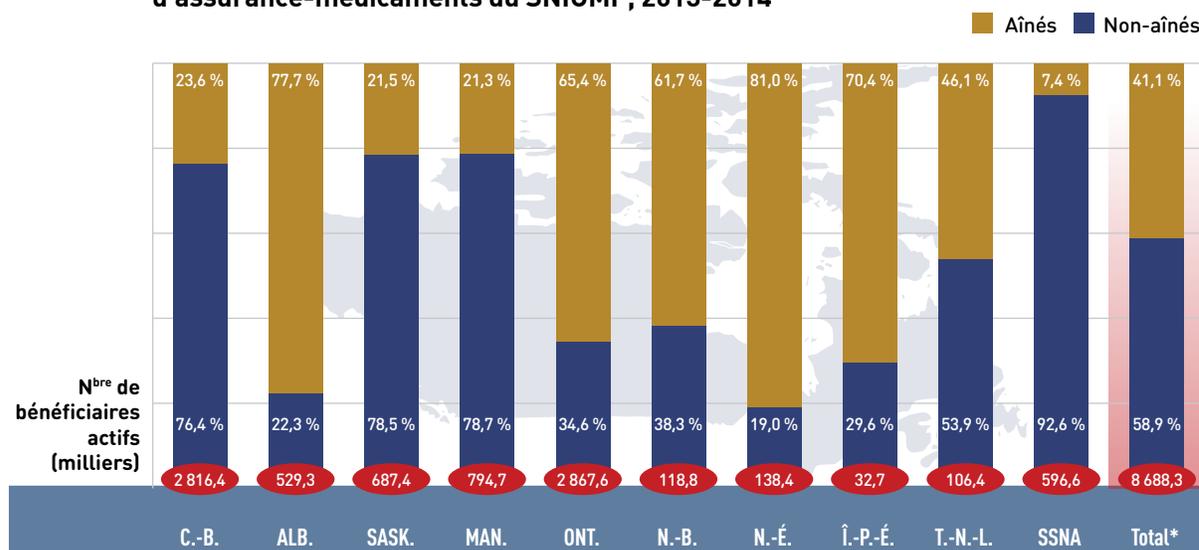
Les variations au niveau du pourcentage de la population que représentent les bénéficiaires actifs sont liées à la conception du régime, ceux de la Colombie-Britannique (61,5 %), de la Saskatchewan (62,1 %) et du Manitoba (62,8 %), qui sont fondés sur le revenu, fournissant une assurance-médicaments à la population générale. D'autres régimes qui couvraient principalement les personnes âgées, les bénéficiaires de l'aide au revenu et divers

groupes de patients comptaient un pourcentage moindre de bénéficiaires actifs, qui variait de 13,2 % à 22,5 % de la population. Ces provinces ont néanmoins payé aussi un pourcentage plus élevé du coût des médicaments prescrits pour leurs bénéficiaires actifs (figure 2.2). Les SSNA affichaient le taux de participation le plus élevé (64,4 %), car ils offraient une couverture universelle à leurs clients.

La figure 2.4 présente les pourcentages des bénéficiaires non aînés et aînés en 2013-2014. Dans l'ensemble, le pourcentage des non-aînés (58,9 %) était plus élevé que celui des aînés (41,1 %).

La répartition au niveau des administrations a varié considérablement, mais seulement à cause de la conception du régime en particulier. Comme on l'a dit, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba ont des régimes basés sur le revenu où le pourcentage des non-aînés est par conséquent relativement élevé (76,4 %, 78,5 % et 78,7 % respectivement). Dans d'autres régimes, le pourcentage des

Figure 2.4 Parts des bénéficiaires actifs non-ânés et âgés dans les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014



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

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

bénéficiaires non âgés a varié de 19,0 % à 53,9 %. Les non-ânés représentaient 92,6 % des bénéficiaires actifs du programme des SSNA, ce qui reflète son profil démographique sans pareil.

L'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ne soumettent pas de données au SNIUMP pour tous leurs sous-régimes. C'est pourquoi il se peut que leurs non-ânés soient sous-représentés.

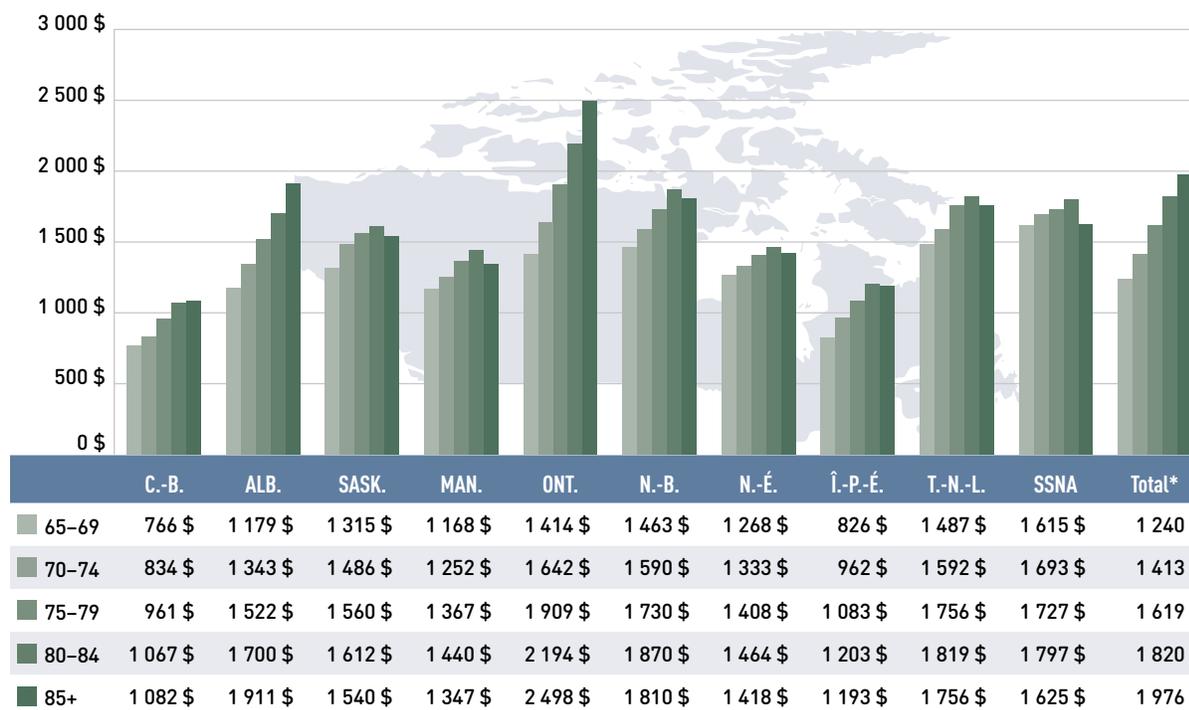
La figure 2.5 présente le coût annuel moyen des médicaments prescrits par bénéficiaire âgé en 2013-2014, stratifiée en bandes d'âge de cinq ans. En limitant les données aux âgés, on élargit la comparabilité entre les régimes.

À quelques exceptions près, les résultats montrent que le coût annuel des médicaments des âgés était plus élevé dans les groupes d'âge plus avancé. Le coût moyen des médicaments pour tous les régimes a varié de 1 240 \$ pour les bénéficiaires de 65 à 69 ans à 1 976 \$ pour ceux de plus de 85 ans, étant donné que les comorbidités et les problèmes chroniques augmentent généralement avec l'âge.

Les coûts annuels des médicaments pour ces groupes d'âge varient un peu entre les administrations, ce qui peut être attribuable aux différences sur les plans des conceptions des régimes, des profils morbides de la population, des médicaments assurés ou des habitudes de prescription. Les coûts annuels des médicaments pour les âgés ont diminué au cours des dernières années à cause de l'arrivée de médicaments génériques et de politiques d'établissement des prix des médicaments généralement utilisés par les bénéficiaires plus âgés. La figure 3.5 analyse plus à fond cette tendance.

La figure 2.6 présente la répartition des bénéficiaires actifs, en 2013-2014, en fonction des coûts annuels de leurs ordonnances : <500 \$, 500 \$-1 000 \$, 1 000 \$-10 000 \$ et 10 000 \$ et plus. La figure 2.6a présente le pourcentage des bénéficiaires actifs dans chacun de ces groupes et la figure 2.6b, la part correspondante des dépenses en médicaments prescrits.

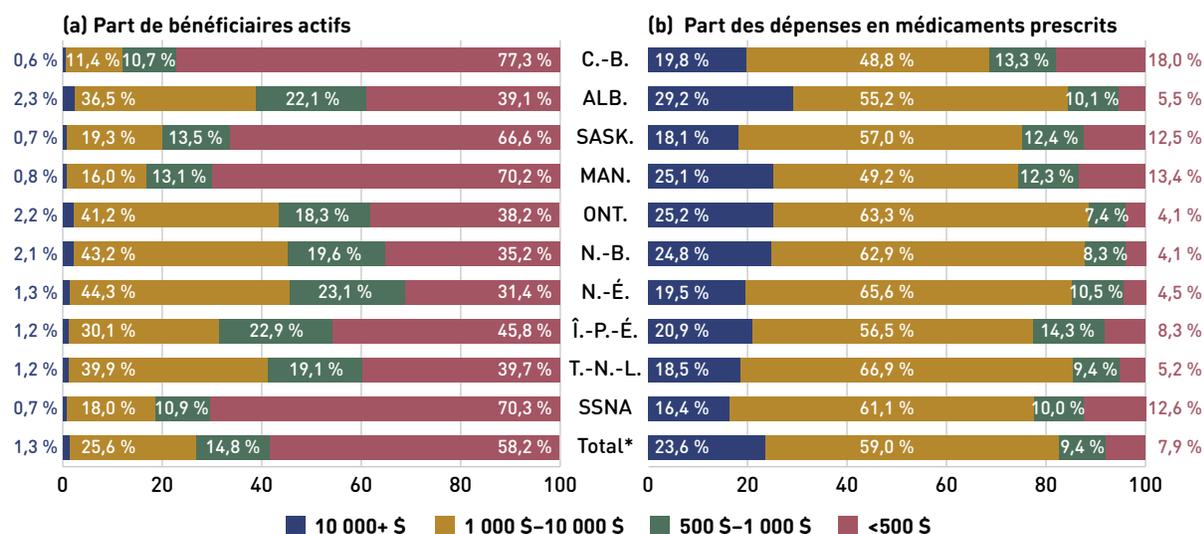
Figure 2.5 Coût moyen annuel des médicaments prescrits par bénéficiaire âgé, par tranche d'âge de cinq ans, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014



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

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

Figure 2.6 Part des bénéficiaires actifs et des dépenses en médicaments prescrits, selon les niveaux annuels du coût des médicaments prescrits individuels, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

Les résultats montrent que les bénéficiaires coûteux, soit ceux dont les ordonnances coûtent 10 000 \$ ou plus par année ont représenté un faible pourcentage du nombre de bénéficiaires actifs, leur pourcentage variant de 0,6 % à 2,3 % selon le régime. Ils ont toutefois englouti un pourcentage disproportionné des dépenses, qui a varié de 16,4 % à 29,2 % entre les régimes publics d'assurance-médicaments. Ces bénéficiaires très coûteux sont plus susceptibles d'avoir des problèmes chroniques,

des comorbidités¹⁰, ou d'avoir besoin de traitements coûteux comme des agents biologiques.

Par ailleurs, ceux dont le traitement coûte moins de 1 000 \$ par année ont représenté la majorité des bénéficiaires actifs et leur pourcentage variait de 54,5 % à 88,0 % selon le régime. Ces bénéficiaires ont constitué un pourcentage relativement faible des dépenses en médicaments prescrits, qui a varié de 11,5 % à 31,3 % du total en 2013-2014.

Tendances des dépenses en médicaments prescrits, 2009-2010 à 2013-2014

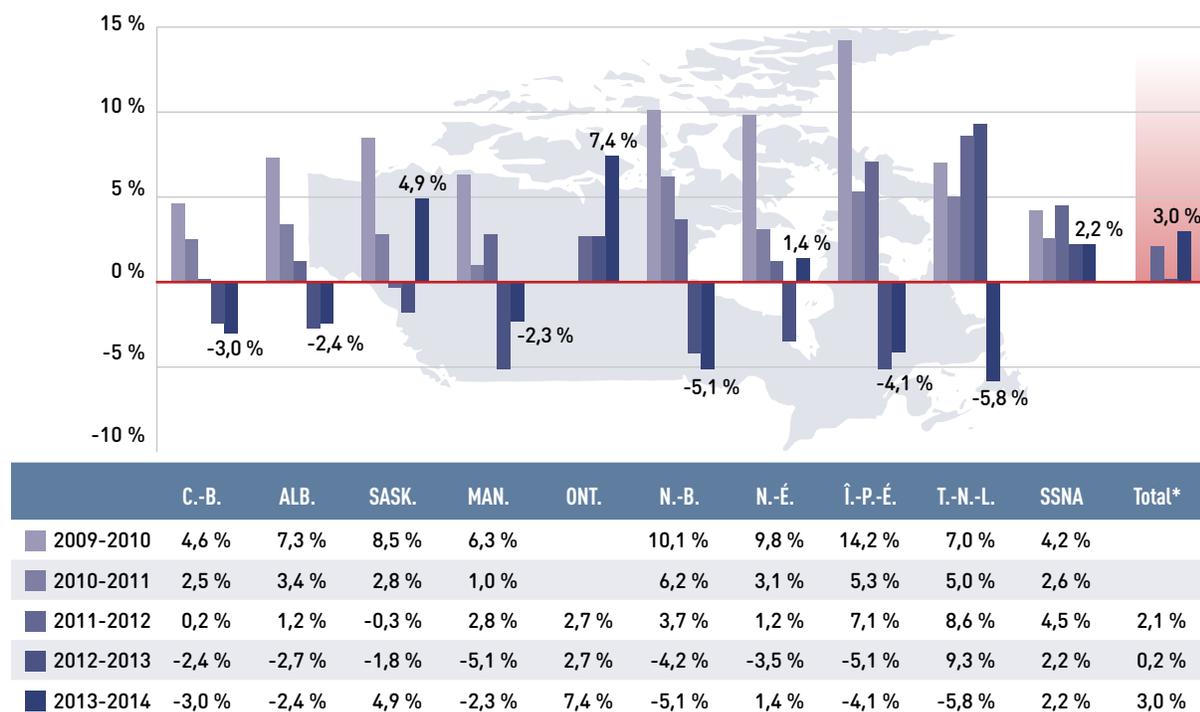


Un examen des tendances récentes des dépenses en médicaments prescrits révèle que le taux de croissance de l'élément coûts d'exécution a dépassé celui de l'élément coûts des médicaments, les coûts d'exécution représentant un pourcentage accru des coûts des ordonnances. En 2013-2014, les niveaux des coûts des médicaments de certains régimes ont continué de reculer, suivant la tendance observée en 2012-2013, mais dans d'autres régimes, cette tendance a toutefois fait volte-face, affichant des taux positifs d'augmentation du coût des médicaments.

La figure 3.1 présente les taux annuels de variation des dépenses en médicaments prescrits de l'exercice 2009-2010 à celui de 2013-2014. La croissance a ralenti considérablement au cours des dernières années, la plupart des régimes publics affichant des taux de changement faiblement positifs ou négatifs.

En 2013-2014, les taux de changement des coûts des ordonnances ont atteint en moyenne 3,0 % pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis, ce qui a dépassé la croissance globale des deux années précédentes (0,2 % en 2012-2013 et 2,1 % en 2011-2012). Plus de la moitié des

Figure 3.1 Taux annuel de variation des dépenses en médicaments prescrits, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



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

Nota : En raison du manque de données disponibles, un nombre limité d'années est déclaré pour l'Ontario.

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

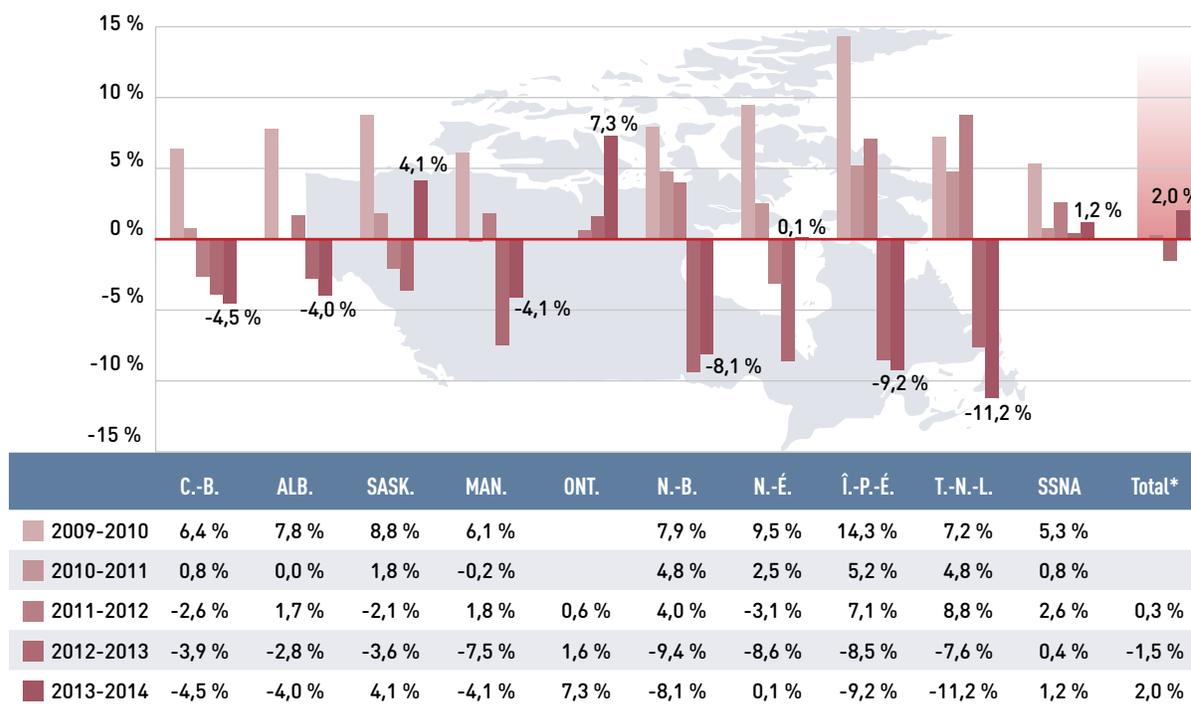
régimes ont affiché des taux négatifs variant de -5,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador à -2,3 % au Manitoba. L'Ontario et la Saskatchewan ont enregistré les taux de croissance les plus élevés à 7,4 % et 4,9 % respectivement, tandis que la Nouvelle-Écosse et le programme des SSNA affichaient des taux faiblement positifs de croissance de 1,4 % et 2,2 % respectivement. Les dépenses en médicaments prescrits déclarées comprennent les coûts des médicaments, les coûts d'exécution et les marges, le cas échéant.

Certains facteurs sont à l'origine de la variation annuelle des dépenses en médicaments prescrits, comme les caractéristiques démographiques, le volume, le prix et la combinaison des médicaments. Les sections 4 et 5 traitent en détail de ces facteurs, et surtout du taux de changement de 2012-2013 à 2013-2014.

La figure 3.2 présente les taux annuels de changement des coûts des médicaments, qui constituent la composante la plus importante des dépenses en médicaments prescrits (74,2 % en 2013-2014, voir figure 2.1).

Les niveaux globaux des coûts des médicaments ont peut-être grimpé de 2,0 % en 2013-2014, mais cette augmentation reflète des taux très diversifiés de croissance entre les régimes publics. Beaucoup de régimes ont maintenu la tendance à la baisse des coûts des médicaments observée au cours des années précédentes. Quelques provinces ont connu des taux positifs de croissance en 2013-2014, contrairement à ce qui s'était passé l'année précédente. L'Ontario a affiché le taux le plus élevé de croissance à 7,3 %, suivi de la Saskatchewan à 4,1 %. Le programme des SSNA et la Nouvelle-Écosse ont enregistré des croissances modestes

Figure 3.2 Taux annuel de variation des coûts des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014

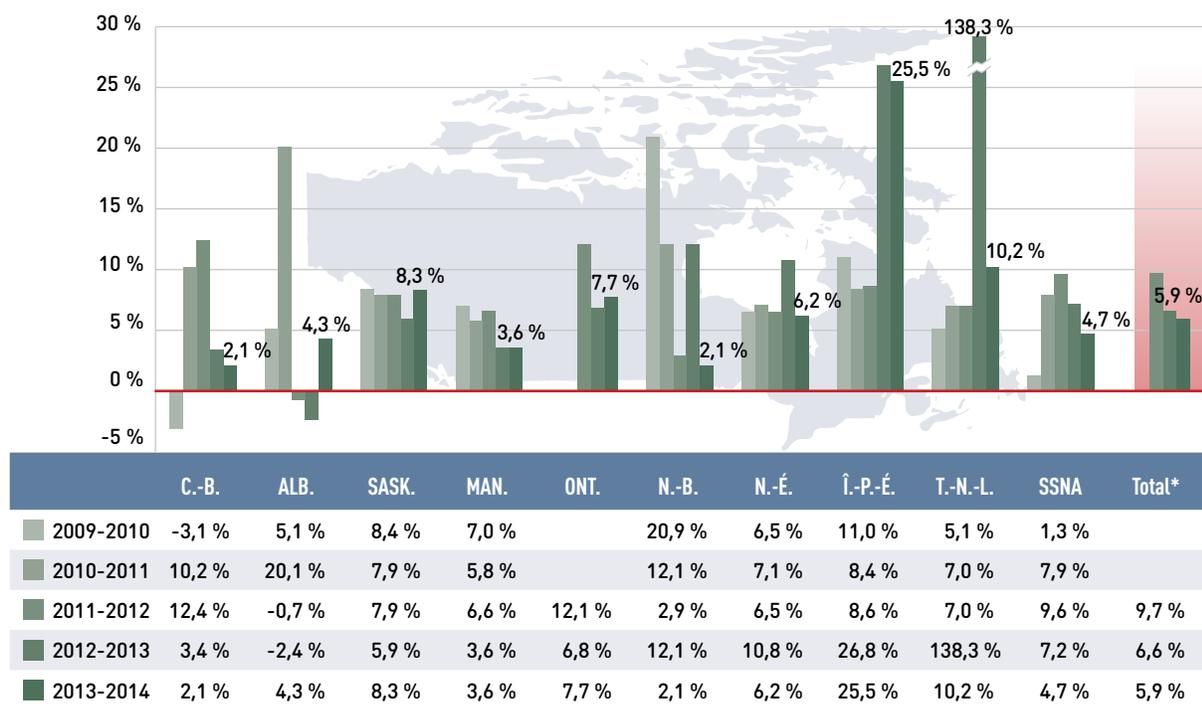


* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments rapportés dans cette figure.

Nota : En raison du manque de données disponibles, un nombre limité d'années est déclaré pour l'Ontario.

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

Figure 3.3 Taux annuel de variation des dépenses pour les frais d'exécution, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



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

Nota : En raison du manque de données disponibles, un nombre limité d'années est déclaré pour l'Ontario.

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

ou à peu près nulles des coûts des médicaments, affichant des taux de 1,2 % et de 0,1 % respectivement. Tous les autres régimes d'assurance-médicaments ont enregistré des taux négatifs de changement des coûts des médicaments, qui ont varié de -4,0 % à -11,2 %.

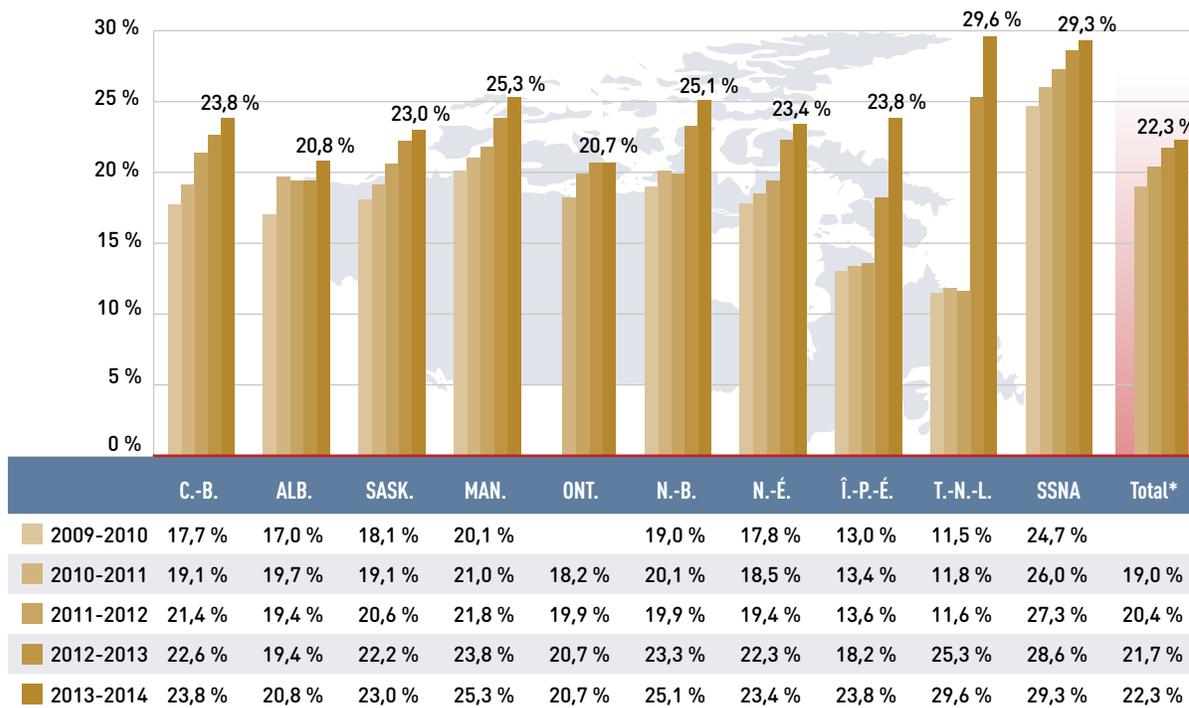
Les changements des coûts des médicaments sont propulsés par plusieurs effets contraires de « poussée » (positifs) et de « traction » (négatifs) qui se sont à peu près annulés au cours des dernières années. La section 4 présente une analyse détaillée des facteurs qui sous-tendent ces tendances.

La figure 3.3 présente les taux annuels de changement de l'élément coûts d'exécution du coût des médicaments prescrits. Contrairement au coût des médicaments, les coûts d'exécution ont augmenté dans tous les régimes publics

d'assurance. En 2013-2014, le taux de changement s'est établi en moyenne à 5,9 % dans le sillage de l'augmentation importante survenue au cours des années précédentes (6,6 % en 2012-2013 et 9,7 % en 2011-2012). L'Île-du-Prince-Édouard a affiché un taux particulièrement élevé d'augmentation à 25,5 %, qui est attribuable principalement à une augmentation des frais d'exécution remboursés par ordonnance (voir la section 5). Les coûts d'exécution ont augmenté considérablement à Terre-Neuve-et-Labrador, en Saskatchewan^{II} et en Ontario : 10,2 %, 8,3 % et 7,7 % respectivement. Les taux d'augmentation des coûts d'exécution d'autres régimes ont varié de 2,1 % au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique à 6,2 % en Nouvelle-Écosse.

^{II} Dans le cas de Terre-Neuve-et-Labrador, l'augmentation importante des frais d'exécution en 2012-2013, soit 138,3 %, a été attribuable à deux changements majeurs : (i) le remboursement des frais d'exécution dans le contexte de la structure de copaiement par les patients du régime 65Plus (annexe A) et (ii) une nouvelle entente conclue avec l'Association des pharmaciens de Terre-Neuve-et-Labrador qui a propulsé les niveaux des frais d'exécution dans le contexte des réductions des prix des médicaments génériques.

Figure 3.4 Coûts d'exécution annuels exprimés en proportion des coûts d'ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



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

Nota : En raison du manque de données disponibles, un nombre limité d'années est déclaré pour l'Ontario.

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

La figure 3.4 présente les coûts d'exécution en pourcentage des coûts totaux des ordonnances selon l'exercice. Les pourcentages des coûts d'exécution ont augmenté considérablement et sans exception au cours des dernières années. Le pourcentage moyen, qui s'établissait à 19,0 % en 2010-2011, atteignait 22,3 % en 2013-2014, ce qui représente une augmentation de 3,3 %. L'augmentation entre 2009-2010 et 2013-2014 a été la plus importante dans deux administrations, soit Terre-Neuve-et-Labrador, où le pourcentage des coûts d'exécution est passé de 11,5 % à 29,6 %, et à l'Île-du-Prince-Édouard, où l'augmentation du pourcentage des coûts d'exécution a atteint 10,8 % au cours de la période à l'étude. Ces augmentations ont été attribuables principalement à des changements des conceptions des régimes et des frais d'exécution payés (voir le tableau 5.1). D'autres administrations ont connu des augmentations dignes de mention, la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick

où le pourcentage des coûts d'exécution a augmenté dans une proportion de 6,0 % à 5,6 % au cours de la période de cinq ans.

Les variations entre les administrations sont attribuables à des différences aux niveaux des frais d'exécution moyens par ordonnance, du nombre de jours prévus à l'ordonnance et de la part de marché occupée par les médicaments de marque et les médicaments génériques dans chaque régime. Les résultats reflètent seulement les frais d'exécution. Les autres services professionnels de pharmacie sont exclus.

La section 5 présente une analyse détaillée des facteurs qui ont eu une incidence sur les coûts d'exécution de 2012-2013 à 2013-2014.

Les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments peuvent varier selon la conception du régime et les profils démographique et morbide des bénéficiaires. Certains régimes couvrent principalement la population âgée et les médicaments onéreux, tandis que d'autres

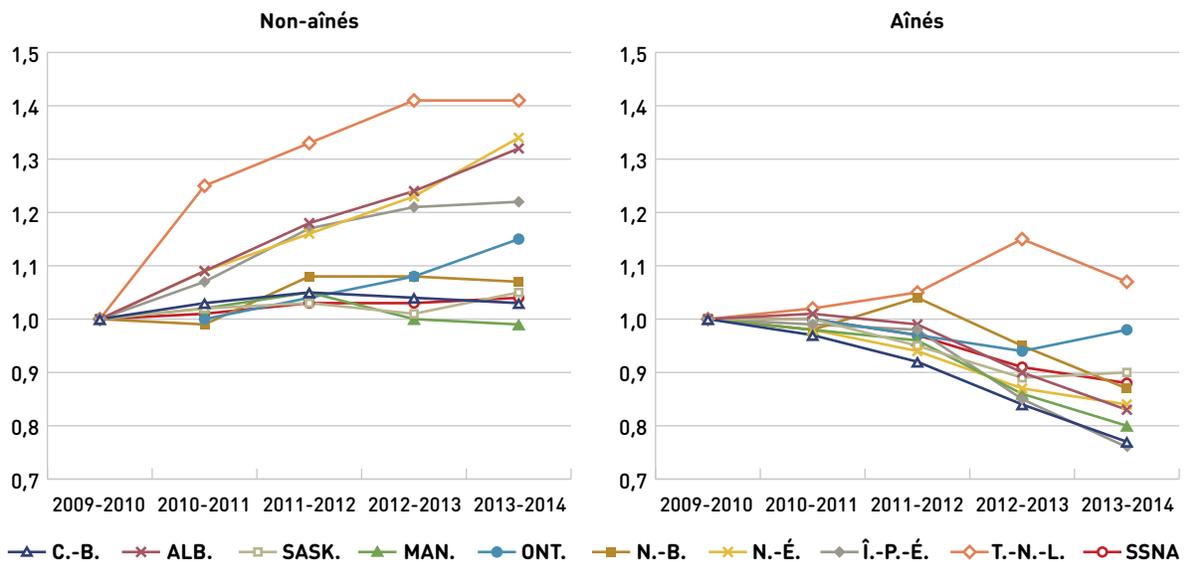
sont basés de façon plus générale sur le revenu. Afin de permettre une plus grande comparabilité entre les régimes, la figure 3.5 présente des rapports distincts sur les tendances du coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire actif chez les non-aînés et les aînés, de 2009-2010 à 2013-2014. On a utilisé un indice pour établir une équivalence entre le coût annuel moyen de chaque régime et pour chaque groupe de patients et la valeur 1 pour l'année de référence 2009-2010. On a calculé ensuite les valeurs des années subséquentes par rapport à l'année de référence.

Les résultats indiquent qu'en général, le coût annuel des pharmacothérapies des bénéficiaires aînés est à la baisse. Ce recul est attribuable principalement à l'utilisation relativement importante qu'ils font des médicaments et a bénéficié du lancement de médicaments génériques et des politiques d'établissement des prix des médicaments génériques. Le régime de Terre-Neuve-et-Labrador est le seul où le coût annuel des ordonnances par bénéficiaire actif chez les aînés a augmenté.

Le coût de traitement des patients non aînés a en revanche augmenté rapidement dans plusieurs provinces, soit en Alberta, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario. Cette augmentation peut être attribuable à celle de l'utilisation des médicaments onéreux comme les agents biologiques et au lancement de nouveaux sous-régimes qui ont étendu l'assurance-médicaments aux non-aînés (p. ex., le Programme d'assurance-médicaments familiale de la Nouvelle-Écosse lancé en mars 2008). Le coût annuel moyen des ordonnances pour les non-aînés a été plus stable dans les régimes de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, ainsi que dans le programme des SSNA, qui couvre une population générale.

La variabilité des résultats à Terre-Neuve-et-Labrador est attribuable à des changements de l'élément frais d'exécution du coût total des ordonnances, qui inclut les honoraires, les coûts des médicaments et la marge. Les coûts afférents aux frais d'exécution ont augmenté

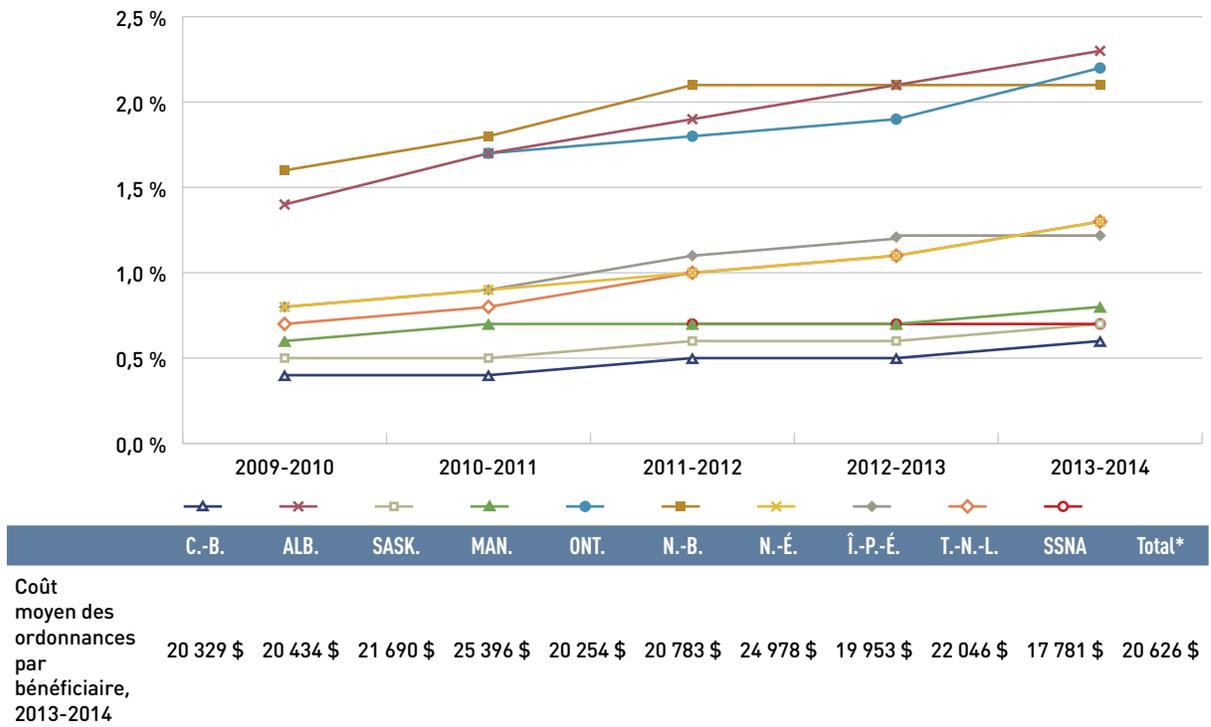
Figure 3.5 Indice du coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire, non-aînés et aînés, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



Nota : En raison du manque de données disponibles, l'indice pour l'Ontario commence en 2010-2011.

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

Figure 3.6 Part des patients dont les coûts annuels des médicaments prescrits s'élevaient à plus de 10 000 \$, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



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

Nota : En raison du manque de données disponibles, un nombre limité d'années est déclaré pour l'Ontario (de 2010-2011 à 2013-2014) et le SSNA (de 2011-2012 à 2013-2014).

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

considérablement en 2012-2013 pour deux raisons : (i) les frais ont été intégrés à la structure de copaiement dans le cas des aînés et (ii) les honoraires payés aux pharmaciens ont augmenté dans le contexte de la réduction des prix des médicaments génériques.

La figure 3.6 présente les tendances du pourcentage des bénéficiaires coûteux dont les médicaments prescrits coûtent plus de 10 000 \$ par année. Les résultats indiquent que même si le pourcentage de ces patients

est relativement modeste (1,3 % entre tous les régimes en 2013-2014, voir la figure 2.6), il augmente graduellement dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments depuis 2009-2010 jusqu'à 2013-2014.

En 2013-2014, le coût annuel moyen des ordonnances par bénéficiaire de ce groupe a varié de 17 781 \$ dans les SSNA à 25 396 \$ au Manitoba.



Les inducteurs des coûts des médicaments, 2012-2013 à 2013-2014

La variation des coûts des médicaments découle d'effets de « poussée » et de « traction » qui s'opposent. L'augmentation du nombre de bénéficiaires, l'utilisation des médicaments et le recours à des médicaments plus coûteux exerceront une pression à la hausse sur les coûts, ce qui crée un effet de poussée, tandis que les substitutions par des médicaments génériques et les réductions de prix exercent un effet de traction à la baisse. L'effet net de ces forces contraires produit le taux global de changement.

Chaque année, l'importance de chacun de ces effets varie et les taux de variation des dépenses en médicaments prescrits évoluent donc au fil du temps et varient entre les régimes publics et privés d'assurance-médicaments.

Cette section du rapport *CompasRx* présente une analyse détaillée des inducteurs de coût qui révèle les pressions les plus importantes qui s'exercent sur les coûts, en mesure l'incidence sur les niveaux des coûts des médicaments et traite des facteurs déterminants des tendances des coûts, de l'établissement des prix et de l'utilisation dans les régimes publics.

Cette édition du rapport porte avant tout sur les taux de changement des dépenses totales en médicaments de l'exercice 2012-2013 à 2013-2014 et inclut des données provenant de deux régimes publics supplémentaires, soit ceux de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador, qui n'étaient pas inclus dans la première édition. C'est pourquoi les résultats présentés pour le total de tous les régimes d'assurance-médicaments dans les deux éditions ne se comparent pas directement. Les comparaisons individuelles entre régimes

demeurent toutefois pertinentes et l'interprétation des tendances générales, appropriée.

On analyse quatre grandes catégories d'effets et leurs sous-effets correspondants.

Effets des prix

- **Effet du changement des prix** – changements des prix des médicaments de marque et des médicaments génériques
- **Effet de la substitution par des médicaments génériques** – remplacement de médicaments de marque par des médicaments génériques

Effets démographiques

- **Effet de la population** – changement du nombre de bénéficiaires actifs
- **Effet du vieillissement** – changement de la répartition de la population selon le groupe d'âge
- **Effet du sexe** – changement de la répartition de la population selon le sexe

Effets du volume

- **Effet du volume des ordonnances** – changement du nombre d'ordonnances remplies pour des patients
- **Effet de la taille de l'ordonnance** – changement du nombre moyen d'unités des médicaments distribués par ordonnance
- **Effet du dosage et de la forme galénique** – changement de l'utilisation de divers dosages ou formes galéniques de l'ingrédient

Effets de la combinaison de médicaments^{III}

- changement de l'utilisation des médicaments.

On a calculé chacun de ces effets en supposant que tous les autres effets demeuraient constants pendant les périodes d'analyse. Les résultats permettent de répondre à la question suivante :

Dans quelle mesure les coûts des médicaments des régimes publics auraient-ils changé en 2012-2013 et 2013-2014 si un seul facteur (p. ex., le prix des médicaments) avait changé pendant que tous les autres demeuraient stables?



En réalité, de multiples facteurs changent simultanément, ce qui produit un effet résiduel ou croisé que l'on présente aussi pour expliquer le changement total.

La figure 4.1 présente le taux de changement des coûts des médicaments dans les régimes publics d'assurance-médicaments choisis au cours des exercices 2012-2013 à 2013-2014, selon les quatre grandes catégories d'effet. Le graphique de barres et le tableau connexe illustrent les répercussions de chaque effet en changement procentuel et absolu du coût des médicaments respectivement.

Le taux global de changement des coûts des médicaments dans tous les régimes a atteint 2,0 % ou 144,5 millions de dollars en chiffres absolus, mais il existe d'importantes variations entre les administrations, certains régimes comme ceux du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador affichant d'importants taux de changement négatifs. L'effet net dissimule les éléments sous-jacents du changement et

à cause de sa taille, l'Ontario exerce une lourde influence sur le taux de changement total.

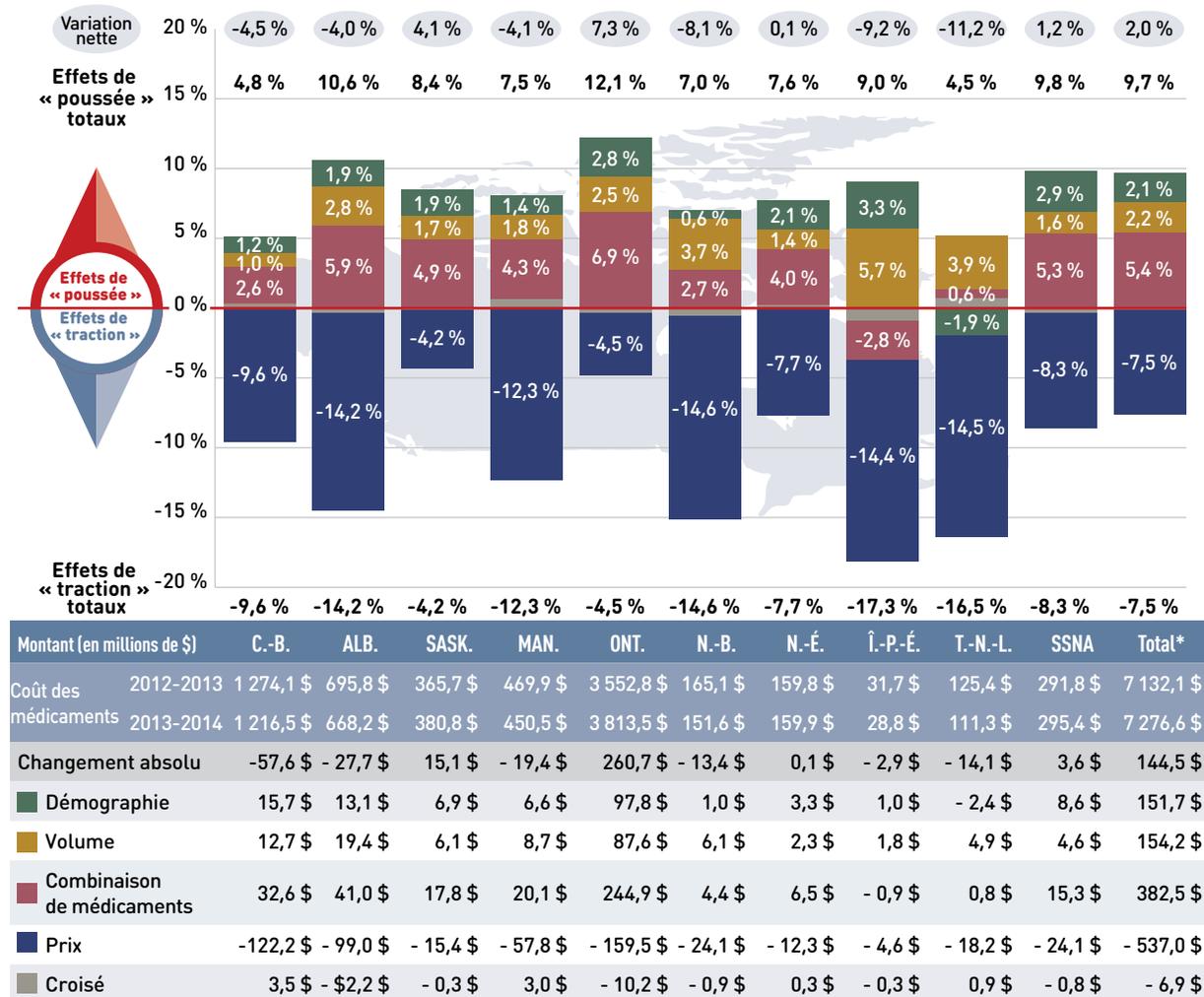
Les effets des prix ont exercé la « traction » la plus importante sur les niveaux des coûts des médicaments, la mise en œuvre de réductions de prix et de substitutions par des médicaments génériques entraînant des économies importantes pour les régimes publics. Si tous les autres facteurs n'avaient pas changé, la réduction des prix des médicaments et le remplacement de produits de marque plus coûteux par des produits génériques meilleur marché auraient réduit le coût des médicaments de 7,5 % en moyenne (537,0 millions de dollars) en 2013-2014. Il convient de signaler que les effets des prix ont exercé une traction moins marquée sur les coûts des médicaments en 2013-2014 (-7,5 %) qu'en 2012-2013 (-9,2 %) ¹¹.

Par ailleurs, les effets des caractéristiques démographiques, du volume et de la combinaison du panier de médicaments ont exercé une « poussée » importante, ce qui a propulsé les coûts des médicaments. Pour la plupart des régimes, ces effets de poussée ont englouti la majeure partie ou la totalité des économies découlant de substitutions par des médicaments génériques et des réductions de prix. S'il n'y avait pas eu d'effets liés aux prix, l'incidence combinée des augmentations du nombre de bénéficiaires actifs, du volume des médicaments utilisés et de l'utilisation de médicaments plus onéreux aurait fait grimper les coûts des médicaments de 9,7 % en moyenne (688,4 millions de dollars) en 2012-2013.

Ces effets ont exercé une poussée plus marquée sur les coûts des médicaments en 2013-2014 (9,7 %) qu'en 2012-2013 (8,5 %) ¹¹, principalement lorsque l'effet de la combinaison de médicaments a été plus fort en 2013-2014 (5,4 % ou 382,5 millions de dollars) que l'année précédente (4,1 %). Les effets de la

^{III} Il est possible d'analyser plus à fond ces effets en fonction de celui du médicament existant (changement d'utilisation de médicaments disponibles autant en 2012-2013 qu'en 2013-2014), de celui de nouveaux médicaments (changement d'utilisation de médicaments arrivés sur le marché en 2013-2014) et de l'effet du retrait du médicament (changement d'utilisation de médicaments qui ont quitté le marché en 2013-2014). L'édition précédente de *CompasRx* présente une ventilation des résultats selon les sous-effets, mais les détails supplémentaires fournissaient des explications limitées. La présente édition du rapport porte avant tout sur l'effet de la combinaison de médicaments à un niveau élevé et ne présente pas les sous-effets.

Figure 4.1 Taux de variation des coûts des médicaments par effet « démographie », « volume », « prix » et « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

démographie et des volumes ont propulsé les coûts des médicaments de 2,1 % (151,7 millions de dollars) et de 2,2 % (154,2 millions de dollars) respectivement en 2013-2014. L'effet croisé combiné s'est établi à -0,1 % (-6,9 millions de dollars).

Dans les sections qui suivent, nous examinons plus en détail chacune des grandes catégories d'effet.

4.1 Effets des prix

Il est possible de subdiviser la catégorie générale des effets des prix pour saisir l'incidence précise des effets liés au changement des prix et à la substitution par des médicaments génériques. Ces effets ont exercé une traction importante sur les niveaux des coûts des médicaments en 2013-2014, ce qui a permis aux régimes publics d'assurance-médicaments de réaliser des économies importantes.

Effet des changements de prix

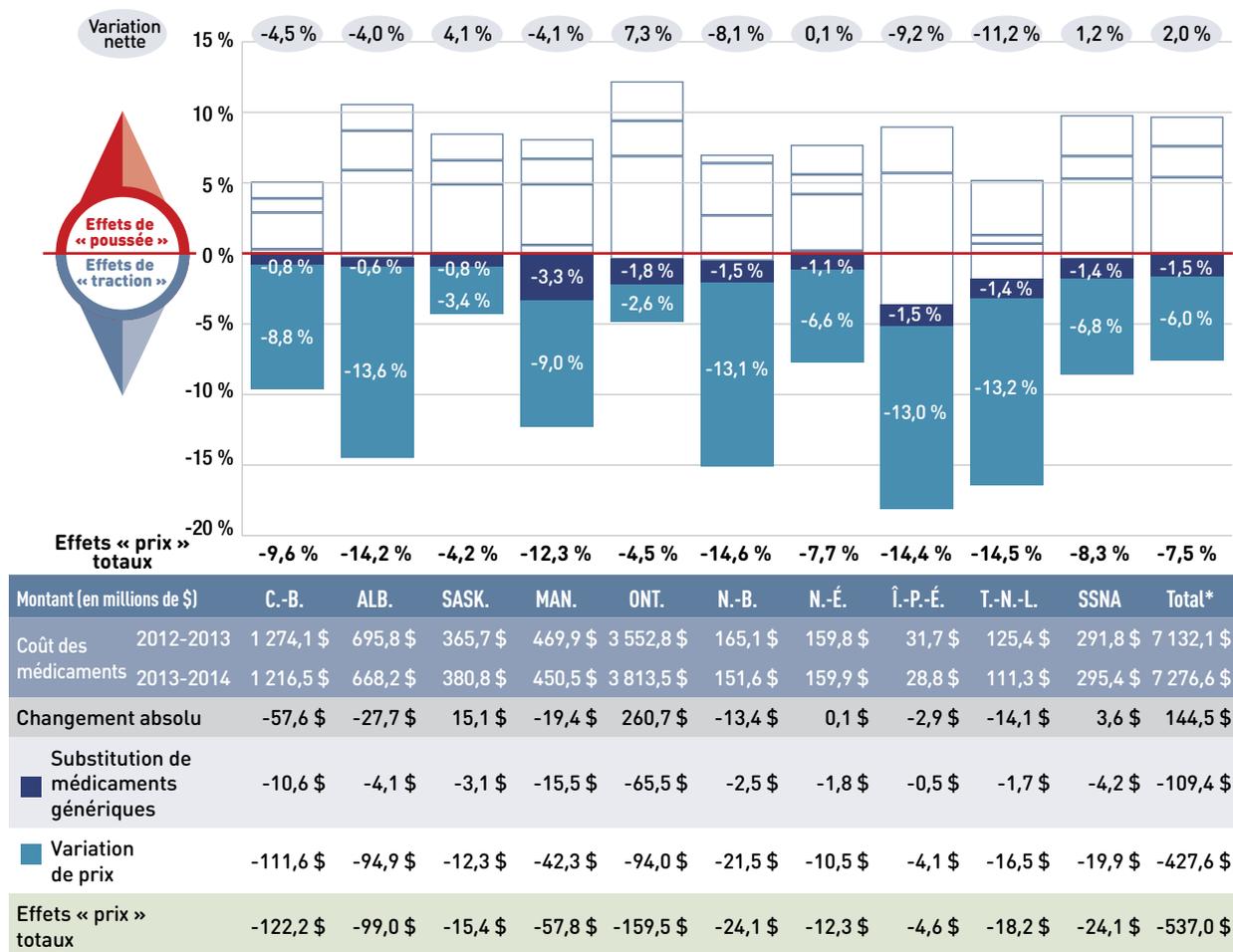
Cet effet saisit l'incidence des changements des prix des médicaments et est déterminé au niveau du dosage, de la forme galénique et de l'utilisation de médicaments de marque ou de médicaments génériques. Il peut avoir une incidence positive (augmentation) ou négative (diminution) sur les coûts des médicaments. Par exemple, les récentes réformes des prix des médicaments génériques qui ont fait baisser les prix auraient exercé, sur les coûts des médicaments, un effet négatif lié au changement de prix. Dans cette analyse, on mesure les prix des médicaments comme étant le coût unitaire moyen que les régimes acceptent de rembourser.

Effet de la substitution par des médicaments génériques

Cet effet illustre l'incidence des changements de l'utilisation et du remplacement de produits de marque plus coûteux par des produits génériques meilleur marché, ce qui a eu une incidence négative (réduction) sur les coûts des médicaments.

La figure 4.1.1 présente le taux de changement des coûts des médicaments de 2012-2013 à 2013-2014 et porte avant tout sur les deux effets liés aux prix : changement des prix et substitution par des médicaments génériques. Le graphique de base et le tableau qui

Figure 4.1.1 Taux de variation des coûts des médicaments imputables aux effets « prix », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

l'accompagne illustrent les incidences annuelles de chaque effet comme changement relatif et absolu du coût des médicaments.

Les effets liés aux prix ont exercé, sur les coûts des médicaments, une traction à la baisse qui a atteint 7,5 % en 2013-2014, ce qui a réduit de 537,0 millions de dollars les coûts des médicaments pour les régimes publics du SNIUMP. Ce repli est attribuable principalement à des réductions des prix des médicaments génériques, qui ont exercé une traction de 6,0 % sur les coûts, mais aussi à la substitution par des médicaments génériques qui a fait baisser les coûts de 1,5 %. Les effets liés aux prix ont été moins marqués en 2013-2014 (-7,5 %) qu'en 2012-2013 (-9,2 %) ¹¹, à cause principalement de la diminution des économies réalisées à la suite de la substitution par des médicaments génériques.

L'impact de l'effet lié aux changements de prix varie entre les régimes à cause de différences aux niveaux du moment de l'application des réformes des médicaments génériques, de l'ordre de grandeur des diminutions des prix des médicaments génériques et de leur taux d'utilisation. L'effet des changements de prix a été plus marqué en 2013-2014 (-6,0 %) qu'en 2012-2013 (-2,0 %) ¹¹, car plusieurs régimes ont mis en œuvre d'importantes politiques d'établissement des prix des médicaments génériques en 2013-2014. Les provinces et les territoires ont en outre réduit collectivement, par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) ¹², les prix de six médicaments génériques d'usage courant pour les ramener à 18 % de ceux des médicaments de marque à compter du 1^{er} avril 2013 (annexe B).

Les régimes publics de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ont réduit les prix des médicaments génériques pour les ramener de niveaux variant de 35 % à 45 % du prix de référence des médicaments de marque à 25 %. L'Alberta a réduit encore davantage les prix des médicaments génériques en 2013-2014 pour les porter à 18 % de

ceux des médicaments de marque, à quelques exceptions près portant sur des médicaments en particulier. Ces réductions de prix, ainsi que celles qu'a permis de réaliser l'APP, ont exercé d'importantes tractions à la baisse en 2013-2014, qui ont varié de -8,8 % à -13,6 % entre ces régimes.

L'Ontario, qui a été la première province à ramener les prix des médicaments génériques à 25 % de ceux des médicaments de marque en 2010, a affiché les réductions les plus faibles découlant des diminutions des prix des médicaments génériques en 2013-2014. L'effet du changement de prix, qui atteint -2,6 %, découle fort probablement des diminutions des prix des médicaments génériques réalisées par l'intermédiaire de l'APP.

L'effet de la substitution par des médicaments génériques (remplacement de médicaments de marque par des médicaments génériques moins coûteux) a eu moins d'impact en 2013-2014 (-1,5 %) qu'en 2012-2013 (-7,2 %) ¹¹. Le changement modeste reflète l'effet résiduel des réductions des coûts des médicaments génériques très populaires qui sont arrivés sur le marché au cours des années précédentes, car on a lancé seulement quelques médicaments génériques relativement mineurs en 2013-2014. Cette période marque la fin de l'influence de la « chute des brevets », car le brevet de la plupart des médicaments de marque les plus gros vendeurs sont déjà expirés.

Les chiffres supplémentaires présentés dans cette section constituent des statistiques à l'appui des indices de prix, du pourcentage des ordonnances et des coûts des médicaments que représentent les médicaments génériques, et des économies réalisées par les médicaments génériques pour les régimes publics.

Les figures 4.1.2a, b et c illustrent les tendances du coût unitaire moyen des médicaments génériques à fournisseurs multiples, des médicaments brevetés et des médicaments non brevetés à fournisseur unique de 2009-2010 à 2013-2014 (voir, au glossaire de l'annexe J, la définition des segments de marché). Les résultats sont présentés sous forme d'indice.

Figure 4.1.2 Indice du coût unitaire moyen des médicaments génériques, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014

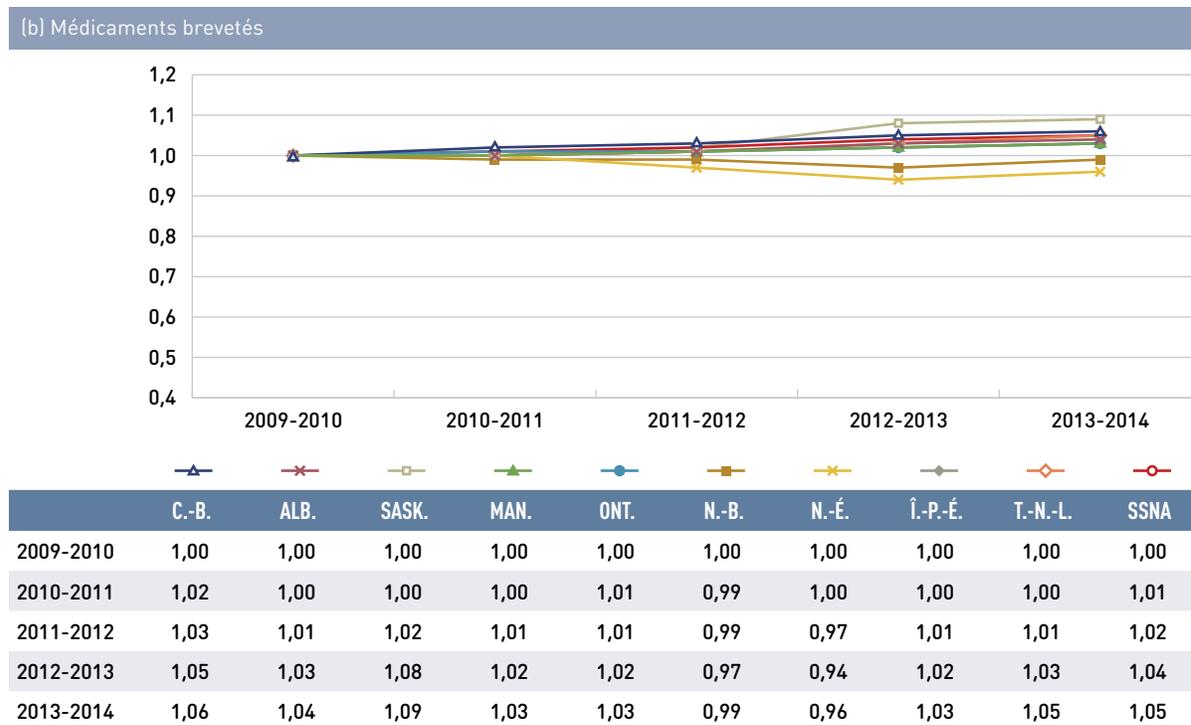
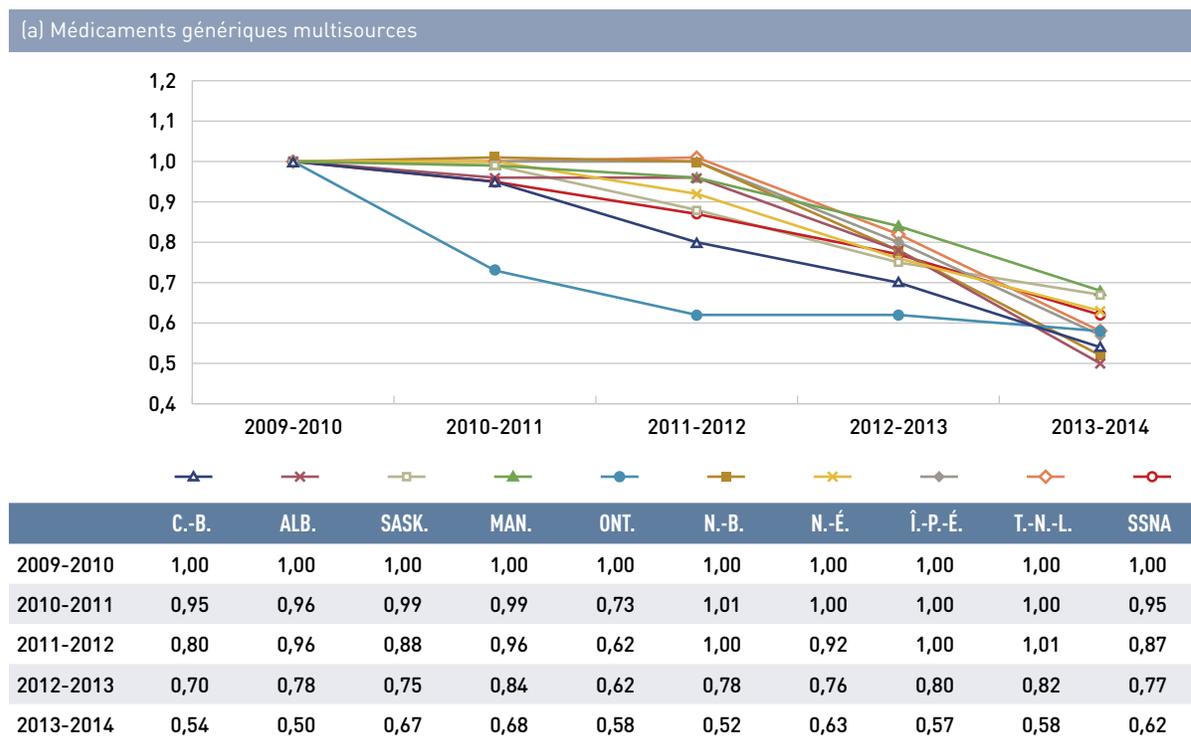
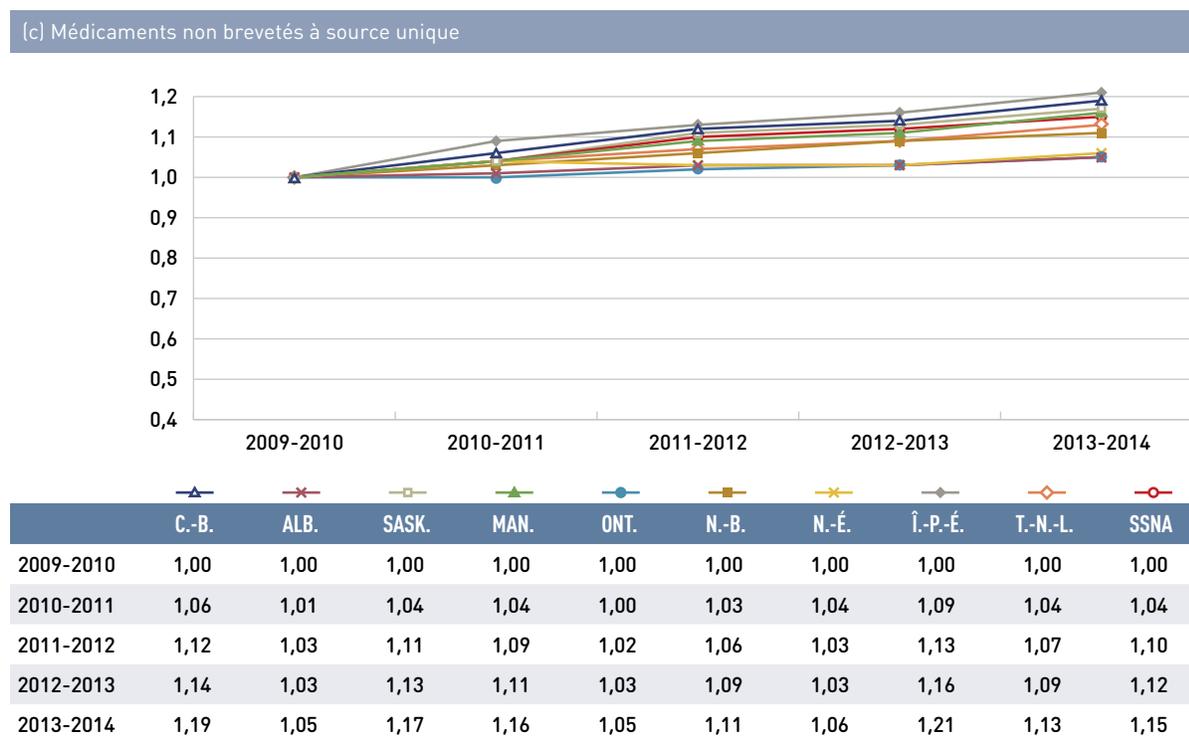


Figure 4.1.2 Indice du coût unitaire moyen des médicaments génériques, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014 (suite)



Nota : Le coût unitaire moyen remboursé a été utilisé pour calculer l'indice. L'analyse se limitait aux formes solides par voie orale.

Sources des données : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; base de données du CEPMB colligée au niveau du DIN.

On crée l'indice en donnant aux prix de chaque régime la valeur 1 en 2009-2010 et calculant la moyenne, pondérée du coût des changements, du coût unitaire moyen de chaque médicament. Cette approche ressemble à celle qu'utilise Statistique Canada pour calculer l'indice des prix à la consommation. Nous avons limité la présente analyse aux formulations solides administrées par voie orale afin d'assurer l'uniformité des déclarations sur les coûts unitaires.

Dans le modèle des inducteurs de coût, l'effet des changements de prix découle principalement des réductions du coût unitaire moyen payé pour des médicaments génériques à multiples fournisseurs, car les prix des médicaments brevetés ont augmenté légèrement au cours des cinq dernières années. Les prix des médicaments non brevetés à fournisseur unique ont augmenté

considérablement pour certains régimes publics comme ceux de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Île-du-Prince-Édouard, mais ce segment de marché est relativement modeste.

Les résultats relatifs au marché des médicaments génériques à fournisseurs multiples (figure 4.1.2.a) montrent que les prix des médicaments génériques ont dégringolé rapidement en Ontario à compter de 2010-2011 et que la même tendance a fait son apparition dans les autres régimes à compter de 2011-2012. Cette baisse reflète le moment de la mise en œuvre des réformes des prix des médicaments génériques (voir l'annexe B). Les diminutions des prix moyens des médicaments génériques ont varié de 32 % à 50 %, selon le régime, de 2009-2010 à 2013-2014.

La figure 4.1.3 illustre les tendances du pourcentage des ordonnances totales et des coûts des médicaments représentées par les médicaments génériques de 2009-2010 à 2013-2014.

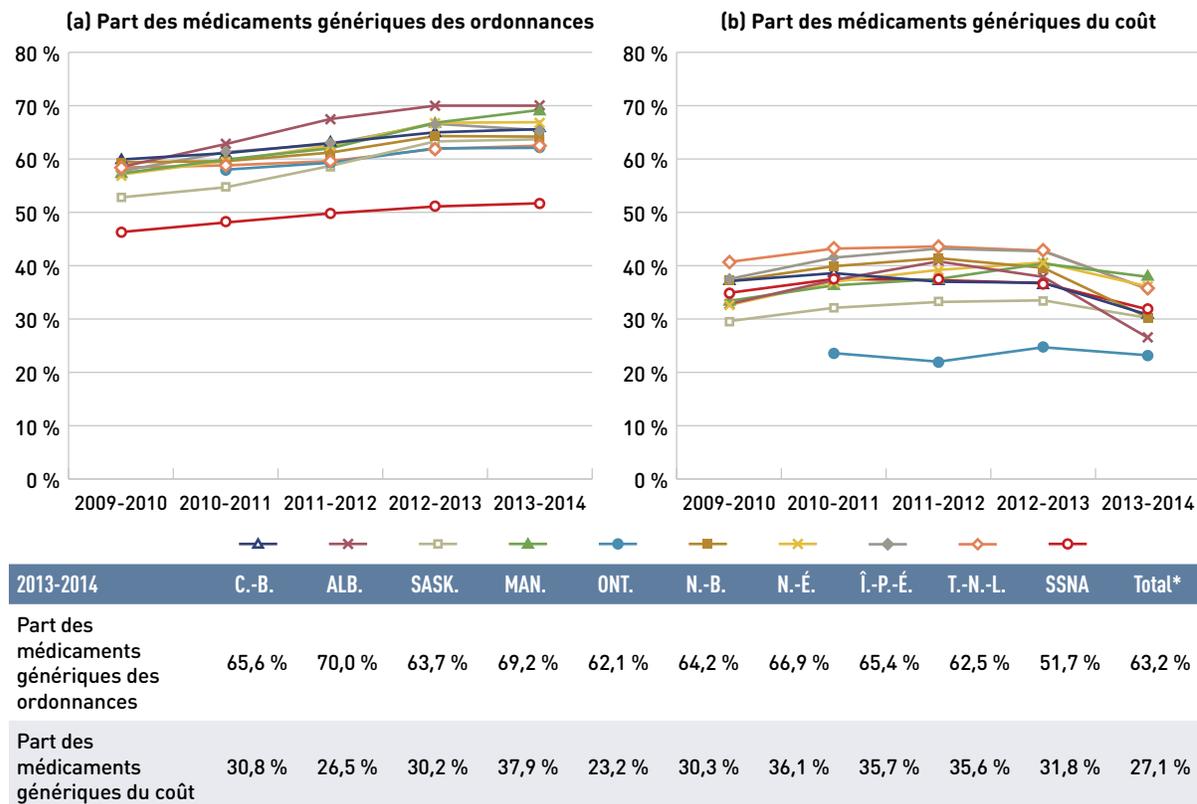
Dans le modèle des inducteurs de coût, l'effet négatif de la substitution par des médicaments génériques sur les coûts des médicaments découle de l'augmentation de la part de marché occupée par les médicaments génériques.

Les résultats présentés dans la figure 4.1.3a révèlent une augmentation marquée du pourcentage des ordonnances de médicaments génériques dans les régimes publics d'assurance-médicaments choisis : partant de planchers

atteignant de 52,8 % (SK) à 59,9 % (CB) en 2009-2010, les pourcentages ont grimpé pour atteindre de 62,1 % (ON) à 70,0 % (AB) en 2013-2014. La part de marché des médicaments génériques a été la plus basse dans les SSNA, passant de 46,3 % en 2009-2010 à 51,7 % en 2013-2014.

En guise de comparaison, la part des coûts des médicaments représentée par les médicaments génériques (4.1.3b) a diminué considérablement pour tous les régimes publics d'assurance à cause de politiques de réduction des prix des médicaments génériques (voir l'annexe B). Plusieurs administrations ont connu, de 2012-2013 à 2013-2014, une baisse marquée qui a coïncidé avec la réforme des politiques sur

Figure 4.1.3 Part des médicaments génériques des ordonnances et du coût des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



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

Nota : En raison du manque de données disponibles, les résultats pour 2009-2010 ne sont pas déclarés pour l'Ontario.

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

les médicaments génériques : Alberta : -11,4 %; Nouveau-Brunswick : -9,3 %; Terre-Neuve-et-Labrador : -7,2 %; Île-du-Prince-Édouard : -7,0 % et Colombie-Britannique : -6,0 %.

Les différences des parts de marché occupées par les médicaments génériques au Canada dépendent de nombreux facteurs, notamment le profil morbide des populations, les habitudes de prescription, la couverture des produits de marque et les niveaux des prix des médicaments génériques.

4.2 Effets de la démographie

Les effets de la démographie comprennent les sous-effets suivants : l'effet de la population, celui du vieillissement et celui du sexe. En 2013-2014, les effets démographiques combinés ont exercé une légère poussée sur les niveaux des coûts des médicaments.

Effet de la population

Cet effet saisit la mesure dans laquelle un changement du nombre de bénéficiaires actifs contribue à faire changer les coûts des médicaments. Il convient de signaler que pour les bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments, cet effet peut aussi saisir une composante vieillissement, car les gens deviennent admissibles à la couverture lorsqu'ils deviennent des aînés.

Effet du vieillissement

Cet effet saisit l'impact de changements de la répartition de la population selon les groupes d'âge. On établit généralement un lien entre une population plus âgée et une augmentation de la consommation de médicaments et de leur coût (figure 2.5). Les virages démographiques vers une population plus âgée ou plus jeune peuvent donc augmenter ou réduire légèrement les dépenses en médicaments respectivement.

Effet du sexe

Cet effet saisit l'impact de changements de la répartition de la population selon le sexe. Cet effet est minime sauf en cas de changements majeurs.

La figure 4.2.1 présente le taux de changement des coûts des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis de 2012-2013 à 2013-2014 et met l'accent sur les trois effets de la démographie : population, vieillissement et sexe. Le graphique de barres et le tableau connexe qui suivent présentent les impacts annuels de chaque effet sous forme de changement relatif et absolu du coût des médicaments.

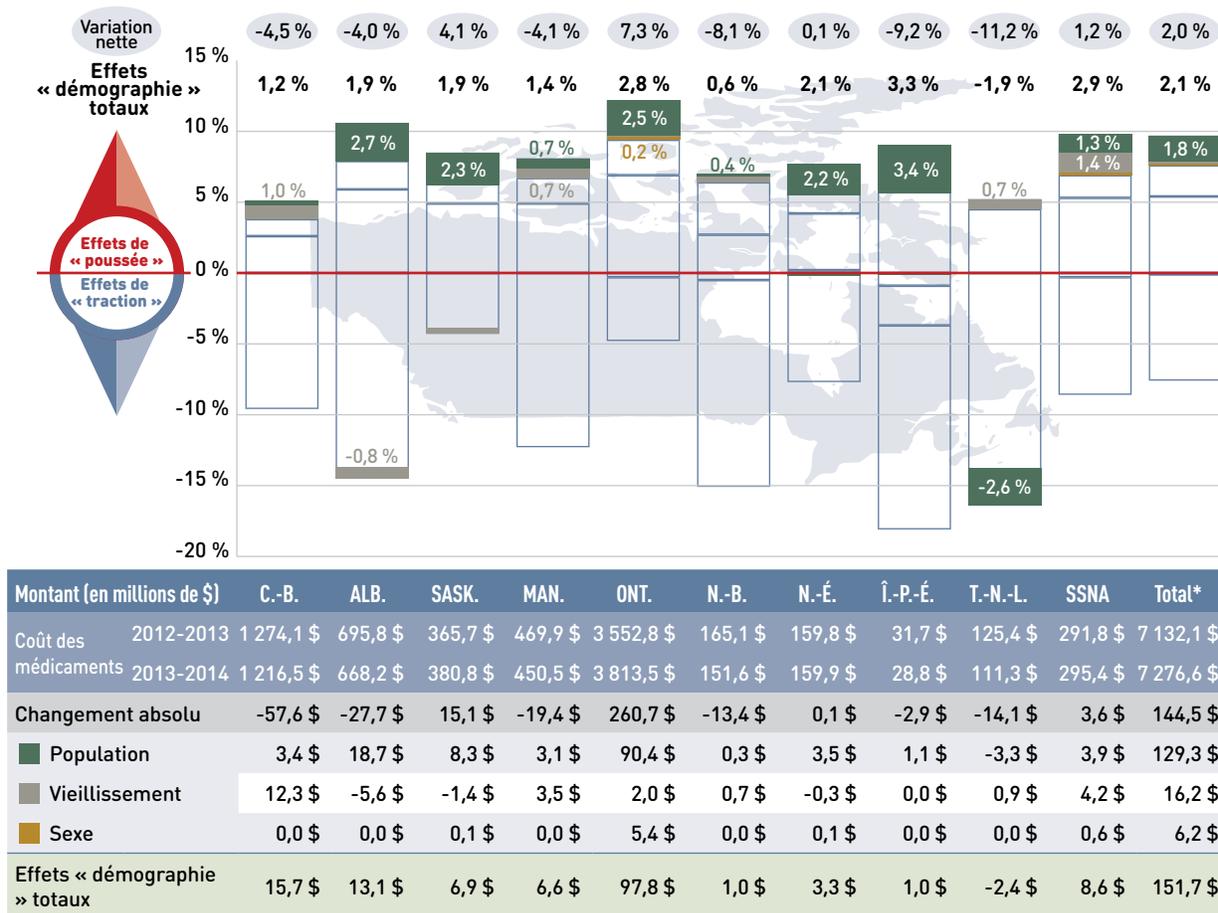
Les effets de la démographie ont propulsé les coûts des médicaments en les faisant grimper de 2,1 % en 2013-2014, ce qui se traduit en une augmentation de 151,7 millions de dollars des dépenses en médicaments des régimes publics du SNIUMP. Cet effet est attribuable principalement à l'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs. L'impact des effets de la démographie a été légèrement moins fort en 2013-2014 (2,1 %) qu'en 2012-2013 (2,7 %) ¹¹.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs a fait grimper le coût global des régimes d'assurance-médicaments d'un total estimé à 129,3 millions de dollars, soit 1,8 %. Il est possible d'établir un lien entre cette augmentation et celle du nombre de bénéficiaires actifs indiqué à la figure 4.2.2.

Les effets du vieillissement et du sexe ont eu un impact négligeable sur le changement des coûts des médicaments. En général, on s'attend à ce que l'effet du vieillissement ait des répercussions à long terme sur les coûts des médicaments, phénomène analysé plus à fond dans la figure 4.2.3.

Les résultats de cette analyse indiquent le vieillissement des bénéficiaires actifs des régimes publics d'assurance-médicaments, qui diffère de celui de la population canadienne. Le nombre de personnes admissibles à la protection accordée aux aînés (65 ans et plus) augmente à mesure que la population canadienne vieillit, ce qui fait grossir le nombre des bénéficiaires des régimes publics. L'effet de la démographie illustré par la figure 4.2.1 révèle cette dernière tendance.

Figure 4.2.1 Taux de variation des coûts des médicaments par suite de l'effet démographique, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

Les deux figures qui suivent présentent de l'information statistique d'appui sur l'augmentation du nombre de bénéficiaires et leur vieillissement.

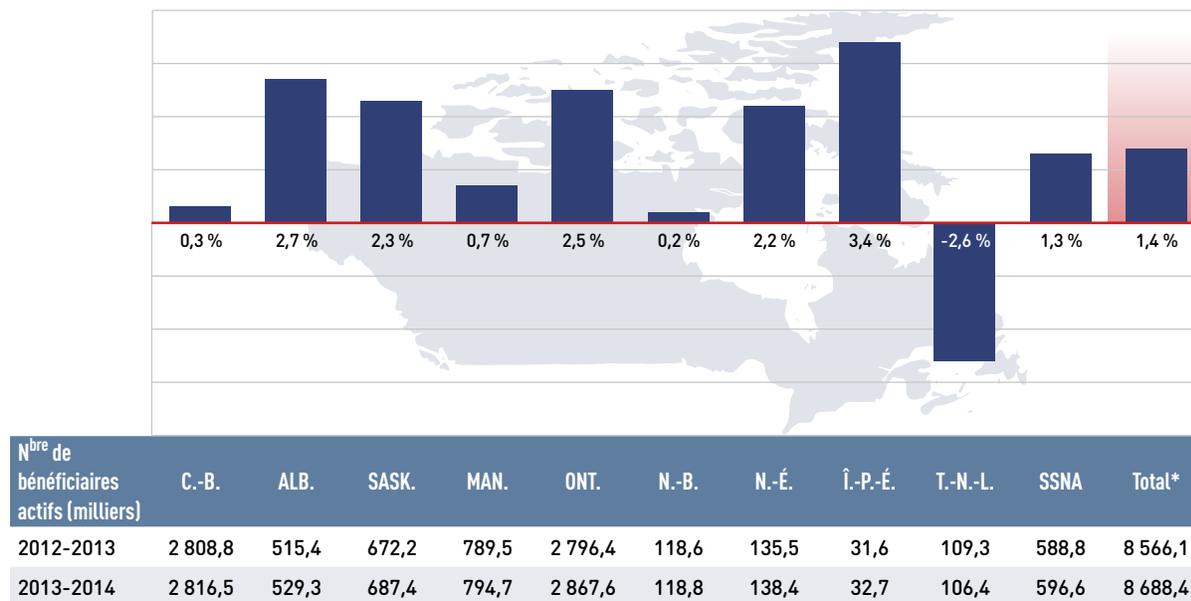
La figure 4.2.2 présente le taux d'augmentation du nombre des bénéficiaires actifs de 2012-2013 à 2013-2014 (graphique de barres), tandis que le tableau connexe présente le nombre total de bénéficiaires actifs par exercice. Le nombre de bénéficiaires actifs a augmenté à un taux moyen de 1,4 %, taux qui a varié de -2,6 % à 3,4 % entre les régimes.

Le nombre de bénéficiaires actifs a augmenté considérablement à l'Île-du-Prince-Édouard (3,4 %), en Alberta (2,7 %), en Ontario (2,5 %), en Saskatchewan (2,3 %) et en Nouvelle-Écosse (2,2 %), pendant qu'il diminuait à Terre-Neuve-et-Labrador (-2,6 %)IV. Les taux d'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs des autres régimes ont été relativement faibles.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires actifs peut découler de celle de la population totale de l'administration, du vieillissement de la population (augmentation du nombre d'ânés qui ont droit à la couverture) ou de

IV Ce repli est attribuable en partie aux changements apportés au régime d'accès de Terre-Neuve-et-Labrador qui couvre les gagne-petit (annexe A).

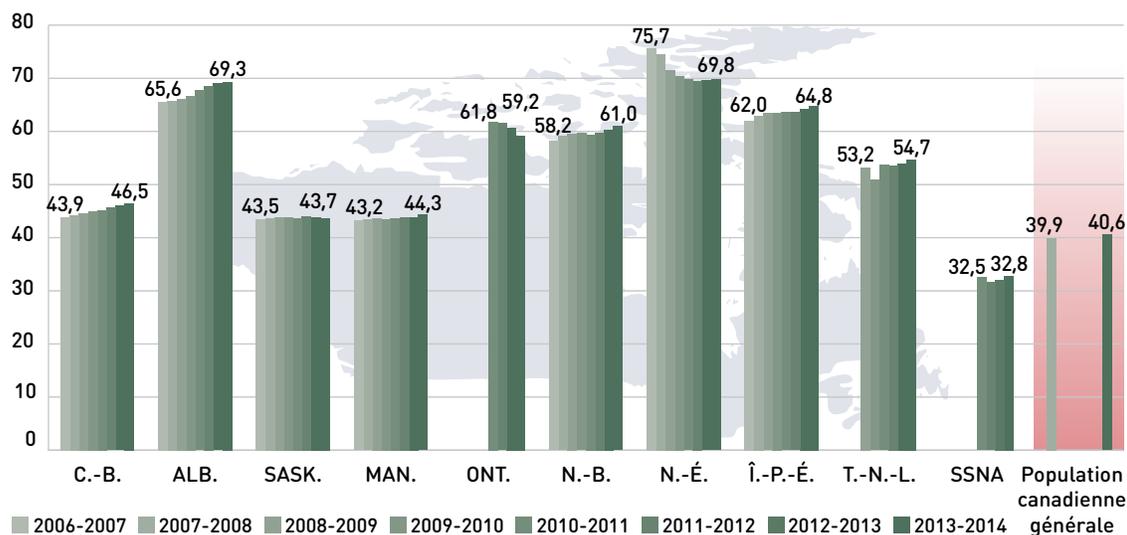
Figure 4.2.2 Taux de variation des populations de bénéficiaires actifs, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

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

Figure 4.2.3 Âge moyen des populations de bénéficiaires actifs, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP et Canada, de 2007-2008 à 2013-2014



Nota : En raison du manque de données disponibles, des résultats limités sont déclarés pour l'Ontario et le SSNA.

Sources des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; données de la population canadienne générale tirées du recensement pour 2007 et 2013 de Statistique Canada.

changements apportés à la conception du régime qui ont étendu la couverture à de nouveaux bénéficiaires ou groupes de patients.

La figure 4.2.3 présente l'âge moyen des bénéficiaires actifs des régimes publics d'assurance-médicaments de 2006-2007 à 2013-2014, ainsi que celui de la population canadienne en 2007 et 2013 selon Statistique Canada¹³.

L'âge moyen des bénéficiaires des régimes a augmenté graduellement de 2006-2007 à 2013-2014 dans la plupart des administrations même s'il a diminué dans certains régimes publics d'assurance-médicaments à cause de la mise en œuvre de programmes étendant la couverture à des groupes plus jeunes, comme des initiatives visant à couvrir les médicaments très coûteux ou onéreux.

Les régimes publics basés sur les aînés ont remboursé les bénéficiaires qui étaient en moyenne plus âgés que la population canadienne. Le Canadien moyen avait 40,6 ans en 2013 tandis que l'âge moyen des bénéficiaires actifs variait de 54,7 à 69,8 ans dans le cas des régimes d'assurance-médicaments basés principalement sur les aînés.

L'âge moyen des bénéficiaires de régimes universels d'assurance-médicaments basés sur le revenu (Colombie-Britannique, 46,5; Saskatchewan, 43,7; et Manitoba, 44,3) était moins élevé que dans d'autres régimes tandis que les bénéficiaires des SSNA étaient plus jeunes (32,8) que la moyenne canadienne à cause du profil démographique particulier de la population cliente. Même si beaucoup de régimes publics sont axés sur les aînés, la plupart remboursent une importante population de non-aînés en finançant des médicaments et des maladies spécialisés et aidant les gagne-petit. C'est pourquoi l'âge moyen varie énormément entre les régimes.

Au cours des prochaines décennies, le vieillissement de la population canadienne devrait alourdir graduellement les pressions qui s'exercent sur les dépenses en médicaments. Statistique Canada prévoit que le pourcentage des 65 ans et plus dans la population

canadienne passera de 15,7 % en 2014 à un niveau qui se situera entre 24 % et 28 % en 2063¹³. Dans une étude sur le SNIUMP du CEPMB publiée plus tôt, on analyse cet « effet des baby-boomers » et son impact sur les dépenses en médicaments¹⁴.

4.3 Effets du volume

Les effets du volume regroupent l'effet du volume des ordonnances, celui de la taille de l'ordonnance et l'effet concentration-forme. En 2013-2014, les effets combinés du volume ont exercé une légère poussée sur les coûts des médicaments.

On contrôle les effets du volume en supposant que le nombre et le profil âge-sexe des bénéficiaires actifs demeurent constants de 2012-2013 à 2013-2014. Ces effets découlent donc uniquement de l'augmentation de l'exposition aux médicaments dans un groupe normalisé de bénéficiaires actifs.

Effet du volume des ordonnances

Cet effet saisit l'impact des changements du nombre d'ordonnances remplies pour un groupe normalisé de bénéficiaires actifs (âge, sexe et nombre) au cours des deux périodes analysées. De nombreux facteurs jouent sur cet effet, y compris l'utilisation de multiples médicaments, la présence de comorbidités et la persistance du traitement, notamment.

Effet de la taille de l'ordonnance

Cet effet saisit l'impact de changements du nombre moyen d'unités de médicaments donnés distribuées par ordonnance. L'augmentation de ce paramètre fait grimper les coûts des médicaments, sauf si elle est compensée par une réduction du nombre d'ordonnances (c.-à-d. effet du volume d'ordonnances).

Effet concentration-forme

Cet effet saisit l'impact de changements de l'utilisation de dosages ou de formes galéniques différents d'un ingrédient. Les médicaments sont habituellement disponibles dans toute une variété de combinaisons concentration-forme dont le coût unitaire

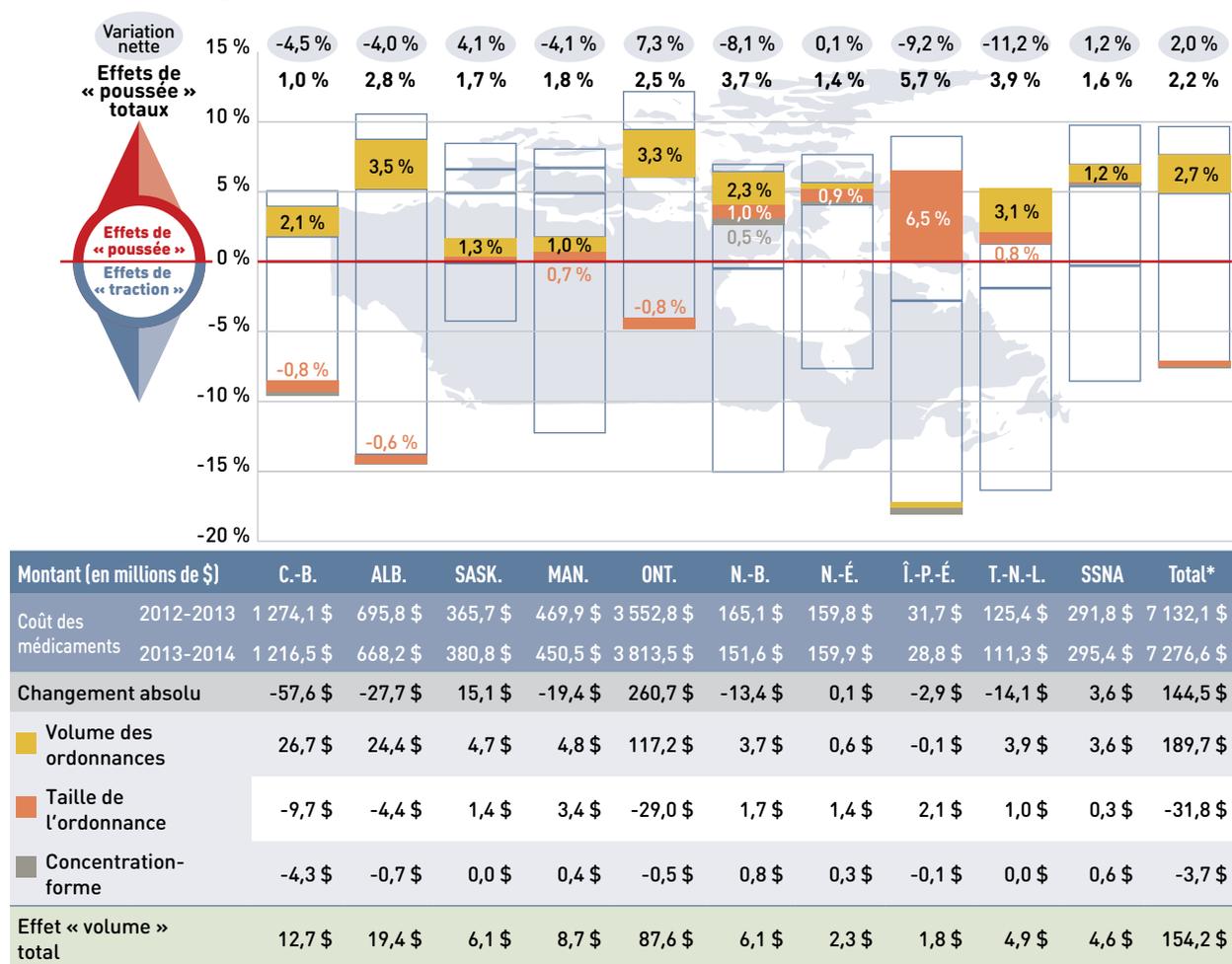
peut varier considérablement. Les médicaments plus puissants coûtent habituellement plus cher et une augmentation de leur utilisation pourrait contribuer positivement au changement du coût des médicaments.

La figure 4.3.1 présente le taux de changement des coûts des médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP de 2012-2013 à 2013-2014 et vise avant tout les trois effets du volume : le volume des ordonnances, la taille de l'ordonnance et l'effet concentration-forme. Le graphique de barres et le tableau connexe présentent les impacts

annuels de chaque effet en fonction des changements relatifs et absolus du coût des médicaments.

Les effets du volume ont fait grimper les coûts de 2,2 % en 2013-2014, ce qui s'est traduit en une augmentation de 154,2 millions de dollars des coûts des médicaments des régimes publics du SNIUMP. L'augmentation est attribuable principalement à celle du nombre d'ordonnances. Les effets du volume ont été plus importants en 2013-2014 (2,2 %) qu'en 2012-2013 (1,7 %)¹¹.

Figure 4.3.1 Taux de variation des coûts des médicaments par suite des effets « volume », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

L'effet du volume des ordonnances a été important en Alberta (3,5 %), en Ontario (3,3 %) et en Colombie-Britannique (2,1 %). Par ailleurs, la taille de l'ordonnance a exercé un léger effet de traction dans les régimes de la Colombie-Britannique (-0,8 %), de l'Ontario (-0,8 %) et de l'Alberta (-0,6 %). Ces résultats indiquent que même si l'utilisation augmente, la taille de l'ordonnance diminue dans ces régimes, ce qui semble dégager l'influence possible de la fréquence des ordonnances, analysée plus à fond à la section 5.

L'effet de la taille de l'ordonnance a été particulièrement marqué à l'Île-du-Prince-Édouard (6,5 %), ce qui a été attribuable à la mise en œuvre d'une politique portant de 30 à 90 jours l'approvisionnement autorisé de plusieurs catégories de médicaments. Par ailleurs, le volume des ordonnances a diminué dans la province, ce qui a exercé une légère traction sur les coûts (0,4 %). La figure 4.3.3 indique que le nombre moyen d'unités de médicaments solides administrés par voie

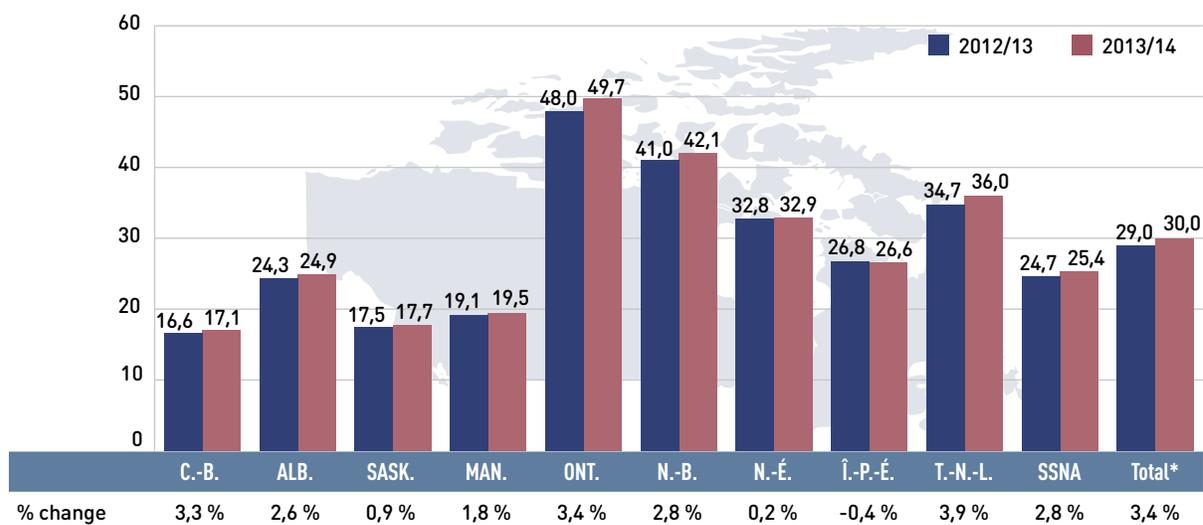
orale prescrit par ordonnance a augmenté considérablement dans la province, tandis que la figure 4.3.2 montre que le nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif a diminué légèrement.

L'effet concentration-forme a eu un impact minime sur le changement des coûts des médicaments dans tous les régimes.

Les figures 4.3.2 et 4.3.3 présentent de l'information d'appui sur le nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif et sur les tendances du nombre d'unités prescrit. Pour en savoir davantage sur le sujet, voir la section 5, figure 5.3.

L'effet du volume des ordonnances indiqué à la figure 4.3.1 reflète les changements du nombre moyen d'ordonnances remplies par bénéficiaire actif. La figure 4.3.2 présente ce paramètre pour 2012-2013 et 2013-2014, ainsi que le pourcentage de changement au cours des deux années.

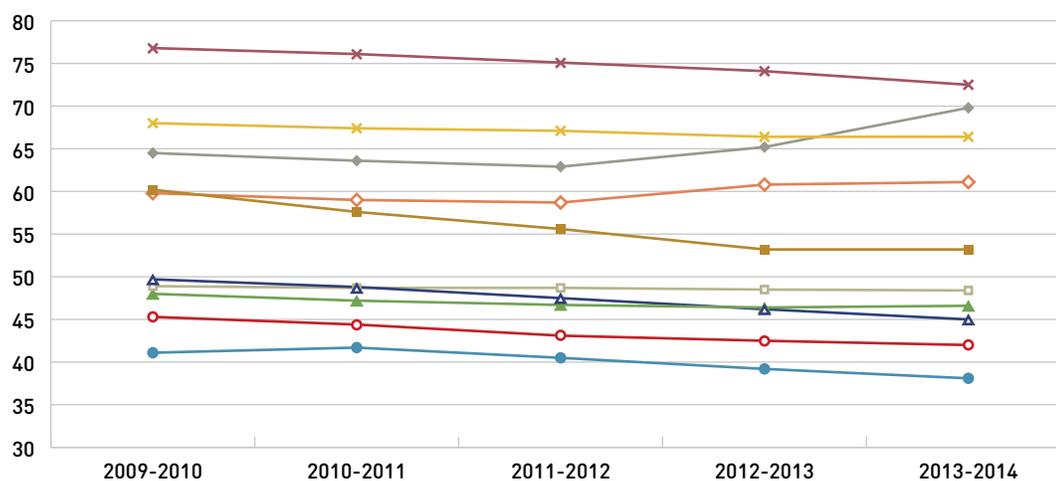
Figure 4.3.2 Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

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

Figure 4.3.3 Nombre moyen d'unités physiques par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, solides administrés par voie orale, de 2009-2010 à 2013-2014



	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
Nombre moyen d'unités par ordonnance 2013-2014	45,0	72,5	48,4	46,6	38,1	53,2	66,4	69,8	61,1	42,0
% de variation de 2012-2013 à 2013-2014	-2,4 %	-2,3 %	-0,3 %	0,4 %	-2,9 %	-0,1 %	-0,1 %	7,0 %	0,4 %	-1,1 %

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

Comme dans le cas des résultats relatifs à l'effet du volume des ordonnances, le nombre moyen d'ordonnances remplies par bénéficiaire a augmenté dans beaucoup de provinces : l'augmentation varie de 1,8 % à 3,9 %. Le volume de l'utilisation par les bénéficiaires a peu changé en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Il convient de signaler que ce taux d'augmentation diffère de celui que l'on déclare pour l'effet lié au volume des ordonnances parce qu'il inclut des changements démographiques comme le vieillissement et des changements de la répartition selon le sexe.

Les différences au niveau du nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire actif entre les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP sont attribuables au profil

démographique et thérapeutique des bénéficiaires, ainsi qu'aux habitudes de prescription et de distribution.

La figure 4.3.3 illustre la tendance de la taille moyenne des ordonnances en fonction du nombre d'unités physiques de 2009-2010 à 2013-2014. Il convient de signaler que les données déclarées sont limitées aux formulations solides administrées par voie orale.

L'effet de la taille de l'ordonnance mesure l'impact des changements du nombre moyen d'unités des médicaments distribués par ordonnance.

Les résultats indiquent que la taille moyenne de l'ordonnance est stable ou a tendance à diminuer légèrement, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard, où elle a augmenté de 7,0 %.

Comme dans le cas des constatations tirées du modèle des inducteurs de coût, la taille de l'ordonnance a diminué de façon marquée en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario (-2,4 %, -2,3 % et -2,9 % respectivement) en 2013-2014.

Il convient de signaler que le taux de diminution du nombre moyen d'unités prescrites par ordonnance diffère de celui qu'on a déclaré dans le cas de l'effet taille de l'ordonnance, car le premier effet inclut les changements démographiques comme le vieillissement et toute modification de la distribution selon le sexe.

La taille de l'ordonnance a un *effet bidirectionnel* : elle a l'impact contraire sur les dépenses en frais d'exécution, des ordonnances de plus courte durée entraînant une augmentation du nombre de frais et, par conséquent, propulsant à la hausse les frais d'exécution. La section 5 traite plus à fond de la question.

4.4 Effets de la combinaison de médicaments

Les effets de la combinaison de médicaments comprennent les sous-effets individuels suivants :

Effet des médicaments existants

Cet effet saisit l'impact des changements des parts de marché occupées par les ingrédients disponibles au cours des deux périodes analysées (c.-à-d. exercices 2012-2013 et 2013-2014). Cet élément reflète peut-être l'évolution des tendances des traitements, des habitudes de prescription des médecins ou de la prévalence des maladies dans la population. Il saisit l'impact des changements de médicaments et de l'évolution des parts de marché entre les catégories et sous-catégories thérapeutiques.

Effet des nouveaux médicaments

Cet effet saisit l'impact des changements de l'utilisation en faveur des médicaments arrivés sur le marché au cours de la deuxième période (2013-2014). De nouveaux médicaments moins coûteux permettent de réaliser des économies (effet traction) et des nouveaux médicaments plus coûteux entraînent aussi une augmentation des coûts (effet poussée). Cet élément mesure l'effet net de ces deux forces contraires.

Effet du retrait de médicaments

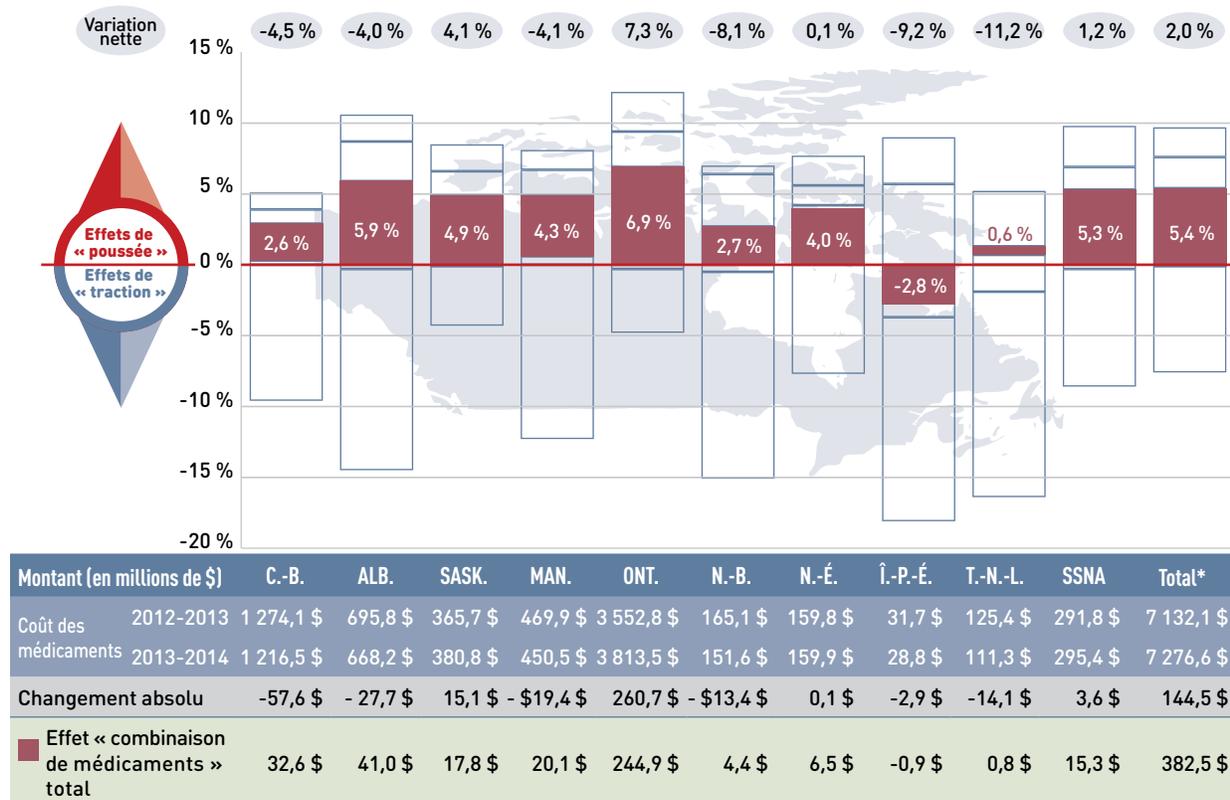
Cet effet saisit l'impact des changements de l'utilisation qui entraînent l'abandon des médicaments quittant le marché au cours de la deuxième période (2013-2014). Son impact sera minime sauf si l'on retire des médicaments très utilisés ou coûteux.

L'édition précédente de *CompasRx* présentait une ventilation des résultats selon les sous-effets. Les détails supplémentaires ont une application limitée et c'est pourquoi la présente édition porte avant tout sur l'effet de la combinaison de médicaments à un niveau élevé et ne décrit pas les sous-effets.

La figure 4.4.1 présente les taux de changement, de 2012-2013 à 2013-2014, des coûts des médicaments pour les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP et porte avant tout sur l'impact de l'effet de la combinaison de médicaments. Le graphique de barres et le tableau connexe illustrent l'impact annuel de l'effet de la combinaison de médicaments comme changement relatif et absolu du coût des médicaments.

L'effet de la combinaison de médicaments a fait grimper les coûts des médicaments de 5,4 % en 2013-2014, ce qui s'est traduit en une augmentation de 382,5 millions de dollars pour les régimes publics du SNIUMP. L'augmentation est attribuable principalement à l'utilisation accrue de médicaments plus dispendieux. L'effet de la combinaison de médicaments a été plus marqué en 2013-2014 (5,4 %) qu'en 2012-2013 (4,1 %) ¹¹.

Figure 4.4.1 Taux de variation des coûts des médicaments par suite des effets « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

Les résultats indiquent que l'effet de la combinaison de médicaments a exercé une poussée importante sur l'augmentation des dépenses de la plupart des régimes, particulièrement en Ontario (6,9 %), en Alberta (5,9 %) et dans le programme des SSNA (5,3 %).

Les figures 4.4.2 et 4.2.3 présentent, au sujet des médicaments et des catégories thérapeutiques qui ont un impact important, de l'information qui explique ces résultats.

La figure 4.4.2 décompose davantage l'augmentation de 5,4 % des coûts des médicaments attribuable à l'effet de la combinaison entre les dix premiers médicaments et les cinq derniers qui ont eu une incidence sur cet élément. Ces médicaments coûtent relativement cher

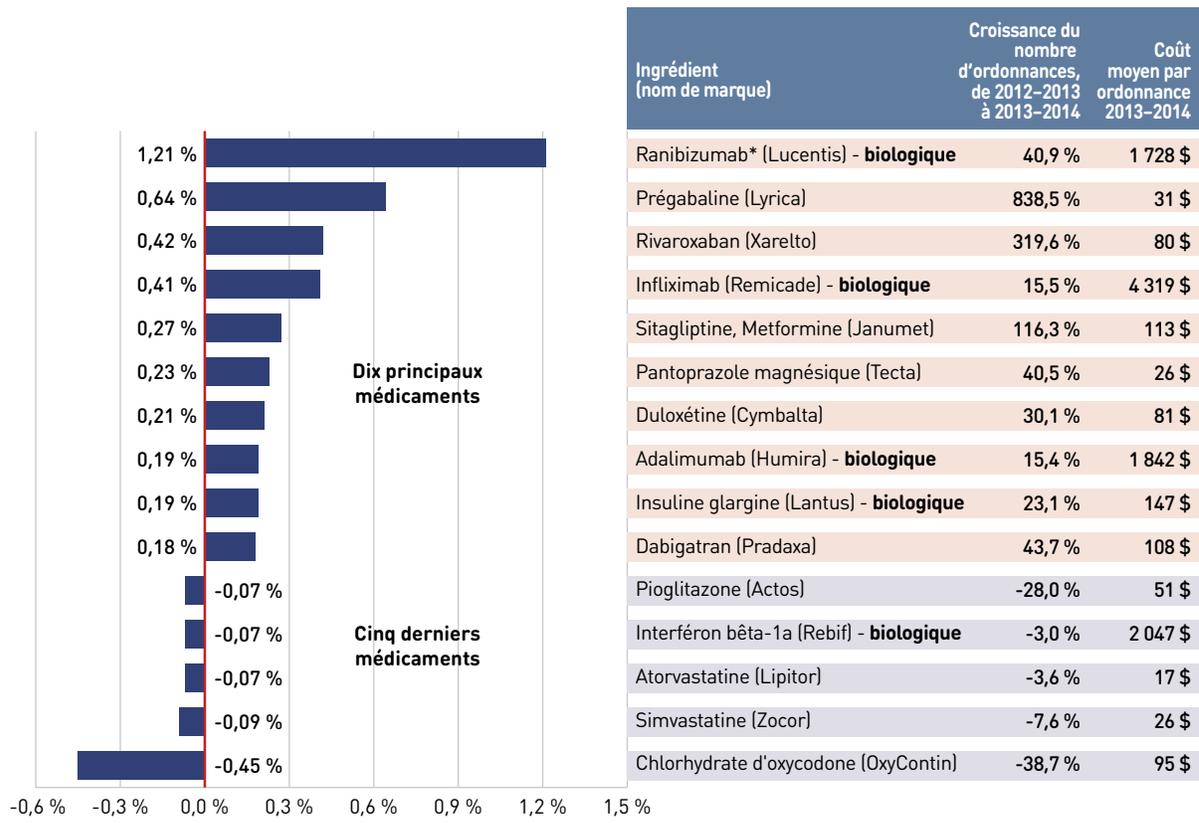
en moyenne par ordonnance et leur utilisation a augmenté (dix premiers) ou diminué (cinq derniers) de l'utilisation en 2013-2014 considérablement. L'utilisation est mesurée par le nombre d'ordonnance.

Dix médicaments ont produit plus de la moitié de l'effet de la combinaison de médicaments présenté à la figure 4.4.1. Beaucoup des principaux contributeurs aux coûts des médicaments en 2012-2013 ont joué le même rôle en 2013-2014, Xarelto et Humira venant s'ajouter comme nouveaux arrivants à la liste des 10 principaux médicaments en 2013-2014. La pression la plus importante sur les coûts a été exercée par l'agent biologique Lucentis, qui a propulsé les coûts de 1,21 %. Des médicaments comme Lyrica, Remicade, Janumet, Tecta, Cymbalta, Lantus et Pradaxa ont aussi eu un impact important.

Parmi les cinq médicaments du bas, l'oxycodone a exercé la traction la plus importante sur les coûts des médicaments, faisant baisser de 0,45 % le niveau des coûts des médicaments de 2012-2013 à 2013-2014. L'usage de l'ingrédient a diminué lorsque les régimes publics ont rayé l'OxyContin et lancé la version résistant à l'altération, OxyNEO.

Une des limites que présente cette analyse, c'est que l'Ontario, qui a le régime public le plus important, constitue un lourd facteur de pondération dans les résultats totaux déclarés pour les régimes.

Figure 4.4.2 Dix principaux et cinq derniers médicaments contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP; 2013-2014

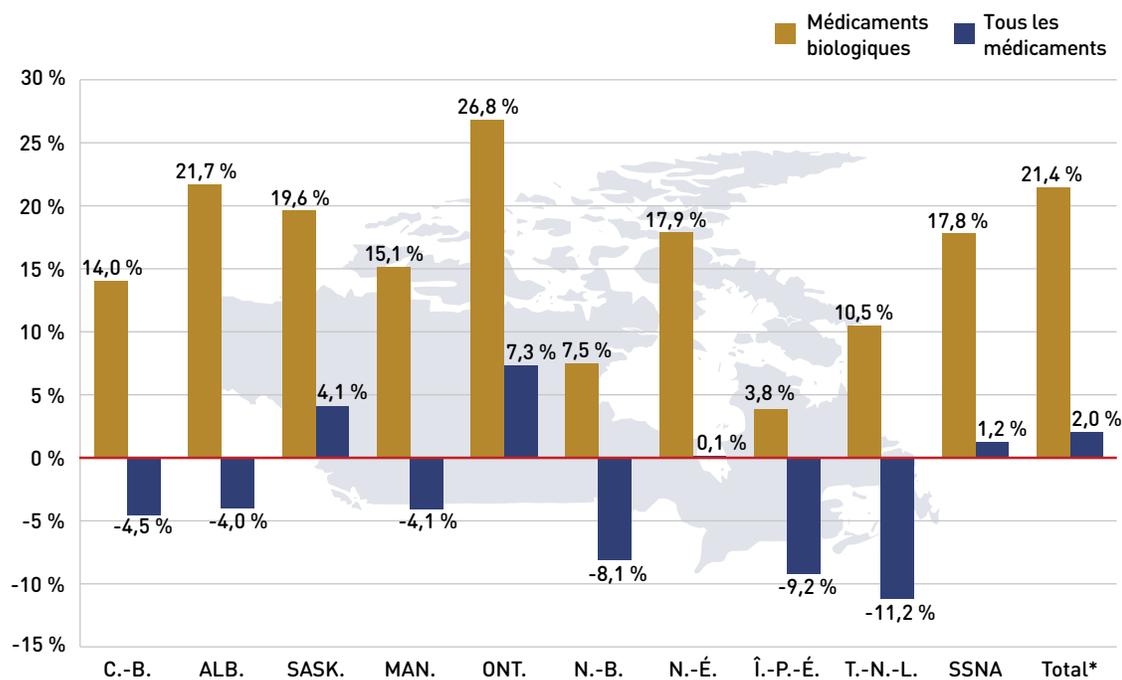


* Il s'agit d'un médicament classé sous la Catégorie 2 du CEPMB, ce qui signifie qu'il constitue une découverte ou une amélioration importante. Tous les autres médicaments présentés dans le tableau constituent des améliorations minimales ou nulles, des extensions de gamme, ou bien ne sont pas catégorisés par le CEPMB. Si une marque comporte plusieurs DIN, le niveau d'amélioration thérapeutique se rapporte au DIN avec la plus grande utilisation en 2013-2014.

Nota : Les régimes publics d'assurance-médicaments comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Programme des services de santé non assurés.

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

Figure 4.4.3 Taux de variation des coûts des médicaments biologiques comparativement à tous les médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

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

La figure 4.4.3 présente les taux de variation des coûts des agents biologiques comparativement aux taux de changement des coûts totaux des médicaments de 2012-2013 à 2013-2014.

Les coûts des agents biologiques ont augmenté considérablement en 2013-2014 (21,4 %), contrairement au faible taux global de changement des coûts des médicaments (2,0 %) dans les régimes publics d'assurance-médicaments.

Les différences entre administrations aux niveaux des taux de croissance de l'utilisation des agents biologiques peuvent être liés aux décisions relatives à l'inscription aux formulaires et à la prévalence de maladies traitées par ce groupe de médicaments, ainsi qu'à des facteurs démographiques.

Le taux relativement élevé de changement du coût des agents biologiques par rapport à celui de tous les médicaments illustré à la figure 4.4.3 a entraîné une augmentation de la part de marché occupée par les agents biologiques

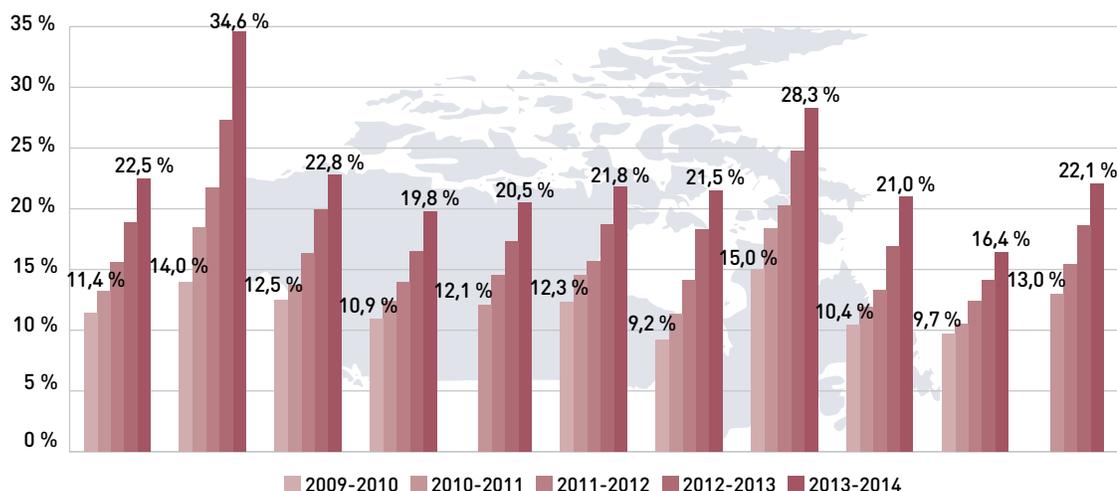
au cours des dernières années. En 2013-2014, ils représentaient 22,1 % du coût total des médicaments.

L'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard ont affiché les coûts les plus élevés des agents biologiques par rapport aux coûts totaux des médicaments en 2013-2014 (34,6 % et 28,3 % respectivement).

La figure 4.4.5 présente les pourcentages des dépenses en médicaments affectées aux principales catégories thérapeutiques en 2013-2014 par rapport au total pour tous les régimes. Le niveau 1 du système de classification des agents anatomiques, thérapeutiques et chimiques (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé constitue la référence, et désigne le principal groupe anatomique.

Les résultats montrent que les dépenses en médicaments ont été concentrées dans quelques catégories thérapeutiques. À cause de l'utilisation accrue des médicaments biologiques, la catégorie thérapeutique des agents antinéoplasiques et immunomodulateurs est passée au premier rang

Figure 4.4.4 Part des médicaments biologiques des coûts totaux des médicaments, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2009-2010 à 2013-2014



	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA	Total*
Coût des médicaments biologiques en 2012-2013 (en millions de \$)	273,9 \$	231,0 \$	87,0 \$	89,3 \$	780,6 \$	33,1 \$	34,5 \$	8,1 \$	23,4 \$	48,4 \$	1 609,2 \$

Dix principaux médicaments biologiques selon la part du coût total des médicaments, régimes d'assurance-médicaments choisis, 2013-2014											
Rang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Coût total des dix principaux médicaments biologiques
Nom de marque	Lucentis	Remicade	Humira	Enbrel	Lantus	Neupogen	Rebif	NovoRapid	Levemir	Eporex	
Part du coût total des médicaments	6,0 %	5,0 %	3,0 %	2,0 %	1,6 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	20,0 %

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

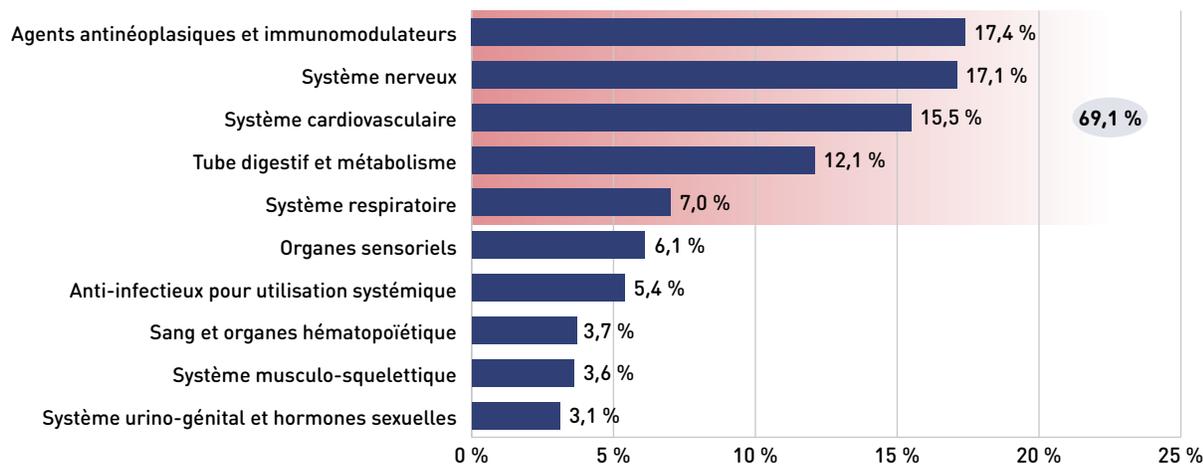
Source des données : Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

pour le coût des médicaments (17,4 %) en 2013-2014, suivie des médicaments du système nerveux (17,1 %), de l'appareil cardiovasculaire (15,5 %), de l'appareil digestif et du métabolisme (12,1 %) et de l'appareil respiratoire (7,0 %). Ces cinq catégories thérapeutiques ont représenté plus de deux tiers (69,1 %) du total des dépenses en médicaments en 2013-2014.

La figure 4.4.6 présente les dix premières sous-catégories thérapeutiques et les cinq dernières qui ont contribué à l'effet de la combinaison de médicaments de l'exercice 2012-2013 à l'exercice 2013-2014 comme total pour tous les régimes. Le niveau 2 des agents ATC, qui désigne le sous-groupe des agents pharmacologiques/thérapeutiques, constitue la référence.

Les résultats indiquent que deux catégories ont exercé une poussée importante en 2013-2014, soit celle des immunosuppresseurs (1,22 %) et des agents de traitement de la perte de vision (1,21 %). Ces catégories incluent certains des principaux agents biologiques mentionnés dans les figures 4.4.2 et 4.4.3. Les cinq catégories inférieures d'agents thérapeutiques ont exercé un effet de traction à la baisse de 0,61 % sur les coûts des médicaments. Parmi ces catégories, celle des analgésiques a eu l'effet le plus important.

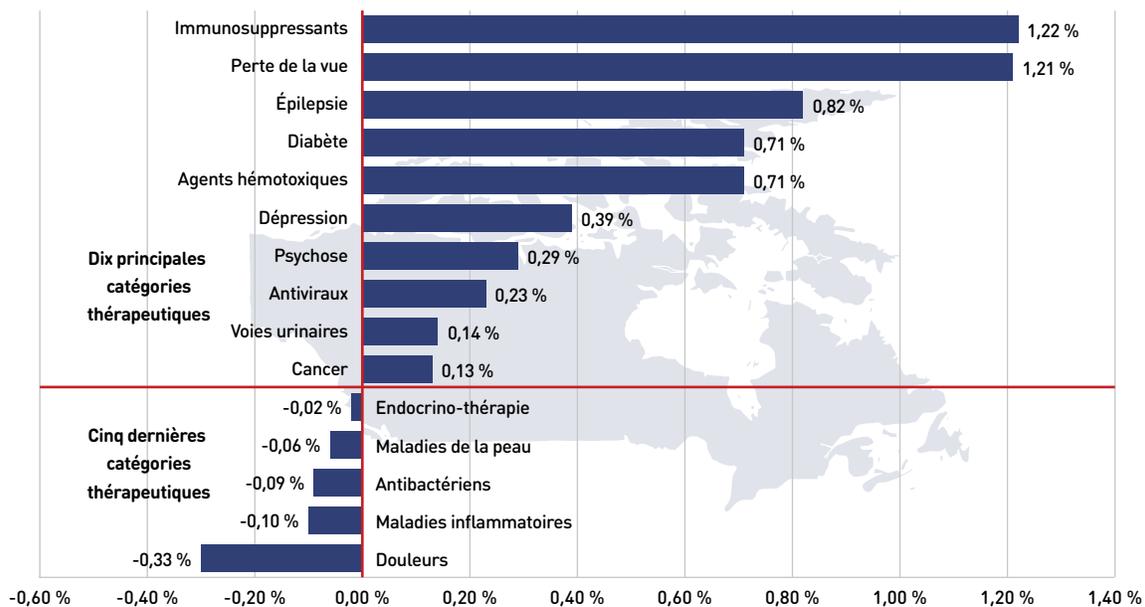
Figure 4.4.5 Dix principales catégories thérapeutiques ATC de niveau 1 selon la part des coûts totaux des médicaments, tous les régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014



Nota : Les catégories thérapeutiques indiquées sont la catégorie de niveau 1 du Système de classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé. Les régimes publics d'assurance-médicaments comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Programme des services de santé non assurés.

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

Figure 4.4.6 Dix principales et cinq dernières catégories thérapeutiques ATC de niveau 2 contribuant à l'effet « combinaison de médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP; 2013-2014



Nota : Les catégories thérapeutiques indiquées sont la catégorie de niveau 2 du Système de classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé. Les régimes publics d'assurance-médicaments comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Programme des services de santé non assurés.

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

Les inducteurs des coûts d'exécution, 2012-2013 à 2013-2014



Cette section du rapport CompasRx du SNIUMP présente une analyse détaillée des inducteurs des coûts d'exécution, en mesure l'impact et traite des facteurs qui déterminent les tendances de l'utilisation et les niveaux des honoraires dans les régimes publics d'assurance-médicaments. La présente édition du rapport porte avant tout sur les taux de changement des coûts d'exécution dans les régimes d'assurance-médicaments du SNIUMP de l'exercice 2012-2013 à celui de 2013-2014. On analyse quatre effets :

Effet de la démographie

Semblable à l'effet de la démographie analysé dans les inducteurs des coûts des médicaments à la section 4.2, cet effet englobe les changements du nombre de bénéficiaires, ainsi que leur vieillissement et leur profil selon le sexe.

Effet des frais

Cet effet saisit l'impact des changements des frais d'exécution moyens par ordonnance.

Effet de la taille de l'ordonnance

Cet effet saisit l'impact de changements du nombre moyen d'unités d'un médicament distribuées par ordonnance. Cet effet constitue aussi un inducteur des coûts des médicaments, mais il a l'incidence contraire, comme il en est question à la section 4. Une réduction du nombre d'ordonnances exerce une poussée à la hausse sur les coûts d'exécution, car il faut plus d'ordonnances pour distribuer la même quantité de médicaments.

Effet du volume des médicaments

Cet effet saisit l'impact des changements du nombre d'unités distribuées aux patients au cours des deux périodes analysées (2012-2013 et 2013-2014). Une augmentation de ce paramètre exerce une poussée à la hausse sur les coûts d'exécution, car on demande le remboursement de coûts d'exécution plus importants pour distribuer une quantité accrue de médicaments.

On a calculé chacun de ces effets en supposant que tous les autres facteurs demeuraient constants au cours de la période analysée. Les résultats permettent de répondre à la question suivante :

De combien les coûts d'exécution auraient-ils changé si un seul facteur (p. ex., frais d'exécution moyens par ordonnance) avait changé, tandis que les autres ne changeaient pas?

Comme dans le cas des coûts des médicaments analysés dans la section précédente, de multiples facteurs changent simultanément, ce qui crée un effet résiduel ou croisé. On présente aussi l'effet croisé pour expliquer le changement total.

La figure 5.1 présente les taux de changement des coûts d'exécution pour les régimes publics d'assurance-médicaments de l'exercice 2012-2013 à l'exercice 2013-2014 et isole le changement en quatre catégories : démographie, honoraires, effet de la taille de l'ordonnance et effet du volume des médicaments. On signale aussi un effet croisé. Le graphique de barres

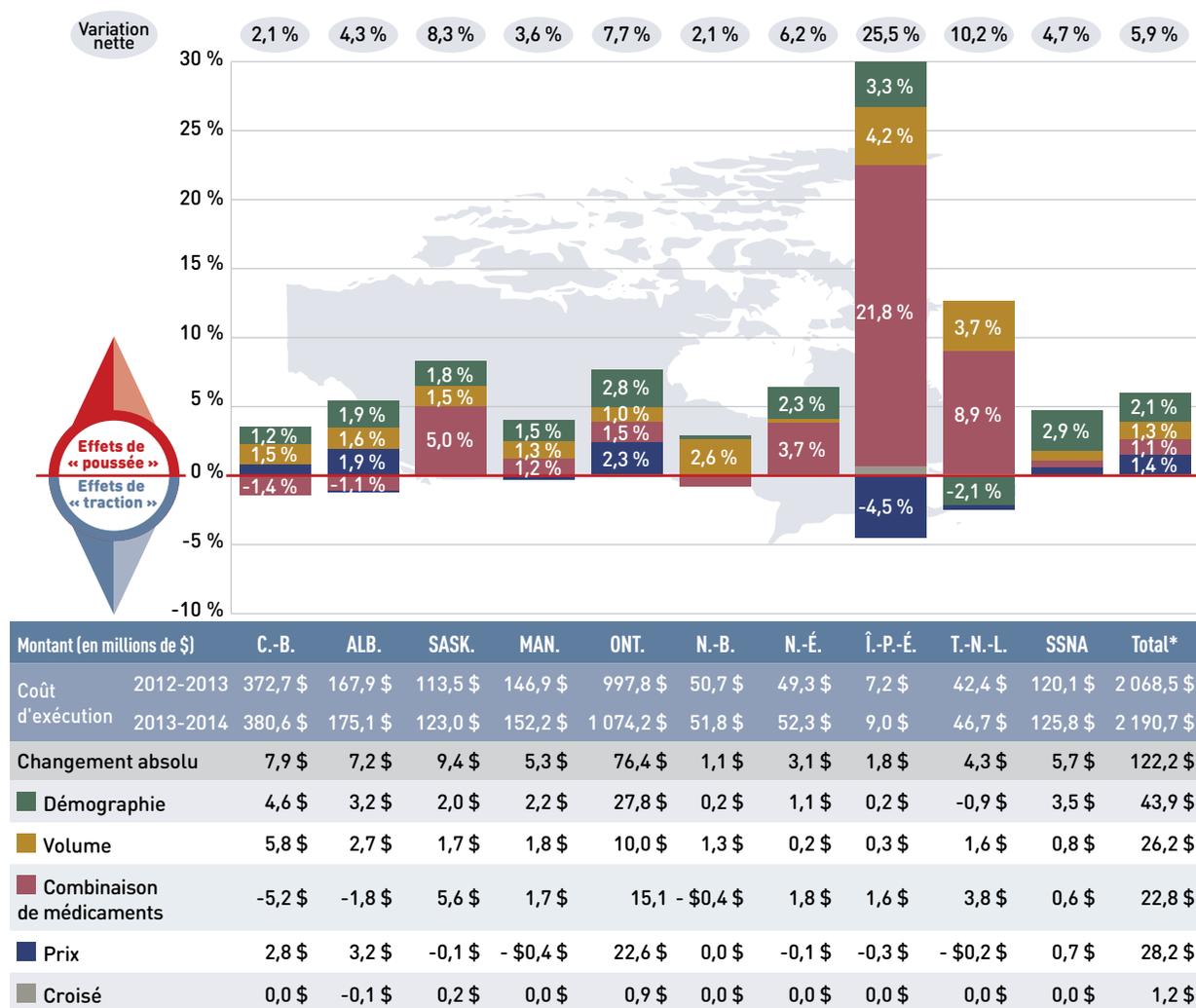
et le tableau connexe qui suivent illustrent les impacts annuels de chaque effet sous forme de changement relatif et absolu des coûts d'exécution.

Il convient de signaler que cette édition du rapport *CompasRx* inclut des données provenant de deux autres régimes publics, soit ceux de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve-et-Labrador, qui n'ont pas été analysés dans le premier rapport. C'est pourquoi les résultats indiqués pour le total de tous les régimes d'assurance-médicaments dans les

deux éditions ne se comparent pas directement. Les comparaisons entre régimes demeurent toutefois pertinentes et l'interprétation des tendances générales, appropriée.

Les coûts d'exécution ont augmenté de 122,2 millions de dollars (5,9 %) en 2013-2014 pour atteindre 2,2 milliards de dollars. Cette augmentation était attribuable principalement à l'utilisation accrue de médicaments. L'augmentation des coûts d'exécution en 2013-2014 (5,9 %) se comparait à celle de 2012-2013 (5,8 %)¹¹.

Figure 5.1 Taux de variation des coûts d'exécution imputables aux effets « démographie », « frais », « taille d'ordonnance » et « volume des médicaments », régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, de 2012-2013 à 2013-2014



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

Nota : Les valeurs peuvent ne pas correspondre aux totaux parce qu'elles ont été arrondies.

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

Dans l'ensemble, les résultats de la plupart des effets ont varié considérablement entre les régimes. Il convient surtout de signaler que l'effet des frais d'exécution a exercé une poussée importante sur les coûts d'exécution à l'Île-du-Prince-Édouard (21,8 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (8,9 %), et qu'il a eu un effet positif plus modéré en Saskatchewan (5,0 %). En revanche, l'effet des frais d'exécution a eu une incidence négative ou exercé un effet de traction dans quelques administrations, dont la Colombie-Britannique (-1,4 %), l'Alberta (-1,1 %) et le Nouveau-Brunswick (-0,8 %). Ces résultats sont liés directement aux taux de changement des frais d'exécution moyens par ordonnance déclarés au tableau 5.1.

De même, l'effet de la taille de l'ordonnance a eu un impact positif dans quelques régimes publics en 2013-2014, notamment ceux de l'Ontario (2,3 %), de l'Alberta (1,9 %) et de la Colombie-Britannique (0,8 %). Cet effet est lié au recul du nombre d'ordonnances (voir figure 5.2), car des ordonnances plus fréquentes et de plus courte durée augmentent le coût de la distribution même si elles entraînent quelques économies en réduisant le gaspillage de médicaments. Par ailleurs, l'Île-du-Prince-Édouard a enregistré, de 2012-2013 à 2013-2014, un effet de « traction » important (-4,5 %) lié à une augmentation de l'approvisionnement par ordonnance. Dans le cas d'autres régimes publics, l'effet est très faible ou neutre. Le modèle des inducteurs de coût mesure les impacts sur un an, mais les changements du nombre d'ordonnances et l'impact correspondant sur les dépenses en frais d'exécution se font habituellement sentir sur plusieurs années. À titre d'exemple, une étude de cas de la Colombie-Britannique (figure 5.3) analyse les changements de l'approvisionnement par demande sur cinq ans, soit de 2009-2010 à 2013-2014.

L'autre effet principal était celui du volume des médicaments, qui a eu un impact positif important sur les coûts d'exécution à l'Île-du-Prince-Édouard (4,2 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (3,7 %). Le volume des médicaments a eu un effet plus modéré au Nouveau-Brunswick (2,6 %) et faible sur les autres régimes, où il a varié de 0,3 % à 1,6 %.

L'effet de la démographie a été positif dans tous les régimes sauf ceux de Terre-Neuve-et-Labrador, s'établissant en moyenne à 2,1 % de 2012-2013 à 2013-2014. Ce résultat reflète les changements du nombre de bénéficiaires actifs (voir figure 4.2.2), ainsi que le vieillissement de la population (voir figure 4.2.3).

Le tableau et les figures supplémentaires de cette section présentent de l'information statistique à l'appui de l'augmentation des frais d'exécution moyens payés par ordonnance, ainsi que les tendances de la taille de l'ordonnance.

L'effet des frais d'exécution présenté à la figure 5.1 découle directement des augmentations des frais d'exécution moyens par ordonnance de 2012-2013 à 2013-2014 présentés dans le tableau 5.1. Ce tableau présente aussi des frais d'exécution moyens par ordonnance pour les exercices 2009-2010 à 2013-2014, ainsi que le taux annuel composé de changement. Les résultats représentent une moyenne qui englobe un éventail de frais d'exécution payés par les régimes.

Les variations des niveaux des frais d'exécution entre les régimes publics reflètent leurs politiques différentes sur le remboursement (annexe D) et il semble y avoir un lien avec le nombre moyen d'ordonnances déclarées à la figure 5.2.

Par exemple, la Colombie-Britannique, l'Ontario et les SSNA, qui payaient les frais d'exécution parmi les plus bas en 2013-2014 (7,89 \$, 7,54 \$ et 8,30 \$ respectivement en moyenne), affichaient une taille d'ordonnances parmi les plus faibles mesurées par le nombre moyen de jours de médicaments fournis par ordonnance dans le cas des solides administrés par voie orale (29,7 jours, 26,4 et 23,9 jours respectivement).

Par ailleurs, l'Alberta, qui payait les frais d'exécution moyens les plus élevés par ordonnance en 2013-2014 (13,29 \$), affichait les ordonnances les plus grosses (50,5 jours). Il convient de signaler que les frais d'exécution moyens en Alberta diminuent depuis quelques années et sont passés d'un plafond de 15,22 \$ en 2010-2011 à 13,29 \$ en 2013-2014. Par ailleurs, la taille de l'ordonnance a aussi reculé de 53,5 en 2010-2011 à 50,5 en 2013-2014.

Tableau 5.1 Frais d'exécution moyens par ordonnance, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2009-2010 à 2013-2014

Régime public d'assurance-médicaments	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Taux de croissance de 2012-2013 à 2013-2014	Taux de croissance annuel composé 2009-2010 à 2013-2014
Colombie-Britannique	7,09 \$	7,49 \$	8,01 \$	8,01 \$	7,89 \$	-1,4 %	2,7 %
Alberta	13,07 \$	15,22 \$	14,50 \$	13,43 \$	13,29 \$	-1,1 %	0,4 %
Saskatchewan	8,54 \$	8,90 \$	9,29 \$	9,64 \$	10,12 \$	5,0 %	4,3 %
Manitoba	9,21 \$	9,39 \$	9,58 \$	9,73 \$	9,84 \$	1,2 %	1,7 %
Ontario	5,89 \$	7,00 \$	7,34 \$	7,43 \$	7,54 \$	1,5 %	6,4 %
Nouveau-Brunswick	10,05 \$	10,21 \$	9,83 \$	10,45 \$	10,36 \$	-0,8 %	0,8 %
Nouvelle-Écosse	9,92 \$	10,08 \$	10,32 \$	11,08 \$	11,49 \$	3,7 %	3,7 %
Île-du-Prince-Édouard	6,77 \$	6,84 \$	6,82 \$	8,46 \$	10,31 \$	21,8 %	11,1 %
Terre-Neuve-et-Labrador	4,63 \$	4,70 \$	4,76 \$	11,20 \$	12,20 \$	8,9 %	27,4 %
SSNA	-	-	8,16 \$	8,26 \$	8,30 \$	0,5 %	0,9 %

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

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'augmentation importante des frais d'exécution moyens en 2012-2013 est attribuable à des modifications de la politique de remboursement et à une nouvelle entente conclue avec l'association des pharmaciens de la province qui a fait monter les niveaux des honoraires.

Même si les frais d'exécution moyens et la taille de l'ordonnance varient considérablement entre les régimes, les coûts d'exécution représentaient souvent un pourcentage comparable du total du coût des ordonnances (20,8 % en Alberta et 20,7 % en Ontario; figure 2.1).

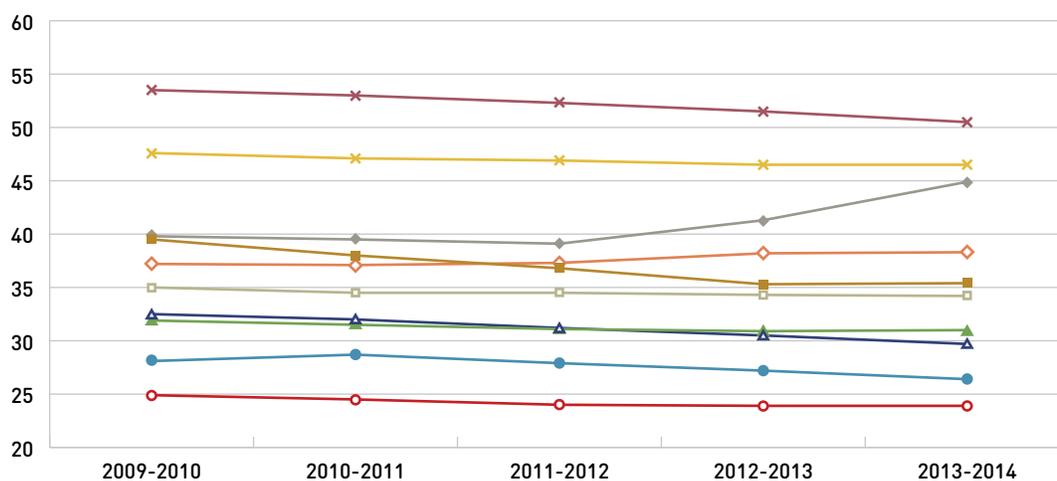
Les variations entre les régimes peuvent aussi refléter des différences au niveau des paiements aux pharmaciens déterminées par les politiques portant sur les coûts des médicaments, les marges et les coûts d'exécution. Le montant des frais d'exécution payés et la taille de l'ordonnance ont un effet sur les coûts d'exécution, mais il se peut aussi que le profil morbide de la population et le type de médicaments utilisés (p. ex., traitements actifs par rapport à traitements d'entretien) jouent aussi sur les niveaux.

L'effet de la taille de l'ordonnance déclaré à la figure 5.1 dépend des changements du nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance. La figure 5.2 présente la tendance du nombre de jours d'approvisionnement par ordonnance pour les exercices 2009-2010 à 2013-2014. Les résultats présentent une moyenne pour toutes les ordonnances dans le cas des formulations solides prises par voie orale qui englobent tous les types de traitement (actif et d'entretien).

L'approvisionnement par ordonnance et le nombre d'unités de médicaments par ordonnance (figure 4.3.3) mesurent la taille de l'ordonnance. Cette donnée sert dans les modèles des inducteurs du coût des médicaments et du coût d'exécution.

Comme dans le cas des résultats présentés à la figure 4.3.3 sur le nombre moyen d'unités de médicaments par ordonnance, les résultats relatifs à l'approvisionnement moyen par ordonnance indiquent que la taille de l'ordonnance est demeurée stable et a diminué légèrement dans la plupart des régimes publics de 2009-2010 à 2013-2014,

Figure 5.2 Nombre moyen de jours d’approvisionnement par ordonnance, régimes publics d’assurance-médicaments du SNIUMP, solides administrés par voie orale, de 2009-2010 à 2013-2014



	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
Nombre moyen de jours d’approvisionnement par ordonnance 2013-2014	29,7	50,5	34,2	31,0	26,4	35,4	46,5	44,9	38,3	23,9
Variation (%) de 2012-2013 à 2013-2014	-2,6 %	-1,9 %	-0,3 %	0,3 %	-2,9 %	0,3 %	0,0 %	8,7 %	0,3 %	0,0 %

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

sauf à l’Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, où l’approvisionnement moyen a augmenté en 2012-2013 et 2013-2014 à cause de changements de la conception du régime.

La Colombie-Britannique, l’Alberta, l’Ontario et le Nouveau-Brunswick ont enregistré les réductions les plus marquées de la taille moyenne des ordonnances au cours des dernières années. Au Nouveau-Brunswick, le taux de diminution s’est stabilisé en 2013-2014, ce qui a coïncidé avec la mise en œuvre d’une politique visant à régler le problème. La diminution de la taille de l’ordonnance a exercé un effet de poussée sur les coûts d’exécution, car il a fallu plus d’ordonnances pour distribuer un volume donné de médicaments. La section qui suit analyse les changements récents de la taille de l’ordonnance en Colombie-Britannique.

Étude de cas sur la taille de l’ordonnance – Colombie-Britannique

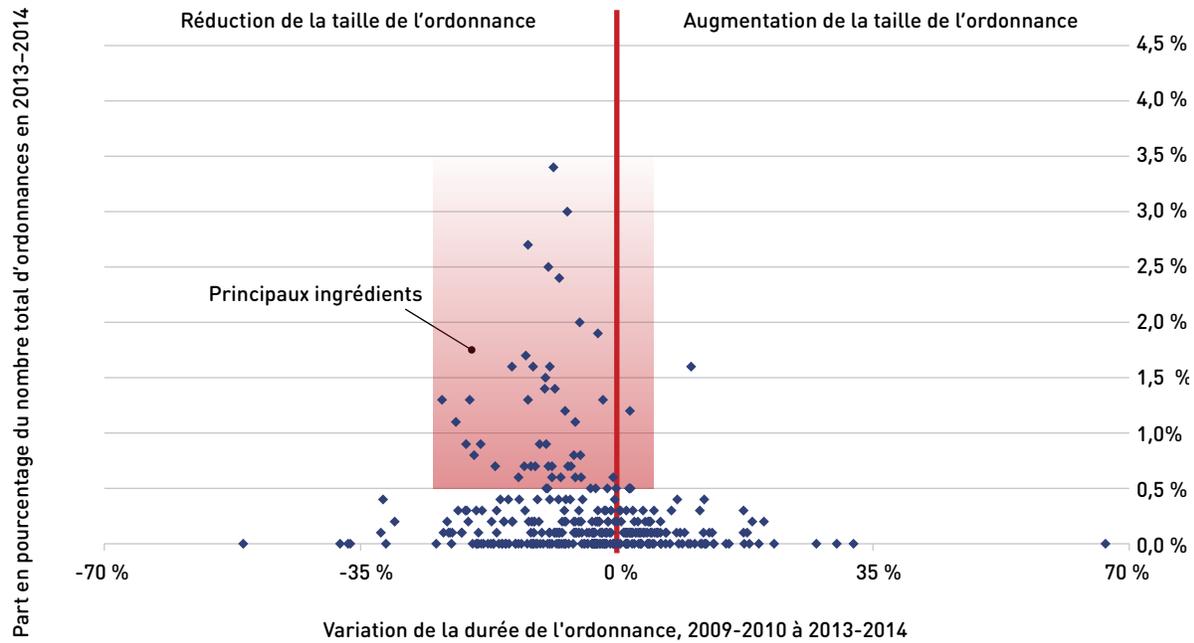
La figure 5.3 illustre une étude de cas portant sur les changements de la taille de l’ordonnance en Colombie-Britannique. L’Alberta et l’Ontario ont enregistré aussi d’importantes réductions à cet égard en 2013-2014, ce qui a exercé, sur les coûts d’exécution, un effet de poussée de 0,8 % en Colombie-Britannique, 1,9 % en Alberta et 2,3 % en Ontario (figure 5.1).

Pour l’étude de cas, on a choisi d’analyser les 350 ingrédients les plus utilisés en 2013-2014 dans des formulations solides administrées par voie orale. On a calculé le pourcentage de changement de l’approvisionnement moyen de 2009-2010 à 2013-2014. Les résultats sont présentés dans un diagramme de dispersion au niveau des ingrédients, le pourcentage de changement du nombre d’unités dans l’approvisionnement moyen par ordonnance se trouvant sur l’axe horizontal et le pourcentage du total des ordonnances, sur l’axe vertical.

La figure présente aussi un tableau des 10 principaux médicaments selon le volume des ordonnances et de leur changement correspondant au niveau de la taille de l'ordonnance de 2009-2010 à 2013-2014.

En Colombie-Britannique, la taille de l'ordonnance a diminué dans le cas d'un pourcentage important d'ingrédients (65,7 %), tandis que les ingrédients les plus prescrits enregistraient des replis prononcés sur le plan de la durée de l'ordonnance.

Figure 5.3 Variation en pourcentage de la taille de l'ordonnance par ingrédient, Colombie-Britannique, 2009-2010 à 2013-2014



Ingrédient	Part en % du total des ordonnances 2009-2010	Part en % du total des ordonnances 2013-2014	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2009-2010	Nombre moyen de jours d'approvisionnement par ordonnance 2013-2014	Variation (%) de la durée de l'ordonnance 2009-2010 à 2013-2014
Lévothyroxine sodique	3.1 %	3.4 %	53	48	-8.7 %
Ramipril	3.3 %	3.0 %	45	42	-6.8 %
Atorvastatine	2.6 %	2.7 %	49	43	-12.2 %
Quétiapine	2.0 %	2.5 %	14	12	-9.4 %
Chlorhydrate de metformine	2.2 %	2.4 %	45	41	-7.9 %
Hydrochlorothiazide	2.4 %	2.0 %	57	54	-5.1 %
Rosuvastatine	1.4 %	1.9 %	55	54	-2.6 %
Citalopram	2.0 %	1.7 %	28	24	-12.5 %
Furosémide	1.7 %	1.6 %	25	22	-11.5 %
Tartrate de métoprolol	1.5 %	1.6 %	38	34	-9.2 %

Nota : Les résultats se limitent aux formules solides administrées par voie orale (comprimés et capsules).

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



Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2012 : Un regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments*. Ottawa ON : ICIS; 2014. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed_Drug_Spending_in_Canada_FR.pdf (page consultée en avril 2016).
- 2 Institut canadien d'information sur la santé. 2014. *Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits – Document d'information, 1^{er} juillet 2014*. Ottawa : ICIS. Disponible à : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC2659&lang=fr&media=0> (page consultée en avril 2016).
- 3 Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés. 2013. *Les facteurs de coût associés aux dépenses en médicaments prescrits – un rapport méthodologique*. Ottawa : CEPMB. Disponible à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=887&lang=fr> (page consultée en avril 2016).
- 4 IMS Brogan Strategic Information Services. 2013 et 2014. *Provincial Reimbursement Advisor (PRA)*. Volume 16 (2, 3, 4) et volume 17 (1, 2).
- 5 Santé Canada. 2013. *Base de données des avis de conformité (AC)*. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/notices-avis/noc-acc/index-fra.php> (page consultée en avril 2016).
- 6 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2014. *Rapport annuel du CEPMB 2013*. Ottawa : CEPMB. Disponible à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=938&lang=fr> (page consultée en avril 2016).
- 7 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. 2015. *Base de données du programme commun d'évaluation des médicaments*. Disponible à : <http://www.cadth.ca/products/cdr> (page consultée en avril 2016).
- 8 Statistique Canada. 2013. *Population par année, par province et territoire*. Statistique Canada, tableau 051-0001 du CANSIM. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-fra.htm> (page consultée en avril 2016).
- 9 Programme des services de santé non assurés (SSNA). 2013. *Rapport annuel du Programme des services de santé non assurés, 2012-2013*. Ottawa : Santé Canada. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/2013_rpt/index-fra.php (page consultée en avril 2016).
- 10 De Coster et coll. 2005. *The High Cost of High-Cost Drug Users in Manitoba*. Winnipeg : Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, Université du Manitoba. Disponible à : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/high_cost_summ.pdf (page consultée en avril 2016).
- 11 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2014. *CompasRx, 1^{re} édition : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments 2012-2013*. Ottawa : CEPMB. Disponible à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1159&lang=fr> (page consultée en avril 2016).
- 12 Alliance pancanadienne pharmaceutique. Disponible à : <http://canadaspremiers.ca/en/initiatives/358-pan-canadian-pharmaceutical-alliance> (page consultée en avril 2016).
- 13 Statistique Canada. 2014. *Le Quotidien – Estimation de la population du Canada : âge et sexe*. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140926/dq140926b-fra.htm> (page consultée en avril 2016).
- 14 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. 2010. *Effet des baby-boomers sur les dépenses en médicaments prescrits et les demandes de remboursement*. Ottawa : CEPMB. Disponible à : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=947&lang=fr> (page consultée en avril 2016).

Annexe A : Conceptions des régimes publics d'assurance-médicaments



Le tableau A1 résume la conception des régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP en 2013-2014, comme le détaille le *Document d'information sur les régimes* produit par l'Institut canadien d'information sur la santé.²

Tableau A1 Conception des régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014

Régime	Description de la couverture																
Colombie-Britannique	<p>Programmes et admissibilité</p> <p>La Colombie-Britannique offre un régime universel comprenant divers programmes destinés à divers groupes de bénéficiaires : le régime Fair PharmaCare, qui fournit une aide régulière aux résidents nés en 1940 ou après et une aide supplémentaire aux résidents d'une famille dont un des conjoints est né en 1939 ou avant; résidents permanents d'établissements de soins en résidence agréés; bénéficiaires de l'aide au revenu et enfants et adolescents pris en charge; personnes atteintes de fibrose kystique qui sont inscrites dans une clinique provinciale de traitement de la fibrose kystique; enfants gravement handicapés âgés de 18 ans et moins; médicaments utilisés en psychiatrie pour les personnes inscrites par un centre de services de santé mentale; services de gestion des médicaments fournis par des pharmacies, par exemple la vaccination financée par l'État et l'examen de la pharmacothérapie d'un patient; soins palliatifs à domicile; patients inscrits au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS; programme de renoncement au tabac.</p> <p>Partage des coûts</p> <p>La Colombie-Britannique avait des franchises annuelles fondées sur le revenu pour ses programmes d'aide Fair PharmaCare et Fair PharmaCare supplémentaire (tableaux ci-dessous). Il n'y avait pas de franchise pour les autres programmes. Après le paiement de la franchise, la quote-part s'élevait à 30 % des coûts des médicaments prescrits pour le programme Fair PharmaCare et à 25 % pour le programme supplémentaire.</p> <p>Fair PharmaCare</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu familial net</th> <th>Franchise approximative (% du revenu net)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 15,000 \$</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>15,000 \$ – 30,000 \$</td> <td>2 %</td> </tr> <tr> <td>> 30,000 \$</td> <td>3 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fair PharmaCare – Programme supplémentaire</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Revenu familial net</th> <th>Franchise approximative (% du revenu net)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 33,000 \$</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>33,000 – 50,000 \$</td> <td>1 %</td> </tr> <tr> <td>> 50,000 \$</td> <td>2 %</td> </tr> </tbody> </table>	Revenu familial net	Franchise approximative (% du revenu net)	< 15,000 \$	0 %	15,000 \$ – 30,000 \$	2 %	> 30,000 \$	3 %	Revenu familial net	Franchise approximative (% du revenu net)	< 33,000 \$	0 %	33,000 – 50,000 \$	1 %	> 50,000 \$	2 %
	Revenu familial net	Franchise approximative (% du revenu net)															
	< 15,000 \$	0 %															
15,000 \$ – 30,000 \$	2 %																
> 30,000 \$	3 %																
Revenu familial net	Franchise approximative (% du revenu net)																
< 33,000 \$	0 %																
33,000 – 50,000 \$	1 %																
> 50,000 \$	2 %																
Alberta	<p>Programmes et admissibilité</p> <p>L'Alberta offre un Seniors Drug Program aux personnes âgées de 65 ans et plus et à leurs personnes à charge admissibles; un Widows Plan pour les personnes admissibles et leurs personnes à charge; une couverture Palliative Coverage pour les résidents traités à domicile; une couverture Non-Group Coverage pour les résidents de moins de 65 ans. Les demandes de remboursement accordé aux résidents en établissement de soins de longue durée par l'intermédiaire de mesures de soutien du revenu ou des programmes Alberta Adult Health Benefit, Assured Revenue for Severely Handicapped, Child Health Benefit, Child Intervention Services et Family Supports for Children with Disabilities ne sont pas transmises aux SNIUMP. D'autres programmes sont offerts, notamment le Outpatient Cancer Drug Program et le Specialized High Cost Drug Program (qui comprend un financement des médicaments pour les greffes d'organe et le traitement du VIH/sida, ainsi que les coûts de plusieurs autres médicaments) – les données de ces programmes ne sont pas transmises au SNIUMP.</p> <p>Partage des coûts</p> <p>L'Alberta a établi les quotes-parts à 30 % de l'ordonnance jusqu'à concurrence de 25 \$ pour les aînés, les veufs et les veuves, les soins palliatifs et les bénéficiaires individuels. Les primes des bénéficiaires individuels étaient de 118 \$/mois pour les familles et de 63,50 \$/mois pour les célibataires. Les primes subventionnées pour les bénéficiaires individuels étaient calculées en fonction du revenu comme suit : 82,60 \$/mois pour les familles et 44,45 \$/mois pour les célibataires. Pour les soins palliatifs, la quote-part maximale était de 1 000 \$.</p>																

Saskatchewan Programmes et admissibilité

La Saskatchewan offre un régime universel comprenant divers programmes destinés à divers groupes de bénéficiaires (à l'exception des personnes admissibles autrement, principalement dans le cadre d'un programme fédéral). Le programme universel est le **Special Support Program**, destiné aux personnes dont les coûts en médicaments sont élevés par rapport à leurs revenus. Parmi les autres programmes offerts et les autres groupes de bénéficiaires se trouvent le **Seniors' Drug Plan** pour les personnes admissibles en fonction de leur revenu; les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti minimal ou le supplément de revenu provincial (Saskatchewan Income Plan); le **Children's Drug Program** pour les enfants de 14 ans et moins; le **Supplementary Health and Family Health Benefits**, dont l'admissibilité est établie par l'entremise des Services sociaux; le programme **Saskatchewan Aids to Independent Living** pour les personnes paraplégiques; des programmes pour les personnes atteintes de fibrose kystique et d'une maladie rénale; le programme **Palliative Care**; le programme **Emergency Assistance**, une aide ponctuelle temporaire jusqu'au moment où le bénéficiaire est admissible à l'aide spéciale (Special Support). Les bénéficiaires admissibles en vertu de plus d'un programme reçoivent la prestation la plus avantageuse calculée par le système au moment de l'exécution de l'ordonnance. Les demandes de remboursement de médicaments inscrits sur la liste et de médicaments d'exception étaient transmises au SNIUMP, tandis que celles pour des médicaments couverts par des programmes spéciaux comme la Saskatchewan Cancer Agency n'étaient pas transmises au SNIUMP.

Partage des coûts

La Saskatchewan avait des franchises annuelles normalisées fondées sur le revenu pour trois programmes : le *supplément de revenu garanti* (SRG) – les bénéficiaires qui vivaient dans la collectivité payaient une franchise semestrielle de 200 \$, tandis que ceux qui vivaient dans des établissements de soins spéciaux payaient 100 \$ deux fois par année. Les bénéficiaires du *Saskatchewan Income Plan* (SIP) et des *Family Health Benefits* (FHB) payaient une franchise semestrielle de 100 \$.

Special Support Program : Un seuil familial (franchise) et une quote-part payée par le client étaient fondés sur l'information sur le revenu fournie sur le formulaire de demande, les documents de l'impôt sur le revenu et les dossiers du régime d'assurance-médicaments. Le seuil était fixé à 3,4 % du revenu familial total (ajusté en fonction du nombre de personnes à charge) et la quote-part était calculée au moyen du revenu familial total et des coûts réels des médicaments.

Des quotes-parts étaient aussi payées pour les programmes suivants, notamment le *Seniors Drug Plan* – jusqu'à 20 \$ par ordonnance; les programmes *FHB*, *SIP* et *SRG* – après paiement de la franchise, une quote-part de 35 % pour les ordonnances s'appliquait à certaines conditions, par exemple, pour les bénéficiaires du FHB, la quote-part ne s'appliquait pas aux enfants de moins de 18 ans et, pour les bénéficiaires du SIP et du SRG, la quote-part pouvait s'appliquer à la couverture en fonction du revenu.

Manitoba Programmes et admissibilité

Le régime d'assurance-médicaments du Manitoba (**Pharmacare**) est offert à tous les résidents de la province admissibles aux prestations en vertu de la *Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance*, y compris aux résidents qui correspondent à la définition de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Pour être admissible, la personne doit faire partie d'une famille qui a dépensé davantage pour des médicaments particuliers lors d'une année de prestations que le montant de la franchise autorisée. D'autres programmes sont offerts aux personnes qui reçoivent des prestations du **Employment and Income Assistance Program**, aux résidents de centres de soins personnels qui reçoivent des prestations du **Personal Care Home Drug Program**; aux malades en phase terminale qui souhaitent demeurer à la maison, dans le cadre du **Palliative Care Drug Program**; et les personnes qui ont besoin d'un traitement anticancéreux externe au moyen de médicaments oraux anticancéreux et d'un soutien particulier, dans le cadre du **Home Cancer Drug Program**. Les produits admissibles au titre de la partie 3 de la Liste des médicaments du Manitoba ne sont pas transmis au SNIUMP et ont été déclarés comme produits exceptionnels dans les rapports de demandes du SNIUMP.

Partage des coûts

Le Manitoba avait une franchise annuelle fondée sur le revenu familial total, dont la franchise minimale était de 100 \$ (tableau ci-dessous).

Taux de la franchise par fourchette de revenu familial

Limite inférieure	Limite supérieure	Franchise
-	≤ 15,000 \$	2,85 %
> 15,000 \$	≤ 21,000 \$	4,05 %
> 21,000 \$	≤ 22,000 \$	4,09 %
> 22,000 \$	≤ 23,000 \$	4,17 %
> 23,000 \$	≤ 24,000 \$	4,23 %
> 24,000 \$	≤ 25,000 \$	4,27 %
> 25,000 \$	≤ 26,000 \$	4,32 %
> 26,000 \$	≤ 27,000 \$	4,37 %
> 27,000 \$	≤ 28,000 \$	4,41 %
> 28,000 \$	≤ 29,000 \$	4,45 %
> 29,000 \$	≤ 40,000 \$	4,48 %
> 40,000 \$	≤ 42,500 \$	4,87 %
> 42,500 \$	≤ 45,000 \$	4,99 %
> 45,000 \$	≤ 47,500 \$	5,09 %
> 47,500 \$	≤ 75,000 \$	5,16 %
> 75,000 \$	-	6,46 %

Programmes et admissibilité

Le **Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)** est offert aux résidents ontariens âgés de 65 ans et plus, aux résidents d'établissements de soins de longue durée et de centres de soins spéciaux, aux bénéficiaires de services professionnels à domicile, aux bénéficiaires d'aide sociale et aux bénéficiaires couverts par le **Programme de médicaments Trillium**, qui fournit des prestations d'assurance-médicaments aux résidents de l'Ontario dont les dépenses pour les médicaments sont élevées par rapport au revenu de leur ménage. Le **Programme de médicaments spéciaux (PMS)** couvre les médicaments onéreux de patients externes atteints de maladies particulières. Le **Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM)** couvre les prestations d'assurance-médicaments pour les médicaments anticancéreux administrés à des patients externes dans les hôpitaux et les établissements de traitement du cancer.

Partage des coûts

Le **Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)** comprend une franchise annuelle de 100 \$ pour les aînés célibataires dont le revenu annuel net est *égal ou supérieur à 16 018 \$* et pour les couples aînés dont le revenu annuel conjoint est *égal ou supérieur à 24 175 \$*.

Les bénéficiaires du Programme de médicaments Trillium ont payé une franchise trimestrielle en fonction du revenu.

Les bénéficiaires du PMO ont payé jusqu'à 2 \$ de quote-part par ordonnance s'il s'agissait :

- d'un aîné célibataire ayant un revenu annuel *inférieur à 16 018 \$*; d'un couple aîné dont le revenu annuel conjoint était *inférieur à 24 175 \$*;
- de personnes recevant des prestations en vertu de la *Loi sur le programme Ontario au travail* ou de la *Loi sur le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*;
- de personnes qui reçoivent des services professionnels dans le cadre du programme de soins à domicile (Home Care Program);
- de résidents d'établissements de soins de longue durée et de centres de soins spéciaux;
- des personnes admissibles au Programme de médicaments Trillium (après l'atteinte de la franchise trimestrielle).

Les bénéficiaires du PMO ont payé jusqu'à 6,11 \$ en frais d'exécution par ordonnance (après l'atteinte de la franchise annuelle de 100 \$) s'il s'agissait :

- d'un célibataire aîné ayant un revenu annuel *égal ou supérieur à 16 018 \$*;
- d'un couple aîné dont le revenu annuel conjoint était *égal ou supérieur à 24 175 \$*.

Une quote-part allant jusqu'à 2,83 \$ a été payée pour chaque ordonnance exécutée dans une pharmacie de l'hôpital externe.

Programmes et admissibilité

Le programme pour aînés (**Seniors**) est offert aux résidents qui reçoivent un supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles selon le critère du revenu. Parmi les autres programmes offerts et les autres groupes de bénéficiaires se trouvent : les personnes atteintes de **fibrose kystique**; les **résidents d'établissements résidentiels agréés**; les clients de **Développement social**; les **enfants pris en charge par le ministère du Développement social** et les **enfants ayant des besoins spéciaux**; les personnes atteintes d'une **insuffisance d'hormones de croissance humaine**; les personnes atteintes de **sclérose en plaques**; le programme de **greffe d'organes**; le traitement du **VIH/sida** et les **résidents de centres de soins**.

Partage des coûts

Les programmes suivants comprenaient des frais d'inscription de 50 \$ par an : fibrose kystique, sclérose en plaques, greffe d'organes, insuffisance d'hormones de croissance et VIH/sida.

Les quotes-parts variaient d'un programme à l'autre, comme suit.

Quotes-parts par ordonnance pour les programmes d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick

Programme/régime	Quote-part par ordonnance	Limite annuelle de la quote-part
Supplément de revenu garanti pour aînés	9,05 \$	500 \$
Supplément de revenu non garanti pour aînés	15,00 \$	-
Résidents d'établissements résidentiels agréés	4,00 \$	250 \$ par famille
Ministère du Développement social	4 \$ pour les adultes de 18 ans et plus 2 \$ pour les enfants de 18 ans et moins	250 \$ par famille
Personnes atteintes de sclérose en plaques	Évaluation annuelle du revenu	-
Fibrose kystique, greffe d'organes, insuffisance d'hormones de croissance, VIH/sida	20 % de l'ordonnance jusqu'à concurrence de 20 \$	-

Programmes et admissibilité

Le **Family Pharmacare Program** fournit de l'aide pour l'assurance-médicaments aux résidents de la Nouvelle-Écosse qui possèdent une carte d'assurance de la Nouvelle-Écosse valide. Parmi les autres programmes offerts : **Drug Assistance for Cancer Patients** pour les familles dont le revenu brut est inférieur à 15 720 \$ et qui n'ont pas d'assurance-médicaments dans le cadre d'un autre programme sauf Family Pharmacare; le **Diabetes Assistance Program** (ce programme n'accepte plus de nouveaux bénéficiaires); le **Seniors' Pharmacare Program** pour les résidents âgés de 65 ans et plus. Les demandes de remboursement accordé dans le cadre des programmes du **ministère des Services communautaires** destinés aux résidents bénéficiaires de l'aide au revenu n'ont pas été transmises au SNIUMP.

Partage des coûts

Le Seniors' Pharmacare Program comprend une prime annuelle maximale de 424 \$. Il n'y avait pas de prime pour les aînés célibataires ayant un revenu inférieur à 18 000 \$ ou ceux qui étaient mariés et dont le revenu conjoint était inférieur à 21 000 \$. Les aînés bénéficiaires du supplément de revenu garanti étaient également exemptés des primes. D'autres bénéficiaires âgés pourraient avoir payé une prime réduite : les célibataires ayant un revenu s'élevant à entre 18 000 \$ et 24 000 \$ et les personnes mariées dont le revenu conjoint s'élevait à entre 21 000 \$ et 28 000 \$.

Les programmes Family Pharmacare et Diabetes Assistance de la Nouvelle-Écosse avaient des franchises annuelles maximales au pourcentage variable par rapport à la taille et au revenu de la famille. Le programme Family Pharmacare de la Nouvelle-Écosse comprend aussi une quote-part annuelle maximale calculée en fonction de la taille et du revenu de la famille.

En ce qui concerne les quotes-parts, les bénéficiaires des programmes Family Pharmacare et Diabetes Assistance payaient 20 % par ordonnance (jusqu'au maximum pour le programme Family Pharmacare; il n'y avait pas de maximum pour le programme Diabetes Assistance). Les bénéficiaires aînés de Pharmacare payaient 30 % du coût de l'ordonnance en quote-part, jusqu'à concurrence de 382 \$ par an.

Programmes et admissibilité

Le **Seniors Drug Cost Assistance** pour les personnes âgées de 65 ans et plus; le **High Cost Drug Program**, le **Diabetes Control Drug Program**; le **Family Health Benefit Program** pour les familles ayant un revenu inférieur au seuil; le **Nursing Home Drug Program**; le **Quit Smoking Program**; le **Financial Assistance Drug Program** et un **Catastrophic Drug Program** (lancé le 1^{er} octobre 2013) pour tout résident permanent dont les coûts annuels des médicaments payés à titre personnel pour les médicaments sur ordonnance admissibles plafonnaient à un montant n'excédant pas un pourcentage établi du revenu du ménage, appelé « plafond du ménage ».

Pour être admissible au **Catastrophic Drug Program** : (i) le demandeur doit être un résident permanent qui est présent dans la province pendant six mois ou plus par an; (ii) le demandeur et les membres admissibles du ménage doivent présenter une déclaration de revenus de l'Île-du-Prince-Édouard pour l'année précédant celle pour laquelle ils demandent des prestations du programme; (iii) le demandeur doit être détenteur d'une carte d'assurance de l'Île-du-Prince-Édouard valide.

Le **Sexually Transmitted Disease Drug Program** est offert aux personnes ayant reçu un diagnostic de MTS ou ayant été en contact avec une personne ayant reçu un diagnostic de MTS. Le programme provincial de traitement de la toxicomanie **Opioid Replacement Therapy (ORT)** était associé au programme pour les MTS en 2013-2014. (Ces deux programmes ont été scindés en avril 2015.)

Partage des coûts

L'Île-du-Prince-Édouard exigeait une quote-part par ordonnance qui variait en fonction de chaque programme et de certains médicaments.

Quote-part par ordonnance en fonction des programmes d'assurance-médicaments ou des médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard

Programme	Quote-part par ordonnance
Aide aux aînés (Seniors Drug Cost Assistance)	Les premiers 8,25 \$ du coût du médicament plus les honoraires professionnels
Prestations pour la famille (Family Health Benefit Program)	Les honoraires professionnels
Médicaments onéreux (High-Cost Drug Program)	La portion en fonction du revenu du coût du médicament plus les honoraires professionnels
Insuline (Diabetes Control Drug Program)	10 \$ par 10 ml ou boîte de cartouches de 1,5 ml ou 20 \$ par boîte de cartouches de 3 ml
Bandelettes de test glycémique (Diabetes Control Drug Program)	11 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 100 bandelettes tous les 30 jours
Médicaments oraux et matériel de tests d'urine	11 \$ par ordonnance
Médicaments antidiabétiques onéreux (Diabetes Control Drug Program)	La portion fondée sur le revenu du coût du médicament plus les honoraires professionnels
Cessation du tabagisme (Quit Smoking Program)	Les patients étaient responsables de tous les coûts des médicaments approuvés, à l'exception d'un premier montant de 75 \$ par an, qui était payé par le programme.
Oxygénothérapie à domicile (Home Oxygen Program)	Le programme d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard payait 50 % des dépenses admissibles jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois.
Médicament onéreux (Catastrophic Drug Program)	En fonction du revenu. Lorsque les dépenses pour les médicaments admissibles payées à titre personnel dépassaient la limite du ménage annuelle, le programme couvrait toutes les dépenses supplémentaires pour les médicaments admissibles pendant l'année de programme.

Programmes et admissibilité

Terre-Neuve-et-Labrador offre cinq régimes d'assurance-médicaments dans le cadre du **Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program**.

- Le **65Plus Plan** pour les résidents âgés de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de la sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti.
- Le **Foundation Plan** couvre les personnes et les familles recevant des prestations de soutien du revenu par l'entremise du ministère de l'Enseignement supérieur et des Compétences (Department of Advanced Education and Skills), les enfants pris en charge par les autorités régionales de santé ou le ministère des Services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille (Department of Child, Youth and Family Services), selon le cas, les personnes ayant des démêlés avec les services correctionnels communautaires pour les jeunes, les personnes qui reçoivent du soutien communautaire et les résidents subventionnés de centres de soins de longue durée et de centres de soins personnels.
- Le régime **Access Plan** couvre les résidents qui ont un faible revenu déterminé en fonction du revenu net de la famille.
- Le régime **Assurance Plan** couvre les résidents qui assument le fardeau financier des coûts élevés des médicaments admissibles.
- Le régime **Needs Plan** couvre les résidents qui ont reçu un diagnostic de fibrose kystique et les résidents âgés de 18 ans et moins qui sont atteints d'une insuffisance d'hormones de croissance.

Partage des coûts

Les quotes-parts par ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador variaient pour chaque régime, comme suit.

Pour le régime destiné aux aînés (65Plus Plan), la quote-part était de 6 \$ au maximum par ordonnance.

Pour le régime Access Plan, la quote-part par ordonnance du bénéficiaire variait en fonction du revenu et de la situation familiale, comme suit.

Quotes-parts par ordonnance – « Access Plan » de Terre-Neuve-et-Labrador

Familles avec enfants		Couples sans enfant		Célibataires	
Revenu	Quote-part	Revenu	Quote-part	Revenu	Quote-part
< 30,009 \$	20,0 %	< 21,435 \$	20,0 %	< 18,577 \$	20,0 %
31,000 \$	23,9 %	22,000 \$	23,3 %	19,000 \$	22,5 %
32,000 \$	27,7 %	23,000 \$	29,1 %	20,000 \$	28,3 %
33,000 \$	31,6 %	24,000 \$	35,0 %	21,000 \$	34,1 %
34,000 \$	35,5 %	25,000 \$	40,8 %	22,000 \$	40,0 %
35,000 \$	39,4 %	26,000 \$	46,6 %	23,000 \$	45,8 %
36,000 \$	43,3 %	27,000 \$	52,4 %	24,000 \$	51,6 %
37,000 \$	47,2 %	28,000 \$	58,3 %	25,000 \$	57,5 %
38,000 \$	51,1 %	29,000 \$	64,1 %	26,000 \$	63,3 %
39,000 \$	55,0 %	30,000 \$	69,9 %	27,000 \$	69,1 %
40,000 \$	58,8 %	30,009 \$	70,0 %	27,151 \$	70,0 %
41,000 \$	62,7 %	-	-	-	-
42,000 \$	66,6 %	-	-	-	-
42,870 \$	70,0 %	-	-	-	-

Pour le régime Assurance Plan, les coûts annuels des médicaments payés à titre personnel des particuliers et des familles étaient plafonnés comme suit.

Revenu annuel net (ligne 236 moins ligne 117 de la déclaration de revenus)	Maximum du revenu net à dépenser pour des médicaments
0 \$ – 39,999 \$	5 %
40,000 \$ – 74,999 \$	7,5 %
75,000 \$ – 149,999 \$	10 %

Programmes et admissibilité

Le **Programme des services de santé non assurés** fournit aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus une couverture pour un ensemble limité de biens et services médicalement nécessaires. Pour être admissible, une personne doit être un résident du Canada et un membre inscrit des Premières Nations conformément à la *Loi sur les Indiens*, un Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale, ou un nourrisson de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible. Les personnes qui sont autrement couvertes par une entente distincte (p. ex. une entente d'autonomie gouvernementale) ne sont pas admissibles à la couverture.

Partage des coûts

-



Annexe B : Politiques d'établissement des prix des médicaments génériques dans les programmes provinciaux d'assurance-médicaments

Le tableau B1 présente un résumé, en date du 31 décembre 2015, des politiques de réduction des prix des médicaments génériques dans les diverses provinces ainsi que leur date d'entrée en vigueur.

Tableau B1 Politiques provinciales d'établissement des prix des médicaments génériques exprimés en pourcentage du prix des médicaments de marque

Province	2010	2011	2012	2013	2014	2015
APP* 18 %				1 ^{er} avril : 18 % pour six [†] médicaments génériques les plus courants (Conseil de la fédération)	1 ^{er} avril : 18 % pour dix [†] médicaments génériques les plus courants (Conseil de la fédération)	1 ^{er} avril : 18 % pour quatorze [†] médicaments génériques les plus courants (Conseil de la fédération)
APP* Cadre de tarification par niveau					<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 1 (source unique) – un médicament générique : 85 % du prix de référence du médicament de marque en l'absence d'une entente concernant la liste des produits (ELP) pour le médicament de marque; 75 % si une ELP existe • Niveau 2 (deux sources) – deux médicaments génériques : 50 % du prix du médicament de marque • Niveau 3 (sources multiples) – trois médicaments génériques ou plus : 25 % du prix du médicament de marque pour les formes solides administrées par voie orale; 35 % pour les formes solides non administrées par voie orale 	
Colombie-Britannique	15 octobre : 50 % médicaments génériques existants 42 % nouveaux médicaments génériques	4 juillet : 40 % tous les médicaments génériques	2 avril : 35 % tous les médicaments génériques	1 ^{er} avril : 25 % la plupart des médicaments génériques	1 ^{er} avril : 20 % la plupart des médicaments génériques	
Alberta	1 ^{er} avril : 56 % médicaments génériques existants 45 % nouveaux médicaments génériques		1 ^{er} juillet : 35 % tous les médicaments génériques	1 ^{er} mai : 18 %	1 ^{er} avril : plus bas prix disponibles pour les médicaments génériques existants; tarification par niveau pour les nouveaux médicaments génériques : 70 % un générique 50 % deux génériques, 25 % trois génériques 18 % quatre génériques ou plus	

Suite à la page suivante

Province	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Saskatchewan		1 ^{er} avril : 40 % nouveaux médicaments génériques 1 ^{er} mai et 1 ^{er} juin : 45 % médicaments génériques existants 1 ^{er} avril et 1 ^{er} octobre : 35 % médicaments génériques des catégories de l'ancien contrat d'offre permanente	1 ^{er} avril : 35 %			1 ^{er} avril : 25 %
Manitoba	L'établissement des prix des médicaments génériques est régi par les ententes de gestion de l'utilisation conclues avec les fabricants, qui établissent que le prix d'un médicament générique est équivalent à celui offert dans d'autres provinces choisies.					
Ontario	1 ^{er} juillet : 25 % † régime public 50 % régime privé et dépenses personnelles	1 ^{er} avril : 25 % † public 35 % privé et direct	1 ^{er} avril : 25 % † public, privé et direct			15 mai : Tarification par niveau pour les médicaments génériques‡
Québec	Le Québec exige des fabricants de médicaments génériques qu'ils lui accordent le prix le plus bas offert dans les autres provinces.					
Nouveau-Brunswick			1 ^{er} juin : 40 % 1 ^{er} décembre : 35 %	1 ^{er} juin : 25 %		
Nouvelle-Écosse	1 ^{er} juillet : 45 %		1 ^{er} janvier : 40 % 1 ^{er} juillet : 35 %		12 novembre : 25 %	
Île-du-Prince-Édouard			1 ^{er} juillet : 35 %	1 ^{er} décembre : 25 %		
Terre-Neuve-et-Labrador			1 ^{er} avril : 45 % 1 ^{er} octobre : 40 %	1 ^{er} avril : 35 % 1 ^{er} juillet : 25 %		

* Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) : <http://www.canadaspremiers.ca/fr/initiatives-fr/12-root-category-all-articles/361-alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app>. Depuis le 1^{er} avril 2013, les politiques provinciales générales d'établissement des prix des médicaments génériques ne s'appliquent plus aux médicaments assujettis à la politique de 18 %, conformément à la décision du Conseil de la fédération. Le Québec n'a pas participé à l'initiative de l'APP concernant les médicaments génériques à ce moment, mais profite de celle-ci en raison de sa politique sur les prix les plus bas.

† Médicaments assujettis à la règle du 18 %, par date d'entrée en vigueur

1^{er} avril 2013 : atorvastatine, ramipril, venlafaxine, amlodipine, oméprazole et rabéprazole

1^{er} avril 2014 : rosuvastatine, pantoprazole, citalopram et simvastatine

1^{er} avril 2015 : clopidogrel, gabapentine, metformine et olanzapine

‡ Modifications aux règlements applicables aux médicaments génériques figurant sur les Formulaire des médicaments de l'Ontario depuis le 1^{er} avril 2013.

Remarque : Les politiques sur l'établissement des prix des médicaments génériques s'appliquent aux médicaments de forme solide administrés par voie orale; pour tous les autres, les prix s'établissent à 35 %.



Annexe C : Politiques sur la marge bénéficiaire des régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014

Le tableau C1 présente un résumé des politiques de marge bénéficiaire de 2013-2014 des régimes publics d'assurance-médicaments qui participent au SNIUMP.

Tableau C1 : Politiques de marge bénéficiaire des régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014

Régime	Politique										
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la plupart des médicaments, maximum de 8 % • Médicaments onéreux*, maximum de 5 % • Produits assujettis à l'établissement des prix du coût d'achat réel (CAR), maximum de 7 % <p><i>* Médicaments onéreux s'entend de ceux pour lesquels le coût quotidien prévu d'une dose typique est égal ou supérieur à 40 \$ (coût annuel de 14,600 \$).</i></p>										
Alberta	Les prix figurant dans la Liste des médicaments d'Alberta Health comprennent une marge bénéficiaire de gros, mais seulement si le fabricant du médicament le distribue par l'entremise d'un grossiste. Dans ces cas, on demande au fabricant du médicament d'inclure une remise de distribution pouvant s'élever à 7,5 %. En 2013-2014, cette mesure s'appliquait seulement aux produits de source unique.										
Saskatchewan	À quelques exceptions près, la marge bénéficiaire maximale accordée aux pharmacies pour les médicaments sur ordonnance était la suivante : <table border="1" data-bbox="365 997 938 1180"> <thead> <tr> <th>Coût du médicament</th> <th>Marge bénéficiaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,01 \$– 6,30 \$</td> <td>30 %</td> </tr> <tr> <td>6,31 \$– 15,80 \$</td> <td>15 %</td> </tr> <tr> <td>15,81 \$– 200 \$</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>> 200,01 \$</td> <td>20 \$ (maximum)</td> </tr> </tbody> </table> <p>La Saskatchewan autorisait aussi une marge bénéficiaire de gros sur certains produits : insuline, 5 %; produits de contrats d'offre permanente, 6 %; médicaments génériques, 6,5 %; et la plupart des autres médicaments, 8,5 %. La marge bénéficiaire de gros est plafonnée à 50 \$ par dimension d'emballage et dépend du coût d'achat réel (CAR).</p>	Coût du médicament	Marge bénéficiaire	0,01 \$– 6,30 \$	30 %	6,31 \$– 15,80 \$	15 %	15,81 \$– 200 \$	10 %	> 200,01 \$	20 \$ (maximum)
Coût du médicament	Marge bénéficiaire										
0,01 \$– 6,30 \$	30 %										
6,31 \$– 15,80 \$	15 %										
15,81 \$– 200 \$	10 %										
> 200,01 \$	20 \$ (maximum)										
Manitoba	Aucune politique de marge bénéficiaire.										
Ontario	Maximum 8 % lorsque c'est autorisé.										
Nouveau-Brunswick	Depuis le 1 ^{er} juin 2013, la marge applicable aux médicaments interchangeables a été augmentée à 8 %.										
Nouvelle-Écosse	Prix courant du fabricant plus 10,5 % (maximum de 250 \$), y compris la méthadone, ou le prix remboursable maximal (PRM) ou le prix de remboursement de Pharmacare (PRP) plus 6,0 % (maximum de 250 \$) plus 1,05 \$ de frais de transition. Exceptions : les fournitures de stomie – CAR plus 10,0 % (maximum de 50 \$) plus des frais de transition de 1,05 \$; les produits composés magistraux (sauf la méthadone et les médicaments injectables) – CAR plus 2,0 % (maximum de 50 \$) plus 0,75 \$ de frais de transition.										
Île-du-Prince-Édouard	Une marge bénéficiaire maximale de 6 % était autorisée pour les médicaments figurant dans la liste des prix remboursables maximums (PRM), et de 10 % sur le coût des ingrédients pour les médicaments de marque pour lesquels le coût d'ordonnance était de 2 702 \$ ou moins, jusqu'à concurrence de 250 \$ par ordonnance, et 9,25 % sur le coût des ingrédients des médicaments de marque pour lesquels le coût d'ordonnance était de 2 703 \$ ou plus.										
Terre-Neuve-et-Labrador	Une marge bénéficiaire de 8,5 %, qui était incluse dans le prix courant de la liste des prestations.										
SSNA	Le remboursement des pharmacies, qui peut ou non comprendre une marge bénéficiaire, a été déterminé par le Programme des SSNA ou négocié entre le Programme des SSNA et les associations de pharmaciens et variait d'une province à l'autre.										

Annexe D : Politiques sur les frais d'exécution dans les régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014



Le tableau D1 présente un résumé du remboursement des frais d'exécution en 2013-2014 des régimes publics d'assurance-médicaments qui participent au SNIUMP, comme le détaille le *Document d'information sur les régimes* produit par l'Institut canadien d'information sur la santé².

Tableau D1 : Remboursement des frais d'exécution des régimes publics d'assurance-médicaments, 2013-2014

Régime	Politique sur les frais d'exécution												
Colombie-Britannique	En 2013-2014, les frais d'exécution maximums autorisés étaient de 10,00 \$. Les frais d'exécution n'étaient pas remboursés pour l'insuline ou les aiguilles et les seringues pour l'insulinothérapie. Les autres remboursements comprenaient les honoraires des pharmaciens qui fournissaient des services aux établissements de soins de longue durée qui touchaient 43,75 \$ par lit bénéficiant du service. Un programme incitatif fournissait une subvention par demande de remboursement (3,00 \$ à 10,50 \$) aux pharmacies rurales dont le volume de demandes était inférieur à 1 700 demandes mensuelles. Un programme de vaccination remboursait les pharmaciens d'un montant de 10 \$ pour chaque vaccin financé par l'État administré par un pharmacien autorisé.												
Alberta	L'Alberta remboursait les frais d'exécution des pharmacies et versait une remise pour inventaire supplémentaire. Les frais exigés variaient en fonction du coût d'achat du médicament. Du 1 ^{er} avril 2013 au 15 mars 2014, les frais étaient les suivants. Coût d'achat réel Remise pour inventaire supplémentaire Frais d'exécution moins remis pour inventaire <table border="1" data-bbox="365 993 1201 1171"> <thead> <tr> <th>Coût d'achat réel</th> <th>Remise pour inventaire supplémentaire</th> <th>Frais d'exécution moins remis pour inventaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 \$ - 74,99 \$</td> <td>1,71 \$</td> <td>10,22 \$</td> </tr> <tr> <td>75,00 \$ - 149,99 \$</td> <td>2,00 \$</td> <td>15,53 \$</td> </tr> <tr> <td>150,00 \$ ou plus</td> <td>5,03 \$</td> <td>20,94 \$</td> </tr> </tbody> </table> L'Alberta remboursait également un droit supplémentaire maximum de 0,75 \$ par minute au-delà de sept minutes pour les composés sur ordonnance. Pour certaines catégories de médicaments, notamment l'insuline et les contraceptifs oraux, le remboursement de la pharmacie ne pouvait pas dépasser le prix d'achat du médicament, multiplié par 5/3.	Coût d'achat réel	Remise pour inventaire supplémentaire	Frais d'exécution moins remis pour inventaire	0 \$ - 74,99 \$	1,71 \$	10,22 \$	75,00 \$ - 149,99 \$	2,00 \$	15,53 \$	150,00 \$ ou plus	5,03 \$	20,94 \$
Coût d'achat réel	Remise pour inventaire supplémentaire	Frais d'exécution moins remis pour inventaire											
0 \$ - 74,99 \$	1,71 \$	10,22 \$											
75,00 \$ - 149,99 \$	2,00 \$	15,53 \$											
150,00 \$ ou plus	5,03 \$	20,94 \$											
Saskatchewan	Les frais d'exécution maximums étaient établis à 10,75 \$ pour 2013-2014. La Saskatchewan versait un remboursement supplémentaire pour les ordonnances à l'essai, la méthadone, l'emballage de conformité et les médicaments composés.												
Manitoba	Au Manitoba, les fournisseurs de services de pharmacie recevaient des honoraires professionnels fonction du marché. Les frais d'exécution ou les honoraires professionnels sont les coûts directs et indirects afférents aux fonctions d'exécution, de délivrance et de services cognitifs, y compris les conseils aux patients et les profits. Les frais d'exécution sont réglementés en vertu du <i>Règlement sur le paiement de prestations pour les médicaments sur ordonnance</i> , qui définit les honoraires professionnels comme suit : « montant que demande normalement un pharmacien aux personnes qui doivent assumer le paiement des honoraires sans remboursement ». Le <i>Règlement</i> garantit que les fournisseurs de services de pharmacie établissent des frais uniformes, en fonction du marché, pour lesquels les clients qui paient comptant reçoivent des services équivalents à ceux des bénéficiaires de Pharmacare. Les autres remboursements comprenaient des frais d'exécution maximum de 6,95 \$ pour le programme d'aide à l'emploi et au revenu. Pour les centres de soins personnels, les pharmaciens recevaient un remboursement de 37,50 \$ par lit et par mois à Winnipeg et de 38,20 \$ par lit et par mois en région rurale.												

Ontario	Les frais d'exécution pour les pharmacies non rurales étaient de 8,62 \$; pour les pharmacies rurales, les frais se situaient entre 9,69 \$ et 12,92 \$ en 2013-2014. Les frais d'exécution étaient établis à un maximum de deux montants par médicament par patient et par mois; les exceptions comprenaient les patients dans des établissements de soins de longue durée, les centres de soins spéciaux et/ou des médicaments figurant sur la liste des médicaments exemptés.														
Nouveau-Brunswick	Les montants versés pour les frais d'exécution ont changé le 1 ^{er} juin 2013, comme suit : 10,50 \$ pour chaque ordonnance pour les produits interchangeables et non interchangeables; 9,50 \$ pour une ordonnance de méthadone pour le traitement d'une dépendance aux opioïdes; 15,75 \$ pour les préparations magistrales (composés). Dans le cadre d'un incitatif pour les pharmacies rurales, un montant de 2,00 \$ supplémentaire était versé pour les 10 000 premières ordonnances exécutées pendant un exercice. Cet incitatif s'appliquait aux pharmacies qui étaient éloignées de 25 km ou plus l'une de l'autre.														
Nouvelle-Écosse	Les frais d'exécution pour les médicaments ou les fournitures, y compris la méthadone, étaient remboursés à raison de 11,05 \$, à l'exception des composés magistraux (sauf la méthadone et les médicaments injectables) qui étaient remboursés à raison de 16,58 \$.														
Île-du-Prince-Édouard	Depuis le 1 ^{er} avril 2013, les frais d'exécution maximums autorisés sont passés de 11,65 \$ à 12,00 \$. Les frais maximum autorisés pour les composés magistraux étaient de 1,5 fois les frais d'exécution maximums autorisés de 18 \$. Les honoraires fixés par résident de centre de soins privé étaient de 73,55 \$.														
Terre-Neuve-et-Labrador	Tableau des frais d'exécution pour les régimes Foundation Plan, Access Plan et Assurance Plan pour la période du 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 <table border="1" data-bbox="412 934 1081 1083"> <thead> <tr> <th>Coût du médicament</th> <th>Frais d'exécution</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 \$ – 49,99 \$</td> <td>11,05 \$</td> </tr> <tr> <td>50,00 \$ – 249,99 \$</td> <td>22,55 \$</td> </tr> <tr> <td>250,00 \$ et plus</td> <td>49,55 \$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Des frais de préparation magistrale équivalant à 1,5 fois les frais d'exécution étaient remboursés pour les produits composés. Cette mesure s'appliquait aux médicaments composés comprenant trois ingrédients ou plus.</p> <p>Tableau des frais d'exécution pour le régime 65Plus Plan pour la période du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014</p> <table border="1" data-bbox="412 1173 1081 1285"> <thead> <tr> <th>Coût du médicament</th> <th>Frais d'exécution</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 \$ – 249,99 \$</td> <td>11,05 \$</td> </tr> <tr> <td>250,00 et plus</td> <td>39,53 \$</td> </tr> </tbody> </table>	Coût du médicament	Frais d'exécution	0 \$ – 49,99 \$	11,05 \$	50,00 \$ – 249,99 \$	22,55 \$	250,00 \$ et plus	49,55 \$	Coût du médicament	Frais d'exécution	0 \$ – 249,99 \$	11,05 \$	250,00 et plus	39,53 \$
Coût du médicament	Frais d'exécution														
0 \$ – 49,99 \$	11,05 \$														
50,00 \$ – 249,99 \$	22,55 \$														
250,00 \$ et plus	49,55 \$														
Coût du médicament	Frais d'exécution														
0 \$ – 249,99 \$	11,05 \$														
250,00 et plus	39,53 \$														
SSNA	Le remboursement des pharmacies, qui comprenait les frais d'exécution, était déterminé par le Programme des SSNA ou négocié entre le Programme des SSNA et les associations de pharmaciens et variait d'une province à l'autre.														

Annexe E : Recommandations d'inscription du Programme commun d'évaluation des médicaments, selon le médicament et l'indication, 2013-2014



	Nom commercial (ingrédient)	Indication	Date de la recommandation
Inscrire avec critères ou condition	Actemra (tocilizumab)	Polyarthrite idiopathique juvénile	19-mars-14
	Fibrystal (acétate d'ulipristal)	Fibromes utérins (signes et symptômes)	15-nov.-13
	Fycompa (pérampanel)	Épilepsie, crises d'épilepsie partielle	17-oct.-13
	Genotropin (somatropine)	Déficit de l'hormone de croissance, adulte	20-déc.-13
	Genotropin (somatropine)	Déficit de l'hormone de croissance, pédiatrique	20-déc.-13
	Genotropin (somatropine)	Syndrome de Turner	20-déc.-13
	Incivek (télaprévir)	Infection à l'hépatite C chronique	13-juin-13
	Incivek (télaprévir)	Hépatite C chronique	13-juin-13
	Jentaduo (linagliptine/chlorhydrate de metformine)	Diabète sucré (type 2)	17-oct.-13
	Jetrea (ocriplasmine)	Traction vitréo-maculaire	20-déc.-13
	Latuda (lurasidone)	Schizophrénie	20-déc.-13
	Onglyza (saxagliptine)	Diabète sucré (type 2)	15-nov.-13
	Seebri (bromure de glycopyrronium)	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchodilatateur de maintien	15-mai-13
	Stribild (elvitégravir, cobicistat, emtricitabine, fumarate de ténofovir disoproxil)	Infection à VIH-1	15-mai-13
	Tecfidera (fumarate de diméthyle)	Sclérose en plaques, récurrent	25-sept.-13
	Victrelis (bocéprévir)	Infection à l'hépatite C chronique	13-juin-13
	Victrelis (bocéprévir)	Hépatite C chronique	13-juin-13
	Xarelto (rivaroxaban)	Événements thromboemboliques (veineux), embolie pulmonaire	26-mars-14

Suite à la page suivante

	Nom commercial (ingrédient)	Indication	Date de la recommandation
Inscrire avec certains critères cliniques ou conditions	Humira (adalimumab)	Arthrite idiopathique juvénile	18-juill.-13
	Orencia (abatacept)	Polyarthrite rhumatoïde	18-juill.-13
	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Prévention de l'ACV et de l'embolie systémique chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire	18-juill.-13
	Xarelto (rivaroxaban)	Prévention de l'ACV chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire	18-juill.-13
Ne pas inscrire sur la liste des médicaments assurés au prix soumis	Aloxi – injection (chlorhydrate de palonosétron)	Prévention des nausées et des vomissements (induits par la chimiothérapie)	15-mai-13
	Bystolic (nébivolol)	Hypertension essentielle	18-juill.-13
	Edarbi (azilsartan médoxomil)	Hypertension essentielle	17-oct.-13
	Simponi (golimumab)	Colite ulcéreuse	19-mars-14
Ne pas inscrire	Afinitor (évérolimus)	Angiomyolipome rénal associé avec la sclérose tubéreuse complexe (STC)	25-sept.-13
	Aloxi – capsule (chlorhydrate de palonosétron)	Prévention des nausées et des vomissements (induits par la chimiothérapie)	24-avr.-13
	Edarbyclor (azilsartan médoxomil, chlorthalidone)	Hypertension essentielle	17-oct.-13
	Esbriet (pirfenidone)	Fibrose pulmonaire (idiopathique, légère à modérée)	18-avr.-13
	Picato (mébutate d'ingenol)	Kératose actinique	22-janv.-14
	Rebif (interféron bêta-1a)	Syndrome clinique isolé	19-août-13
	Soliris (éculizumab)	Syndrome hémolytique et urémique atypique	18-juill.-13
	Sublinox (tartrate de zolpidem)	Insomnie, traitement à court terme	25-sept.-13



Annexe F : Cent principaux médicaments brevetés par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 (en millions de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Lucentis (ranibizumab)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc	337,42 \$	-	56,23 \$	4,15 \$	-	270,12 \$	3,66 \$	-	0,22 \$	2,00 \$	1,04 \$
2	Remicade (infliximab)	Janssen Inc.	280,87 \$	67,22 \$	49,20 \$	25,08 \$	24,96 \$	87,18 \$	6,36 \$	10,07 \$	2,21 \$	3,87 \$	4,70 \$
3	Advair (salmétérol, propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	162,37 \$	20,84 \$	20,56 \$	5,27 \$	11,41 \$	90,52 \$	4,40 \$	3,25 \$	0,27 \$	1,50 \$	4,35 \$
4	Humira (adalimumab)	AbbVie Corporation	139,79 \$	49,44 \$	26,69 \$	12,43 \$	16,23 \$	17,27 \$	2,57 \$	5,89 \$	1,65 \$	3,04 \$	4,58 \$
5	Enbrel (etanercept)	Immunex Corporation	112,04 \$	27,08 \$	18,50 \$	8,12 \$	14,14 \$	28,82 \$	2,80 \$	3,70 \$	0,85 \$	1,32 \$	6,72 \$
6	Spiriva (tiotropium)	Boehringer Ingelheim	102,44 \$	7,51 \$	14,36 \$	3,45 \$	1,83 \$	68,99 \$	2,18 \$	2,23 \$	0,22 \$	0,60 \$	1,08 \$
7	Cipralext (escitalopram)	Lundbeck Canada Inc.	100,42 \$	39,62 \$	5,63 \$	-	0,01 \$	52,65 \$	-	0,02 \$	0,00 \$	-	2,48 \$
8	Aricept (chlorhydrate de donépézil)	Pfizer Canada Inc.	95,76 \$	9,96 \$	7,71 \$	1,31 \$	2,60 \$	69,08 \$	1,64 \$	1,87 \$	0,39 \$	0,98 \$	0,23 \$
9	Lantus (insuline glargine)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	90,76 \$	15,46 \$	7,88 \$	5,93 \$	2,26 \$	50,83 \$	0,74 \$	0,79 \$	0,00 \$	0,00 \$	6,86 \$
10	Coversyl (péridopril erbumine)	Servier Canada Inc.	87,28 \$	13,05 \$	8,06 \$	5,16 \$	4,20 \$	48,50 \$	2,52 \$	2,11 \$	0,32 \$	1,20 \$	2,18 \$
11	Ezetrol (ézétimibe)	Merck Canada Inc.	84,58 \$	0,03 \$	7,07 \$	6,53 \$	1,39 \$	63,12 \$	1,97 \$	1,96 \$	0,16 \$	1,01 \$	1,35 \$
12	Januvia (sitagliptine)	Merck Canada Inc.	75,83 \$	4,10 \$	2,02 \$	1,42 \$	1,00 \$	63,01 \$	0,56 \$	0,62 \$	-	0,09 \$	3,02 \$
13	Cymbalta (duloxétine)	Eli Lilly Canada Inc.	71,28 \$	0,55 \$	6,62 \$	2,35 \$	2,78 \$	57,67 \$	0,13 \$	0,21 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,94 \$
14	Revlimid (lénalidomide)	Celgene Inc.	63,49 \$	-	-	-	6,42 \$	49,65 \$	2,30 \$	2,66 \$	-	2,18 \$	0,27 \$
15	Symbicort (budésonide, formotérol dihydraté fumarate)	AstraZeneca Canada Inc.	61,87 \$	8,04 \$	10,31 \$	2,67 \$	4,34 \$	32,80 \$	0,85 \$	1,11 \$	0,11 \$	0,52 \$	1,13 \$
16	Tecta (pantoprazole)	Takeda Canada Inc.	61,57 \$	8,20 \$	4,16 \$	1,65 \$	-	34,82 \$	5,99 \$	2,64 \$	0,73 \$	1,92 \$	1,44 \$
17	Flovent HFA (propionate de fluticasone)	GlaxoSmithKline Inc.	53,24 \$	10,84 \$	1,46 \$	3,29 \$	2,92 \$	22,76 \$	2,15 \$	1,53 \$	0,31 \$	2,01 \$	5,96 \$
18	Pradaxa (dabigatran etexilate)	Boehringer Ingelheim	46,77 \$	2,68 \$	5,65 \$	1,31 \$	1,32 \$	34,26 \$	0,71 \$	0,61 \$	0,04 \$	0,03 \$	0,16 \$
19	Celebrex (célécoxib)	Pfizer Canada Inc.	46,43 \$	1,10 \$	4,59 \$	3,31 \$	2,73 \$	30,65 \$	1,74 \$	0,37 \$	0,00 \$	0,61 \$	1,34 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
20	Copaxone (acétate de glatiramère)	Teva Pharmaceutical Industries Ltd.	41,63 \$	7,06 \$	13,03 \$	4,85 \$	4,14 \$	9,35 \$	1,34 \$	-	0,52 \$	0,67 \$	0,68 \$
21	Janumet (sitagliptine, chlorhydrate de metformine)	Merck Canada Inc.	38,42 \$	2,39 \$	1,23 \$	0,47 \$	-	33,04 \$	0,22 \$	0,12 \$	-	0,00 \$	0,94 \$
22	Abilify (aripiprazole)	Bristol-Myers Squibb Canada	34,00 \$	6,46 \$	0,62 \$	0,46 \$	2,13 \$	23,10 \$	0,36 \$	0,14 \$	0,00 \$	0,04 \$	0,68 \$
23	Invega Sustenna (palipéridone)	Janssen Inc.	33,81 \$	10,94 \$	0,48 \$	1,00 \$	0,05 \$	19,49 \$	0,36 \$	0,02 \$	-	0,00 \$	1,47 \$
24	Oxyneo (chlorhydrate d'oxycodone)	Purdue Pharma	33,05 \$	1,60 \$	7,42 \$	1,48 \$	3,07 \$	16,86 \$	0,79 \$	0,25 \$	0,04 \$	0,26 \$	1,27 \$
25	Xarelto (rivaroxaban)	Bayer Inc.	32,82 \$	3,54 \$	3,94 \$	1,26 \$	0,92 \$	22,00 \$	0,46 \$	0,38 \$	0,03 \$	0,05 \$	0,25 \$
26	Risperdal Consta (rispéridone)	Janssen Inc.	32,77 \$	5,83 \$	0,44 \$	1,45 \$	1,76 \$	17,97 \$	1,91 \$	0,22 \$	0,28 \$	0,38 \$	2,54 \$
27	Neupogen (filgrastim)	Amgen Canada Inc.	31,80 \$	7,54 \$	1,57 \$	0,16 \$	0,02 \$	20,02 \$	0,61 \$	-	0,24 \$	1,00 \$	0,65 \$
28	Truvada (fumarate de ténofovir disoproxil, emtricitabine)	Gilead Sciences Canada Inc.	30,93 \$	-	-	1,24 \$	2,42 \$	22,68 \$	0,96 \$	-	-	0,24 \$	3,40 \$
29	Atripla (emtricitabine, fumarate de ténofovir disoproxil, éfavirenz)	Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences LLC	30,77 \$	-	-	1,77 \$	1,16 \$	24,63 \$	0,94 \$	-	-	0,26 \$	2,01 \$
30	Novorapid (insuline aspart)	Novo Nordisk Canada Inc.	26,78 \$	3,01 \$	2,22 \$	0,83 \$	1,97 \$	15,56 \$	0,39 \$	0,69 \$	0,38 \$	0,10 \$	1,62 \$
31	Levemir Penfill (insuline détémir)	Novo Nordisk Canada Inc.	25,81 \$	2,09 \$	3,43 \$	1,19 \$	0,00 \$	17,89 \$	0,13 \$	0,42 \$	-	-	0,67 \$
32	Viread (fumarate de ténofovir disoproxil)	Gilead Sciences Canada Inc.	25,72 \$	5,01 \$	2,29 \$	0,26 \$	1,01 \$	16,87 \$	0,08 \$	0,08 \$	-	0,02 \$	0,12 \$
33	Tiazac XC (chlorhydrate de diltiazem)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	25,71 \$	2,89 \$	3,56 \$	0,66 \$	1,45 \$	15,05 \$	0,66 \$	0,57 \$	0,11 \$	0,48 \$	0,29 \$
34	Epex (époétin alfa)	Janssen Inc.	24,97 \$	-	1,92 \$	2,47 \$	0,58 \$	16,44 \$	0,84 \$	0,13 \$	-	1,17 \$	1,42 \$
35	Simponi (golimumab)	Janssen Inc.	24,85 \$	5,05 \$	4,14 \$	1,51 \$	0,31 \$	10,02 \$	0,51 \$	1,04 \$	0,11 \$	0,60 \$	1,56 \$
36	Botox (onabotulinumtoxina)	Allergan Inc.	24,11 \$	5,14 \$	2,41 \$	0,78 \$	1,29 \$	12,81 \$	0,47 \$	0,54 \$	-	-	0,67 \$
37	Avonex (interféron bêta-1a)	Biogen Canada Inc.	23,31 \$	4,01 \$	3,12 \$	1,39 \$	3,36 \$	7,57 \$	2,32 \$	-	0,39 \$	0,73 \$	0,41 \$
38	Stelara (ustekinumab)	Janssen Inc.	23,18 \$	4,30 \$	4,21 \$	0,93 \$	1,12 \$	9,37 \$	0,38 \$	1,22 \$	-	1,19 \$	0,46 \$
39	Detrol LA (tartrate de toltérodine)	Pfizer Canada Inc.	21,34 \$	0,07 \$	2,22 \$	1,04 \$	0,76 \$	16,03 \$	0,40 \$	0,33 \$	0,02 \$	0,18 \$	0,31 \$
40	Kivexa (abacavir, lamivudine)	ViiV Healthcare ULC	20,97 \$	-	-	0,61 \$	2,31 \$	15,69 \$	0,36 \$	-	-	0,21 \$	1,78 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
41	Actonel DR (risédronate sodique)	Warner Chilcott Canada Co.	20,52 \$	-	-	0,09 \$	-	20,42 \$	-	0,00 \$	-	-	-
42	Lupron Depot (acétate de leuprolide)	AbbVie Corporation	19,75 \$	0,82 \$	0,07 \$	0,25 \$	0,27 \$	15,89 \$	0,54 \$	0,69 \$	0,09 \$	0,69 \$	0,44 \$
43	Prolia (denosumab)	Amgen Canada Inc.	18,48 \$	0,28 \$	0,12 \$	0,05 \$	0,24 \$	17,61 \$	0,05 \$	0,10 \$	-	0,00 \$	0,02 \$
44	Concerta (chlorhydrate de méthylphénidate)	Janssen Inc.	17,90 \$	4,36 \$	-	4,35 \$	2,94 \$	3,83 \$	0,08 \$	0,03 \$	0,01 \$	-	2,30 \$
45	Prezista (darunavir)	Janssen Inc.	17,89 \$	-	-	0,72 \$	1,83 \$	12,53 \$	0,55 \$	-	-	0,21 \$	2,04 \$
46	Orencia (abatacept)	Bristol-Myers Squibb Canada	17,35 \$	4,28 \$	2,72 \$	1,06 \$	0,84 \$	6,33 \$	0,14 \$	0,64 \$	0,12 \$	0,23 \$	1,00 \$
47	Wellbutrin XL (chlorhydrate de bupropion)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	17,14 \$	5,15 \$	1,51 \$	1,57 \$	1,65 \$	6,03 \$	0,23 \$	0,20 \$	0,00 \$	0,15 \$	0,65 \$
48	Crestor (rosuvastatine)	AstraZeneca Canada Inc.	17,10 \$	3,44 \$	0,74 \$	0,53 \$	0,11 \$	11,54 \$	0,05 \$	0,37 \$	0,03 \$	0,09 \$	0,20 \$
49	Rituxan (rituximab)	Hoffmann-La Roche Limited	17,02 \$	5,08 \$	1,97 \$	0,85 \$	1,31 \$	5,43 \$	0,14 \$	0,82 \$	0,04 \$	0,07 \$	1,31 \$
50	Seroquel XR (quétiapine)	AstraZeneca Canada Inc.	17,01 \$	7,67 \$	0,45 \$	2,12 \$	0,41 \$	6,04 \$	0,26 \$	0,00 \$	-	-	0,05 \$
51	Victrelis Triple (peginterféron alfa-2a, bocéprévir, ribavirine)	Merck Canada Inc.	15,89 \$	6,69 \$	1,23 \$	0,65 \$	1,33 \$	5,05 \$	0,11 \$	0,35 \$	-	-	0,49 \$
52	Pegasys RBV (ribavirine, peginterféron alfa-2a)	Hoffmann-La Roche Limited	15,85 \$	5,16 \$	2,07 \$	0,94 \$	0,83 \$	5,56 \$	0,22 \$	0,15 \$	-	-	0,92 \$
53	Soliris (éculizumab)	Alexion Pharma International Sarl	15,65 \$	-	2,51 \$	-	0,55 \$	12,59 \$	-	-	-	-	-
54	Sutent (sunitinib)	Pfizer Canada Inc.	15,06 \$	-	-	-	1,64 \$	10,93 \$	0,73 \$	0,70 \$	0,17 \$	0,39 \$	0,50 \$
55	Gleevec (imatinib)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	14,88 \$	-	-	-	3,06 \$	9,18 \$	0,59 \$	0,83 \$	0,13 \$	0,67 \$	0,41 \$
56	Tracleer (bosentan)	Actelion Pharmaceuticals Ltd.	14,69 \$	4,02 \$	-	0,02 \$	0,76 \$	9,68 \$	-	0,06 \$	-	0,09 \$	0,07 \$
57	Reyataz (atazanavir)	Bristol-Myers Squibb Canada	14,66 \$	-	-	0,58 \$	1,31 \$	10,32 \$	0,42 \$	-	-	0,16 \$	1,87 \$
58	Mavik (trandolapril)	BGP Pharma ULC	14,37 \$	3,79 \$	1,29 \$	0,58 \$	0,71 \$	6,88 \$	0,08 \$	0,41 \$	0,03 \$	0,29 \$	0,31 \$
59	Victrelis (bocéprévir)	Merck Canada Inc.	14,16 \$	2,32 \$	0,40 \$	0,39 \$	0,66 \$	10,02 \$	0,04 \$	0,02 \$	-	-	0,31 \$
60	Isentress (raltegravir)	Merck Canada Inc.	14,04 \$	-	-	0,36 \$	0,67 \$	12,08 \$	0,40 \$	-	-	0,14 \$	0,39 \$
61	Onglyza (saxagliptin)	AstraZeneca Canada Inc.	13,90 \$	-	1,67 \$	0,49 \$	0,65 \$	10,75 \$	-	-	-	-	0,34 \$
62	Incivek (telaprévir)	Vertex Pharmaceuticals	13,52 \$	6,55 \$	2,68 \$	0,90 \$	1,00 \$	0,79 \$	0,30 \$	0,27 \$	-	0,01 \$	1,02 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
63	Accupril (quinapril)	Pfizer Canada Inc.	13,38 \$	5,43 \$	1,19 \$	0,70 \$	0,51 \$	4,84 \$	0,04 \$	0,14 \$	0,03 \$	0,25 \$	0,26 \$
64	Humalog (insuline lispro)	Eli Lilly Canada Inc.	13,35 \$	3,76 \$	2,06 \$	1,43 \$	1,87 \$	0,95 \$	0,54 \$	0,37 \$	0,50 \$	0,15 \$	1,71 \$
65	Coversyl Plus HD (périndopril erbumine, indapamide)	Servier Canada Inc.	13,30 \$	-	1,70 \$	1,55 \$	1,07 \$	7,17 \$	0,66 \$	0,41 \$	0,04 \$	0,25 \$	0,44 \$
66	Nexium (ésoméprazole)	AstraZeneca Canada Inc.	13,20 \$	9,58 \$	-	3,06 \$	0,55 \$	-	-	0,00 \$	-	-	0,00 \$
67	Diamicron MR (gliclazide)	Servier Canada Inc.	13,09 \$	0,86 \$	0,47 \$	0,62 \$	1,10 \$	8,56 \$	0,13 \$	0,46 \$	0,11 \$	0,06 \$	0,73 \$
68	Coversyl Plus (périndopril erbumine, indapamide)	Servier Canada Inc.	13,05 \$	-	1,66 \$	1,56 \$	1,22 \$	6,91 \$	0,55 \$	0,43 \$	0,05 \$	0,23 \$	0,43 \$
69	Lumigan RC (bimatoprost)	Allergan Inc.	12,84 \$	4,15 \$	2,00 \$	0,67 \$	1,48 \$	3,20 \$	0,27 \$	0,49 \$	0,11 \$	0,20 \$	0,26 \$
70	Mirena (lévonorgestrel)	Bayer Inc.	12,76 \$	5,35 \$	0,12 \$	1,27 \$	1,16 \$	1,94 \$	0,15 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,13 \$	2,60 \$
71	Betaseron (interféron bêta-1b)	Bayer Inc.	12,75 \$	2,75 \$	1,57 \$	1,65 \$	1,63 \$	4,21 \$	0,52 \$	-	0,06 \$	0,30 \$	0,06 \$
72	Actemra (tocilizumab)	Hoffmann-La Roche Limited	12,24 \$	2,22 \$	1,40 \$	1,09 \$	0,92 \$	5,34 \$	0,15 \$	0,30 \$	0,00 \$	0,26 \$	0,55 \$
73	Exjade (déférasirox)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	12,17 \$	2,89 \$	1,57 \$	0,33 \$	0,17 \$	6,58 \$	0,35 \$	0,16 \$	-	0,07 \$	0,05 \$
74	Myfortic (acide mycophénolique)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	11,68 \$	0,07 \$	-	0,52 \$	0,12 \$	10,26 \$	0,38 \$	0,01 \$	-	-	0,32 \$
75	Trajenta (linagliptine)	Boehringer Ingelheim	11,67 \$	0,78 \$	0,61 \$	0,33 \$	0,23 \$	9,45 \$	0,12 \$	0,01 \$	-	0,01 \$	0,12 \$
76	Novomix (protamine d'insuline aspart, insuline aspart)	Novo Nordisk Canada Inc.	11,61 \$	0,82 \$	-	-	0,00 \$	10,78 \$	-	0,00 \$	-	-	0,00 \$
77	Enbrel (étanercept, eau)	Immunex Corporation	11,60 \$	2,99 \$	2,08 \$	0,43 \$	0,78 \$	3,38 \$	0,13 \$	0,90 \$	0,10 \$	0,04 \$	0,78 \$
78	Atrovent HFA (bromure d'ipratropium)	Boehringer Ingelheim	11,40 \$	3,44 \$	0,54 \$	0,46 \$	1,20 \$	2,38 \$	0,90 \$	1,02 \$	0,19 \$	0,65 \$	0,62 \$
79	Vesicare (succinate de solifénacine)	Astellas Pharma Canada Inc.	11,35 \$	0,06 \$	1,18 \$	0,25 \$	0,49 \$	8,56 \$	0,34 \$	0,27 \$	0,03 \$	0,03 \$	0,16 \$
80	Advagraf (tacrolimus)	Astellas Pharma Canada Inc.	11,24 \$	-	-	0,16 \$	0,25 \$	9,80 \$	0,62 \$	0,00 \$	-	-	0,40 \$
81	Prograf (tacrolimus)	Astellas Pharma Canada Inc.	11,20 \$	0,11 \$	-	1,15 \$	2,01 \$	6,43 \$	0,63 \$	0,00 \$	-	-	0,86 \$
82	Aranesp HSA free (darbépoétine alfa)	Amgen Canada Inc.	10,68 \$	-	7,26 \$	0,17 \$	0,01 \$	0,29 \$	1,16 \$	0,01 \$	-	0,53 \$	1,25 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
83	Fosavance (acide alendronique, vitamine d3 (cholécalférol))	Merck Canada Inc.	10,55 \$	0,31 \$	0,50 \$	0,32 \$	-	9,27 \$	0,03 \$	0,06 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,05 \$
84	Champix (varénicline)	Pfizer Canada Inc.	10,52 \$	3,17 \$	0,44 \$	1,04 \$	1,29 \$	3,75 \$	-	-	-	-	0,83 \$
85	Novolin ge NPH Penfill (insuline biosynthétique humaine isophane)	Novo Nordisk Canada Inc.	10,40 \$	3,39 \$	1,32 \$	0,63 \$	1,44 \$	-	0,49 \$	1,41 \$	0,21 \$	0,59 \$	0,92 \$
86	Avelox (moxifloxacin)	Bayer Inc.	9,61 \$	3,30 \$	0,64 \$	0,18 \$	0,37 \$	4,67 \$	0,20 \$	0,13 \$	0,01 \$	0,02 \$	0,09 \$
87	RAN-pantoprazole (pantoprazole)	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	9,56 \$	0,37 \$	2,34 \$	0,38 \$	0,18 \$	6,07 \$	0,05 \$	0,01 \$	-	0,00 \$	0,16 \$
88	Asacol (mésalazine)	Warner Chilcott Canada Co.	9,43 \$	2,75 \$	1,44 \$	0,98 \$	0,81 \$	2,44 \$	0,26 \$	0,18 \$	0,03 \$	0,26 \$	0,28 \$
89	Biaxin XL (clarithromycine)	BGP Pharma ULC	9,40 \$	3,81 \$	0,63 \$	0,43 \$	0,46 \$	3,23 \$	0,09 \$	0,13 \$	0,00 \$	0,12 \$	0,50 \$
90	Travatan Z (travoprost)	Alcon Canada Inc.	9,27 \$	2,29 \$	1,15 \$	0,60 \$	0,76 \$	3,40 \$	0,29 \$	0,37 \$	0,08 \$	0,15 \$	0,16 \$
91	Omnaris (ciclésone)	Takeda Canada Inc.	9,11 \$	-	-	0,28 \$	-	8,83 \$	-	-	-	-	-
92	Zytiga (acétate d'abiratéron)	Janssen Inc.	8,82 \$	-	-	-	0,65 \$	6,49 \$	0,73 \$	0,34 \$	-	0,58 \$	0,03 \$
93	Sprycel (dasatinib)	Bristol-Myers Squibb Canada	8,63 \$	-	-	-	0,92 \$	6,05 \$	0,38 \$	0,69 \$	0,05 \$	0,41 \$	0,13 \$
94	Alvesco (ciclésone)	Takeda Canada Inc.	8,59 \$	2,14 \$	0,51 \$	0,46 \$	0,47 \$	3,99 \$	0,26 \$	0,22 \$	0,03 \$	0,15 \$	0,38 \$
95	Tysabri (natalizumab)	Biogen Canada Inc.	8,32 \$	3,15 \$	0,80 \$	0,61 \$	0,42 \$	2,06 \$	1,13 \$	-	-	-	0,15 \$
96	Lipitor (atorvastatine)	Pfizer Canada Inc.	7,66 \$	1,36 \$	0,37 \$	0,13 \$	0,04 \$	5,64 \$	0,01 \$	0,03 \$	0,01 \$	0,02 \$	0,06 \$
97	Novolin ge (insuline biosynthétique humaine isophane - injection)	Novo Nordisk Canada Inc.	7,64 \$	2,41 \$	0,64 \$	0,57 \$	0,82 \$	0,57 \$	0,45 \$	0,60 \$	0,03 \$	0,67 \$	0,88 \$
98	Myozyme (alglucosidase alfa)	Genzyme Canada a Division of Sanofi-Aventis Canada Inc.	7,58 \$	-	-	0,54 \$	0,88 \$	6,17 \$	-	-	-	-	-
99	Humalog Mix (insuline lispro, insuline lispro protamine - suspension)	Eli Lilly Canada Inc.	7,49 \$	0,61 \$	0,89 \$	-	0,59 \$	4,77 \$	0,25 \$	0,00 \$	0,10 \$	0,00 \$	0,28 \$
100	Cimzia (certolizumab pégol)	UCB Canada Inc.	7,43 \$	1,55 \$	-	0,00 \$	0,01 \$	5,59 \$	-	-	0,02 \$	-	0,25 \$
Total			3 442,37 \$	498,16 \$	371,45 \$	160,30 \$	180,04 \$	1 938,62 \$	74,94 \$	62,64 \$	12,01 \$	39,80 \$	104,41 \$
Part de tous les médicaments brevetés			87 %	85 %	92 %	84 %	87 %	87 %	88 %	87 %	89 %	87 %	84 %

Remarque : Le médicament dont le coût est inférieur à 5 000 \$ est indiqué par 0,00 \$ en raison de l'arrondi.

* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans ce tableau.

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



Annexe G : Cent principaux médicaments non brevetés à fournisseur unique par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 (en milliers de \$)

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Avodart (dutastéride)	GlaxoSmithKline Inc.	37 036 \$	1 940 \$	5 109 \$	1 672 \$	1 513 \$	25 962 \$	426 \$	109 \$	16 \$	39 \$	250 \$
2	Fragmin anti-Xa (daltéparine sodique)	Pfizer Canada Inc.	33 390 \$	7 613 \$	3 031 \$	845 \$	2 738 \$	17 132 \$	325 \$	1 010 \$	2 \$	0 \$	694 \$
3	Rebif (interféron bêta-1a)	EMD Serono a Division of EMD Inc. Canada	31 510 \$	7 402 \$	6 964 \$	3 472 \$	1 981 \$	8 788 \$	1 601 \$	—	394 \$	471 \$	436 \$
4	Olimetec (olmésartan médoxomil)	Merck Canada Inc.	21 422 \$	1 596 \$	2 502 \$	2 071 \$	1 \$	12 824 \$	757 \$	621 \$	123 \$	434 \$	493 \$
5	Zoladex LA dépôt sous forme d'injection (goséréline)	AstraZeneca Canada Inc.	20 171 \$	16 \$	—	—	58 \$	17 889 \$	656 \$	941 \$	202 \$	249 \$	160 \$
6	Humulin (insuline isophane)	Eli Lilly Canada Inc.	11 695 \$	3 343 \$	840 \$	1 310 \$	891 \$	821 \$	856 \$	803 \$	104 \$	1 511 \$	1 217 \$
7	Innohep fiole multidoses (tinzaparine sodique)	Leo Pharma Inc.	10 565 \$	320 \$	3 848 \$	1 355 \$	11 \$	4 721 \$	64 \$	3 \$	—	12 \$	230 \$
8	Aggrenox (dipyridamole acide acétylsalicylique)	Boehringer Ingelheim	8 101 \$	41 \$	963 \$	127 \$	96 \$	6 639 \$	45 \$	66 \$	—	41 \$	83 \$
9	Suboxone (buprénorphine naloxone (chlorhydrate de naloxone sous forme de dihydrate))	RB Pharmaceuticals Limited	7 013 \$	1 944 \$	190 \$	11 \$	57 \$	4 640 \$	22 \$	8 \$	30 \$	0 \$	111 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
10	Olestyr (résine de cholestyramine)	Pendopharm Division of Pharmascience Inc.	6 926 \$	1 600 \$	673 \$	385 \$	283 \$	3 250 \$	187 \$	220 \$	47 \$	143 \$	139 \$
11	Tri-Cyclen (norgestimate)	Janssen Inc.	6 702 \$	3 047 \$	90 \$	1 113 \$	1 088 \$	561 \$	66 \$	37 \$	10 \$	147 \$	542 \$
12	Trelstar (triptoréline)	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	4 960 \$	—	—	—	—	4 222 \$	96 \$	485 \$	143 \$	3 \$	11 \$
13	Remodulin (tréprosténil)	United Therapeutics Corporation	4 617 \$	1 460 \$	—	—	199 \$	1 974 \$	722 \$	—	—	—	262 \$
14	HP-Pac (lansoprazole amoxicilline clarithromycine)	Takeda Pharmaceuticals America Inc.	3 870 \$	1 653 \$	189 \$	98 \$	59 \$	1 105 \$	6 \$	45 \$	—	54 \$	662 \$
15	Elmiron (polysulfate de pentosan sodique)	Janssen Inc.	3 449 \$	1 856 \$	306 \$	61 \$	346 \$	282 \$	139 \$	247 \$	14 \$	58 \$	141 \$
16	Fucidin (acide fusidique)	Leo Pharma Inc.	3 338 \$	608 \$	162 \$	364 \$	139 \$	1 506 \$	113 \$	50 \$	6 \$	173 \$	218 \$
17	Act Temozolomide (témozolomide)	Actavis Pharma Company	2 956 \$	—	—	—	798 \$	1 823 \$	57 \$	197 \$	—	—	81 \$
18	Codéine Contin à libération contrôlée (codéine)	Purdue Pharma	2 835 \$	340 \$	—	58 \$	169 \$	1 681 \$	117 \$	76 \$	4 \$	20 \$	371 \$
19	Cerezyme (imiglucerase)	Genzyme Canada a Division of Sanofi-Aventis Canada Inc.	2 773 \$	—	—	—	911 \$	—	—	—	—	1 193 \$	669 \$
20	Humatrope (somatropine diluée)	Eli Lilly Canada Inc.	2 739 \$	555 \$	238 \$	11 \$	321 \$	1 025 \$	107 \$	24 \$	—	324 \$	134 \$
21	Bezalip SR (bézafibrate)	Actavis Group PTC ehf	2 667 \$	—	253 \$	8 \$	439 \$	1 829 \$	14 \$	35 \$	—	16 \$	72 \$
22	Serevent Diskus (salméterol)	GlaxoSmithKline Inc.	2 601 \$	433 \$	249 \$	150 \$	187 \$	1 342 \$	92 \$	27 \$	5 \$	7 \$	109 \$
23	Elaprase (idursulfase)	Shire Human Genetic Therapies Inc.	2 523 \$	—	—	—	—	2 523 \$	—	—	—	—	—
24	Micronor (noréthindrone)	Janssen Inc.	2 454 \$	1 263 \$	22 \$	323 \$	319 \$	233 \$	18 \$	17 \$	2 \$	20 \$	237 \$
25	Cytomet (lithothyronine)	Pfizer Canada Inc.	2 038 \$	1 623 \$	188 \$	—	150 \$	7 \$	27 \$	16 \$	—	11 \$	16 \$
26	Apo-Entecavir (entécavir)	Apotex Inc.	1 921 \$	635 \$	1 025 \$	—	—	221 \$	15 \$	14 \$	—	9 \$	2 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
27	One-Alpha (alfacalcidol)	Leo Pharma Inc.	1 828 \$	790 \$	59 \$	51 \$	13 \$	735 \$	53 \$	30 \$	1 \$	19 \$	76 \$
28	Prolopa (lévodopa, bensérazide)	Hoffmann-La Roche Limited	1 711 \$	125 \$	123 \$	42 \$	78 \$	1 295 \$	5 \$	28 \$	—	10 \$	5 \$
29	Imipramine (chlorhydrate d'imipramine)	AA Pharma Inc.	1 679 \$	419 \$	154 \$	122 \$	133 \$	655 \$	29 \$	64 \$	15 \$	52 \$	38 \$
30	Soriatane (acitrétine)	Actavis Group PTC ehf	1 676 \$	318 \$	98 \$	88 \$	115 \$	815 \$	36 \$	63 \$	5 \$	49 \$	89 \$
31	Thyrogen (thyrotropine alfa)	Genzyme Canada a Division of Sanofi-Aventis Canada Inc.	1 658 \$	—	401 \$	—	—	1 131 \$	8 \$	56 \$	—	5 \$	57 \$
32	Lotriderm (clotrimazole, bétaméthasone)	Merck Canada Inc.	1 624 \$	—	510 \$	410 \$	39 \$	—	131 \$	241 \$	—	28 \$	264 \$
33	Delatestryl (éнанthane de testostérone)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	1 608 \$	229 \$	236 \$	138 \$	131 \$	742 \$	8 \$	34 \$	2 \$	15 \$	74 \$
34	Triquilar (levonorgestrel)	Bayer Inc.	1 581 \$	678 \$	24 \$	246 \$	288 \$	102 \$	15 \$	6 \$	2 \$	48 \$	172 \$
35	Nplate (romiplostim)	Amgen Canada Inc.	1 529 \$	—	—	—	—	1 480 \$	—	—	—	49 \$	—
36	Cyclen (norgestimate éthinyl estradiol)	Janssen Inc.	1 485 \$	664 \$	31 \$	326 \$	235 \$	119 \$	0 \$	10 \$	1 \$	18 \$	80 \$
37	pms-Testosterone (undécanoate de testostérone)	Pharmascience Inc.	1 481 \$	7 \$	4 \$	36 \$	26 \$	1 255 \$	23 \$	76 \$	1 \$	3 \$	49 \$
38	Lomotil (chlorhydrate de diphenoxylate sulfate d'atropine)	Pfizer Canada Inc.	1 428 \$	140 \$	291 \$	91 \$	27 \$	753 \$	29 \$	35 \$	1 \$	55 \$	6 \$
39	Mestinon USP (bromure de pyridostigmine)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	1 392 \$	243 \$	166 \$	107 \$	107 \$	633 \$	28 \$	44 \$	5 \$	15 \$	44 \$
40	Ratio-IPRA SAL UDV (salbutamol bromure d'ipratropium)	Teva Canada Limited	1 282 \$	98 \$	271 \$	392 \$	99 \$	223 \$	1 \$	79 \$	7 \$	62 \$	50 \$
41	Locacorten Vioform gouttes otiques (pivalate de fluméthasone clioquinol)	Paladin Labs Inc.	1 258 \$	310 \$	43 \$	76 \$	73 \$	612 \$	23 \$	22 \$	5 \$	28 \$	66 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
42	Teva-Alendronate/ Cholecalciferol (acide alendronique, vitamine D3 (cholecalciferol))	United Therapeutics Corporation	1 194 \$	—	14 \$	—	—	1 169 \$	2 \$	8 \$	0 \$	—	2 \$
43	Clopidoxol Dépôt (décanoate de zuclopenthixol)	Lundbeck Canada Inc.	1 168 \$	375 \$	32 \$	106 \$	25 \$	412 \$	50 \$	6 \$	—	52 \$	111 \$
44	Apo-Valganciclovir (valganciclovir)	Apotex Inc.	1 105 \$	44 \$	205 \$	—	79 \$	604 \$	30 \$	22 \$	—	2 \$	118 \$
45	Efudex (fluorouracil)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	1 072 \$	288 \$	105 \$	61 \$	75 \$	489 \$	25 \$	17 \$	7 \$	3 \$	3 \$
46	Trizivir (abacavir, lamivudine, zidovudine)	ViiV Healthcare ULC	1 019 \$	—	—	7 \$	10 \$	927 \$	38 \$	—	—	—	38 \$
47	Teva-Capécitabine (capécitabine)	Teva Canada Limited	1 011 \$	—	—	—	97 \$	780 \$	59 \$	37 \$	21 \$	—	17 \$
48	Apo-Quinapril/ HCTZ (quinapril, hydrochlorothiazide)	Apotex Inc.	957 \$	13 \$	19 \$	—	35 \$	811 \$	7 \$	31 \$	2 \$	24 \$	16 \$
49	Betoptic S oph (bétaxolol)	Alcon Canada Inc.	945 \$	195 \$	78 \$	40 \$	52 \$	481 \$	23 \$	40 \$	9 \$	19 \$	9 \$
50	Desipramine (désipramine)	AA Pharma Inc.	907 \$	237 \$	67 \$	61 \$	80 \$	363 \$	18 \$	29 \$	6 \$	20 \$	27 \$
51	Benzaclin topique (peroxyde de benzoyle clindamycine)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	865 \$	—	6 \$	357 \$	—	493 \$	—	—	0 \$	10 \$	—
52	Midodrine (chlorhydrate de midodrine)	AA Pharma Inc.	844 \$	152 \$	55 \$	13 \$	62 \$	506 \$	15 \$	14 \$	1 \$	5 \$	21 \$
53	Linesa (désogestrel)	Aspen Pharma Trading Limited	842 \$	414 \$	11 \$	146 \$	138 \$	60 \$	8 \$	5 \$	0 \$	7 \$	53 \$
54	Tapazole (thiamazole)	Paladin Labs Inc.	831 \$	360 \$	80 \$	86 \$	146 \$	1 \$	12 \$	20 \$	4 \$	29 \$	95 \$
55	Minestrin (acétate de noréthindrone éthinyl estradiol)	Warner Chilcott Canada Co.	790 \$	393 \$	13 \$	133 \$	121 \$	66 \$	6 \$	5 \$	0 \$	9 \$	43 \$
56	Suprefact Dépôt (buséreléine)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	761 \$	—	—	1 \$	4 \$	679 \$	4 \$	40 \$	—	27 \$	6 \$
57	Flagystatin ovule vaginal (nystatine métronidazole)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	728 \$	238 \$	37 \$	—	4 \$	347 \$	5 \$	12 \$	1 \$	17 \$	68 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
58	Sandozlatanoprost/Timolol (timolol,latanoprost)	Sandoz Canada Incorporated	716 \$	71 \$	26 \$	19 \$	40 \$	511 \$	6 \$	23 \$	9 \$	9 \$	2 \$
59	Robaxisal-C (phosphate de codéine,méthocarbamol,acide acétylsalicylique)	united Therapeutics Corporation	688 \$	623 \$	—	—	1 \$	—	1 \$	4 \$	1 \$	55 \$	3 \$
60	Meproon (atovaquone)	GlaxoSmithKline Inc.	630 \$	37 \$	138 \$	2 \$	73 \$	316 \$	13 \$	5 \$	—	1 \$	45 \$
61	Methylidopa (méthyldopa)	AA Pharma Inc.	596 \$	132 \$	34 \$	55 \$	33 \$	259 \$	17 \$	16 \$	2 \$	30 \$	17 \$
62	Thyroid (thyroïde)	ERFA Canada 2012 Inc.	563 \$	308 \$	98 \$	43 \$	2 \$	96 \$	4 \$	4 \$	—	—	8 \$
63	Demulen (diacétate d'éthinodiol éthinyl estradiol)	Pfizer-Canada Inc.	560 \$	264 \$	9 \$	51 \$	122 \$	62 \$	7 \$	3 \$	2 \$	7 \$	33 \$
64	Trifluoperazine (trifluopérazine)	AA Pharma Inc.	557 \$	106 \$	23 \$	40 \$	56 \$	252 \$	24 \$	27 \$	6 \$	14 \$	9 \$
65	Tears Naturale II gouttes (hypromellose dextrane)	Alcon Canada Inc.	550 \$	29 \$	—	—	4 \$	359 \$	—	94 \$	—	13 \$	52 \$
66	Duvoid (chlorure de béthanéchol)	Paladin Labs Inc.	545 \$	89 \$	—	17 \$	39 \$	321 \$	32 \$	30 \$	2 \$	3 \$	12 \$
67	Resonium Calcium (sulfonate de polystyrène calcique)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	541 \$	347 \$	168 \$	2 \$	0 \$	2 \$	3 \$	1 \$	—	—	18 \$
68	Xtandi (enzalutamide)	Astellas Pharma Canada Inc.	512 \$	—	—	—	—	371 \$	126 \$	—	—	—	15 \$
69	Cuprimine (D-pénicillamine)	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	488 \$	173 \$	58 \$	10 \$	17 \$	182 \$	4 \$	16 \$	1 \$	18 \$	10 \$
70	Revia (chlorhydrate de naltrexone)	Teva Canada Limited	482 \$	145 \$	—	—	57 \$	125 \$	102 \$	5 \$	5 \$	—	43 \$
71	Modafinil (modafinil)	Apotex Inc.	480 \$	110 \$	52 \$	26 \$	106 \$	97 \$	22 \$	3 \$	2 \$	7 \$	56 \$
72	Sufentanil Citrate Injection USP (sufentanil)	Sandoz Canada Incorporated	469 \$	419 \$	—	—	49 \$	—	—	0 \$	—	—	1 \$
73	Ortho (noréthindrone)	Janssen Inc.	465 \$	201 \$	11 \$	54 \$	76 \$	62 \$	5 \$	2 \$	1 \$	9 \$	45 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
74	Novo-Mexiletine (chlorhydrate de mexilétine)	Teva Canada Limited	458 \$	186 \$	35 \$	37 \$	40 \$	126 \$	3 \$	7 \$	2 \$	4 \$	16 \$
75	Min-Ovral (éthinyloestradiol, lévonorgestrel)	Pfizer Canada Inc.	449 \$	301 \$	15 \$	78 \$	17 \$	18 \$	1 \$	1 \$	0 \$	3 \$	15 \$
76	Dantrium (dantrolène sodique)	Par Pharmaceutical Companies	449 \$	77 \$	21 \$	67 \$	20 \$	202 \$	26 \$	4 \$	2 \$	6 \$	24 \$
77	Propyl-Thyracil (propylthiouracil)	Paladin Labs Inc.	431 \$	61 \$	12 \$	38 \$	37 \$	242 \$	5 \$	6 \$	1 \$	9 \$	20 \$
78	Dapsonne (dapsonne)	Jacobus Pharmaceutical Company, Inc.	429 \$	124 \$	67 \$	61 \$	39 \$	80 \$	11 \$	9 \$	—	6 \$	32 \$
79	Apo Lamivudine Zidovudine (lamivudine, zidovudine)	Apotex Inc.	426 \$	—	—	—	63 \$	271 \$	18 \$	—	—	18 \$	57 \$
80	Apo-Enalapril Maleate/HCTZ (maléate d'énalapril hydrochlorothiazide)	Apotex Inc.	411 \$	106 \$	63 \$	97 \$	42 \$	—	11 \$	32 \$	0 \$	39 \$	22 \$
81	Viskazine (pindolol hydrochlorothiazide)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	406 \$	77 \$	31 \$	38 \$	—	210 \$	10 \$	22 \$	—	13 \$	4 \$
82	Fludara (phosphate de fludarabine)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	379 \$	—	—	—	—	367 \$	2 \$	—	8 \$	—	1 \$
83	Ultravate (halobétasol (propionate))	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	357 \$	196 \$	45 \$	0 \$	87 \$	—	—	—	—	0 \$	28 \$
84	Sandoz Opium & Belladonna (opium, belladonna)	Sandoz Canada Incorporated	343 \$	267 \$	49 \$	—	2 \$	2 \$	2 \$	3 \$	—	1 \$	17 \$
85	Sabril (vigabatrine)	Lundbeck LLC	329 \$	74 \$	19 \$	19 \$	16 \$	140 \$	16 \$	3 \$	3 \$	15 \$	25 \$
86	Rougier Magnesium (glucoheptonate de magnésium)	Rougier Pharma Division of Ratiopharm Inc.	328 \$	128 \$	130 \$	—	3 \$	25 \$	5 \$	9 \$	3 \$	3 \$	22 \$
87	Carnitor oral (lévocarnitine)	Sigma-Tau Pharmaceuticals Inc.	321 \$	22 \$	17 \$	—	109 \$	104 \$	3 \$	4 \$	—	8 \$	53 \$

Suite à la page suivante

Rang	Nom commercial (ingrédient)	Fabricant	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
88	Flamazine (sulfadiazine argentine)	Smith & Nephew Inc.	321 \$	125 \$	31 \$	—	26 \$	75 \$	16 \$	13 \$	2 \$	5 \$	28 \$
89	Flunarizine (flunarizine)	AA Pharma Inc.	317 \$	103 \$	36 \$	5 \$	28 \$	101 \$	6 \$	14 \$	1 \$	7 \$	17 \$
90	Piportil (palmitate d e pipotiazine)	Sanofi-Aventis Canada Inc.	312 \$	58 \$	2 \$	34 \$	4 \$	187 \$	8 \$	3 \$	—	7 \$	9 \$
91	Trosec (chlorure de trospium)	Sunovion Pharmaceuticals Canada Inc.	311 \$	—	47 \$	14 \$	12 \$	197 \$	2 \$	21 \$	0 \$	14 \$	3 \$
92	Differin topique (adapalène)	Galderma Canada Inc.	307 \$	—	—	195 \$	13 \$	—	0 \$	—	—	0 \$	99 \$
93	Diluant stérile pour injection Flolan sol (glycine, chlorure de sodium, eau)	GlaxoSmithKline Inc.	305 \$	87 \$	—	8 \$	—	152 \$	1 \$	—	9 \$	28 \$	19 \$
94	Matulane (procarbazine)	Sigma-Tau Pharmaceuticals Inc.	305 \$	—	—	—	130 \$	135 \$	18 \$	—	—	13 \$	9 \$
95	Primidone (primidone)	AA Pharma Inc.	298 \$	43 \$	23 \$	16 \$	13 \$	177 \$	10 \$	6 \$	1 \$	6 \$	4 \$
96	Loniten (minoxidil)	Pfizer Canada Inc.	298 \$	63 \$	28 \$	11 \$	18 \$	159 \$	3 \$	7 \$	—	1 \$	9 \$
97	Parnate (tranylcypromine)	GlaxoSmithKline Inc.	296 \$	70 \$	13 \$	16 \$	77 \$	92 \$	4 \$	13 \$	4 \$	5 \$	2 \$
98	Cafergot (tartrate d'ergotamine caféine)	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	296 \$	72 \$	25 \$	—	0 \$	178 \$	2 \$	4 \$	—	8 \$	8 \$
99	K Lyte (bicarbonate de potassium, acide citrique)	WellSpring Pharmaceutical Canada Corp.	290 \$	115 \$	85 \$	—	42 \$	11 \$	—	13 \$	—	12 \$	12 \$
100	Proctofoam HC (acétate d'hydrocortisone, chlorhydrate de pramoxine)	Duchesnay Inc.	274 \$	156 \$	58 \$	—	0 \$	—	14 \$	40 \$	—	5 \$	1 \$
Total			296 823 \$	51 583 \$	31 441 \$	17 621 \$	16 555 \$	148 004 \$	7 784 \$	6 590 \$	1 267 \$	6 020 \$	9 958 \$
Part de tous les médicaments non brevetés à fournisseur unique			96 %	95 %	97 %	96 %	94 %	97 %	96 %	95 %	96 %	92 %	87 %

* Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans ce tableau.

Remarque : Le médicament dont le coût est inférieur à 5 000 \$ est indiqué par 0,00 \$ en raison de l'arrondi.

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

Annexe H : Cent principaux médicaments génériques multisources par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 (en millions de \$)



Rang	Ingrédient	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Atorvastatine	110,87 \$	19,90 \$	10,73 \$	4,86 \$	6,99 \$	58,44 \$	1,97 \$	2,58 \$	0,50 \$	1,58 \$	3,31 \$
2	Rosuvastatine	92,27 \$	14,50 \$	8,49 \$	6,89 \$	4,23 \$	46,23 \$	2,31 \$	4,09 \$	0,69 \$	2,56 \$	2,29 \$
3	Amlodipine	55,08 \$	8,31 \$	5,70 \$	2,59 \$	3,02 \$	31,28 \$	0,83 \$	1,38 \$	0,35 \$	0,30 \$	1,33 \$
4	Gabapentine	51,33 \$	13,30 \$	4,79 \$	3,50 \$	5,36 \$	15,44 \$	1,24 \$	1,60 \$	0,29 \$	0,20 \$	5,61 \$
5	Pantoprazole	49,59 \$	1,91 \$	10,73 \$	2,45 \$	1,98 \$	30,20 \$	0,23 \$	0,08 \$	0,00 \$	0,02 \$	1,99 \$
6	Chlorhydrate de metformine	44,78 \$	10,28 \$	4,37 \$	0,03 \$	3,97 \$	19,60 \$	0,92 \$	1,45 \$	0,44 \$	1,00 \$	2,73 \$
7	Ramipril	44,47 \$	13,20 \$	3,55 \$	2,01 \$	2,34 \$	18,72 \$	0,82 \$	0,85 \$	0,22 \$	0,77 \$	1,99 \$
8	Olanzapine	40,50 \$	7,37 \$	1,40 \$	1,22 \$	2,30 \$	22,57 \$	1,77 \$	0,79 \$	0,29 \$	0,84 \$	1,95 \$
9	Simvastatine	39,08 \$	8,98 \$	3,71 \$	2,71 \$	2,00 \$	16,88 \$	0,91 \$	1,74 \$	0,31 \$	1,01 \$	0,83 \$
10	Clopidogrel	37,84 \$	4,87 \$	3,12 \$	1,92 \$	3,08 \$	20,76 \$	0,90 \$	1,53 \$	0,17 \$	0,62 \$	0,87 \$
11	Quétiapine	32,51 \$	5,43 \$	0,99 \$	1,57 \$	2,67 \$	17,23 \$	1,30 \$	0,65 \$	0,14 \$	1,04 \$	1,49 \$
12	Fentanyl	31,05 \$	3,28 \$	1,37 \$	1,60 \$	1,75 \$	21,71 \$	0,33 \$	0,38 \$	0,02 \$	0,06 \$	0,55 \$
13	Citalopram	30,85 \$	7,08 \$	1,64 \$	3,02 \$	4,31 \$	9,94 \$	1,06 \$	1,39 \$	0,30 \$	0,59 \$	1,53 \$
14	Rabéprazole sodique	30,15 \$	4,78 \$	0,66 \$	2,13 \$	1,22 \$	16,84 \$	0,26 \$	1,38 \$	0,11 \$	1,04 \$	1,74 \$
15	Riséronate sodique	28,07 \$	0,30 \$	1,62 \$	0,36 \$	0,22 \$	24,41 \$	0,24 \$	0,70 \$	0,03 \$	0,08 \$	0,11 \$
16	Venlafaxine	27,67 \$	7,69 \$	1,99 \$	2,38 \$	2,58 \$	9,59 \$	0,74 \$	0,58 \$	0,10 \$	0,68 \$	1,34 \$
17	Oméprazole	27,66 \$	0,83 \$	4,05 \$	1,43 \$	2,94 \$	12,07 \$	1,20 \$	1,52 \$	0,28 \$	0,77 \$	2,57 \$
18	Nifédipine	21,92 \$	2,61 \$	1,95 \$	0,91 \$	2,45 \$	10,10 \$	1,21 \$	0,72 \$	0,12 \$	0,90 \$	0,96 \$
19	Lansoprazole	21,42 \$	0,82 \$	5,01 \$	0,46 \$	0,21 \$	14,10 \$	0,21 \$	0,11 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,48 \$
20	Chlorhydrate de diltiazem	20,66 \$	4,58 \$	1,53 \$	1,14 \$	1,22 \$	9,89 \$	0,69 \$	0,70 \$	0,19 \$	0,32 \$	0,40 \$
21	Tartrate de métoprolol	20,37 \$	3,67 \$	2,28 \$	1,35 \$	2,18 \$	7,13 \$	0,61 \$	1,34 \$	0,20 \$	0,96 \$	0,65 \$
22	Paroxétine	18,67 \$	3,99 \$	1,12 \$	1,83 \$	2,37 \$	6,22 \$	0,56 \$	0,69 \$	0,11 \$	0,73 \$	1,05 \$
23	Sertraline	18,41 \$	4,63 \$	1,07 \$	1,67 \$	1,56 \$	7,00 \$	0,48 \$	0,60 \$	0,09 \$	0,49 \$	0,82 \$
24	Amoxicilline	17,27 \$	5,61 \$	0,69 \$	1,77 \$	1,61 \$	5,07 \$	0,17 \$	0,18 \$	0,05 \$	0,36 \$	1,77 \$
25	Ranitidine	17,17 \$	3,44 \$	0,49 \$	1,49 \$	1,32 \$	6,59 \$	0,51 \$	0,93 \$	0,17 \$	1,02 \$	1,24 \$
26	Rispéridone	17,10 \$	3,21 \$	0,49 \$	1,32 \$	1,33 \$	8,03 \$	0,83 \$	0,36 \$	0,13 \$	0,51 \$	0,89 \$
27	Fluoxétine	16,78 \$	5,51 \$	1,14 \$	1,81 \$	1,73 \$	4,58 \$	0,30 \$	0,36 \$	0,08 \$	0,34 \$	0,92 \$
28	Lévodopa, carbidopa	16,42 \$	2,44 \$	1,31 \$	0,73 \$	1,26 \$	9,48 \$	0,30 \$	0,38 \$	0,08 \$	0,19 \$	0,23 \$
29	Zopiclone	15,01 \$	3,05 \$	5,56 \$	-	3,48 \$	0,07 \$	1,24 \$	0,60 \$	0,09 \$	0,92 \$	-
30	Acétaminophène, chlorhydrate d'oxycodone	14,98 \$	1,80 \$	0,64 \$	-	0,85 \$	10,24 \$	0,14 \$	0,10 \$	0,06 \$	0,38 \$	0,77 \$
31	Valsartan	14,86 \$	1,66 \$	2,37 \$	1,35 \$	0,87 \$	7,50 \$	0,11 \$	0,48 \$	0,09 \$	0,11 \$	0,32 \$

Suite à la page suivante

Rang	Ingrédient	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
32	Candésartan cilexetil	14,59 \$	2,02 \$	1,53 \$	1,11 \$	0,62 \$	7,68 \$	0,31 \$	0,53 \$	0,09 \$	0,42 \$	0,29 \$
33	Salbutamol	14,40 \$	3,68 \$	0,47 \$	0,88 \$	1,07 \$	5,90 \$	0,49 \$	0,39 \$	0,08 \$	0,29 \$	1,15 \$
34	Warfarine sodique	13,99 \$	2,70 \$	1,45 \$	1,10 \$	1,49 \$	5,67 \$	0,33 \$	0,59 \$	0,13 \$	0,33 \$	0,21 \$
35	Céphalexine	13,68 \$	4,12 \$	0,75 \$	1,36 \$	1,30 \$	3,96 \$	0,17 \$	0,22 \$	0,05 \$	0,23 \$	1,52 \$
36	Irbesartan	13,32 \$	1,00 \$	1,92 \$	0,84 \$	1,22 \$	7,18 \$	0,19 \$	0,41 \$	0,07 \$	0,13 \$	0,35 \$
37	Aténolol	12,89 \$	2,25 \$	0,76 \$	1,06 \$	0,63 \$	6,53 \$	0,34 \$	0,53 \$	0,15 \$	0,36 \$	0,28 \$
38	Clozapine	12,75 \$	6,92 \$	0,31 \$	0,74 \$	2,43 \$	0,00 \$	0,80 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,35 \$	1,17 \$
39	Méthotrexate	11,90 \$	2,86 \$	1,63 \$	0,56 \$	0,80 \$	4,58 \$	0,21 \$	0,36 \$	0,04 \$	0,16 \$	0,69 \$
40	Acide valproïque	11,82 \$	2,67 \$	0,33 \$	0,86 \$	1,13 \$	5,30 \$	0,40 \$	0,18 \$	0,08 \$	0,36 \$	0,52 \$
41	Pravastatine sodique	11,71 \$	1,83 \$	1,58 \$	0,91 \$	0,55 \$	5,64 \$	0,25 \$	0,46 \$	0,08 \$	0,17 \$	0,22 \$
42	Chlorhydrate de tamsulosine	11,46 \$	2,21 \$	2,04 \$	0,91 \$	0,93 \$	4,38 \$	0,38 \$	0,09 \$	0,12 \$	0,17 \$	0,23 \$
43	Sulfate de morphine	11,37 \$	0,44 \$	0,77 \$	0,48 \$	1,16 \$	6,87 \$	0,26 \$	0,15 \$	0,06 \$	0,40 \$	0,78 \$
44	Chlorhydrate d'hydromorphone	11,31 \$	2,99 \$	0,71 \$	0,94 \$	0,59 \$	4,95 \$	0,23 \$	0,43 \$	0,06 \$	0,03 \$	0,38 \$
45	Épinéphrine	11,19 \$	4,17 \$	0,59 \$	1,13 \$	1,31 \$	2,35 \$	0,14 \$	0,06 \$	0,00 \$	0,04 \$	1,39 \$
46	Valacyclovir	11,03 \$	5,63 \$	1,09 \$	1,50 \$	0,91 \$	0,77 \$	0,11 \$	0,18 \$	0,02 \$	0,09 \$	0,74 \$
47	Ondansétron	10,76 \$	1,68 \$	2,09 \$	–	1,26 \$	4,37 \$	0,15 \$	0,26 \$	0,00 \$	0,06 \$	0,90 \$
48	Topiramate	10,42 \$	2,76 \$	0,75 \$	1,12 \$	1,44 \$	3,49 \$	0,14 \$	0,07 \$	0,02 \$	0,05 \$	0,59 \$
49	Galantamine	10,38 \$	–	0,76 \$	0,09 \$	0,15 \$	8,38 \$	0,32 \$	0,49 \$	0,08 \$	0,10 \$	0,02 \$
50	Prégabaline	10,37 \$	0,16 \$	–	0,77 \$	0,00 \$	9,03 \$	0,02 \$	0,22 \$	–	0,00 \$	0,16 \$
51	Acide alendronique	10,15 \$	0,60 \$	1,75 \$	0,56 \$	0,61 \$	5,24 \$	0,42 \$	0,54 \$	0,05 \$	0,14 \$	0,25 \$
52	Losartan potassique	9,88 \$	1,28 \$	1,02 \$	0,80 \$	0,60 \$	4,99 \$	0,19 \$	0,46 \$	0,09 \$	0,15 \$	0,29 \$
53	Lamotrigine	9,84 \$	2,86 \$	0,43 \$	1,39 \$	1,66 \$	2,54 \$	0,18 \$	0,17 \$	0,03 \$	0,19 \$	0,40 \$
54	Fénofibrate	9,70 \$	1,24 \$	0,93 \$	0,30 \$	1,26 \$	4,95 \$	0,12 \$	0,26 \$	0,03 \$	0,22 \$	0,38 \$
55	Nabilone	9,70 \$	2,33 \$	0,54 \$	0,03 \$	1,11 \$	5,09 \$	0,20 \$	0,11 \$	–	0,06 \$	0,21 \$
56	Furosémide	9,35 \$	1,25 \$	0,82 \$	0,52 \$	0,69 \$	5,06 \$	0,26 \$	0,28 \$	0,05 \$	0,22 \$	0,21 \$
57	Naproxène	9,34 \$	2,44 \$	0,50 \$	0,63 \$	0,73 \$	3,39 \$	0,18 \$	0,21 \$	0,06 \$	0,09 \$	1,12 \$
58	Telmisartan	9,01 \$	1,00 \$	1,00 \$	0,47 \$	0,48 \$	5,26 \$	0,17 \$	0,27 \$	0,13 \$	0,06 \$	0,17 \$
59	Lévétiracétam	8,83 \$	2,19 \$	0,99 \$	1,10 \$	0,83 \$	2,41 \$	0,20 \$	0,21 \$	0,03 \$	0,14 \$	0,74 \$
60	Ciprofloxacine	8,23 \$	2,29 \$	0,86 \$	0,09 \$	0,76 \$	2,99 \$	0,05 \$	0,22 \$	0,00 \$	0,39 \$	0,56 \$
61	Maléate d'énalapril	8,21 \$	0,47 \$	0,64 \$	0,01 \$	1,51 \$	3,91 \$	0,20 \$	0,26 \$	0,04 \$	0,19 \$	0,99 \$
62	Carvédilol	8,14 \$	1,11 \$	1,54 \$	0,66 \$	0,38 \$	3,56 \$	0,21 \$	0,37 \$	0,04 \$	0,02 \$	0,23 \$
63	Fumarate de bisoprolol	8,09 \$	1,62 \$	0,87 \$	0,10 \$	0,11 \$	4,79 \$	0,17 \$	0,20 \$	0,02 \$	0,09 \$	0,13 \$
64	Gliclazide	8,04 \$	0,39 \$	1,06 \$	0,26 \$	0,77 \$	3,58 \$	0,25 \$	0,54 \$	0,12 \$	0,40 \$	0,67 \$
65	Valsartan, hydrochlorothiazide	7,91 \$	0,54 \$	1,44 \$	1,16 \$	0,58 \$	3,64 \$	0,04 \$	0,25 \$	0,03 \$	0,06 \$	0,18 \$
66	Mirtazapine	7,77 \$	1,55 \$	0,44 \$	0,45 \$	0,97 \$	3,34 \$	0,18 \$	0,29 \$	0,05 \$	0,24 \$	0,28 \$
67	Finastéride	7,60 \$	0,40 \$	0,77 \$	0,45 \$	0,64 \$	4,68 \$	0,13 \$	0,35 \$	0,01 \$	0,08 \$	0,09 \$
68	Azithromycine	7,47 \$	1,27 \$	0,37 \$	0,83 \$	1,43 \$	2,58 \$	0,11 \$	0,05 \$	0,00 \$	0,18 \$	0,65 \$
69	Baclofène	7,07 \$	1,10 \$	0,40 \$	0,58 \$	0,57 \$	3,48 \$	0,12 \$	0,11 \$	0,02 \$	0,12 \$	0,58 \$
70	Léflunomide	7,04 \$	0,94 \$	0,69 \$	0,56 \$	0,43 \$	3,60 \$	0,04 \$	0,14 \$	0,02 \$	0,03 \$	0,59 \$
71	Clonazépam	6,91 \$	1,33 \$	0,39 \$	0,23 \$	1,11 \$	2,66 \$	0,29 \$	0,21 \$	0,03 \$	0,24 \$	0,41 \$
72	Térazosine	6,70 \$	1,11 \$	0,35 \$	0,14 \$	0,22 \$	3,79 \$	0,14 \$	0,50 \$	0,02 \$	0,32 \$	0,12 \$

Suite à la page suivante

Rang	Ingrédient	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
73	Lisinopril	6,57 \$	0,62 \$	0,84 \$	0,47 \$	1,14 \$	2,48 \$	0,15 \$	0,23 \$	0,07 \$	0,29 \$	0,27 \$
74	Phosphate de codéine, acétaminophène, caféine	6,56 \$	1,45 \$	0,53 \$	0,42 \$	1,00 \$	2,33 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,75 \$
75	Chlorhydrate de vérapamil	6,51 \$	1,55 \$	0,71 \$	0,44 \$	0,75 \$	2,26 \$	0,25 \$	0,23 \$	0,07 \$	0,12 \$	0,13 \$
76	Carbamazépine	6,33 \$	1,22 \$	0,28 \$	0,31 \$	0,73 \$	2,91 \$	0,14 \$	0,10 \$	0,03 \$	0,27 \$	0,35 \$
77	Furoate de mométasone	6,31 \$	1,06 \$	0,29 \$	0,03 \$	1,45 \$	2,20 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,08 \$	0,29 \$	0,76 \$
78	Pioglitazone	6,25 \$	0,47 \$	0,94 \$	0,39 \$	0,31 \$	3,28 \$	0,08 \$	0,11 \$	0,00 \$	0,08 \$	0,59 \$
79	Clarithromycine	6,08 \$	1,32 \$	0,52 \$	0,60 \$	0,85 \$	1,41 \$	0,12 \$	0,14 \$	0,00 \$	0,25 \$	0,87 \$
80	Sumatriptan	6,01 \$	3,63 \$	0,67 \$	0,10 \$	0,73 \$	0,36 \$	0,03 \$	0,06 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,41 \$
81	Sulfate d'hydroxychloroquine	5,99 \$	1,69 \$	0,58 \$	0,24 \$	0,44 \$	2,28 \$	0,10 \$	0,13 \$	0,02 \$	0,06 \$	0,44 \$
82	Esoméprazole	5,97 \$	-	-	-	5,92 \$	-	-	0,05 \$	-	0,00 \$	-
83	Irbesartan, hydrochlorothiazide	5,95 \$	0,33 \$	1,16 \$	0,74 \$	0,92 \$	2,29 \$	0,04 \$	0,24 \$	0,02 \$	0,05 \$	0,17 \$
84	Chlorhydrate de trazodone	5,86 \$	1,32 \$	0,40 \$	0,19 \$	0,97 \$	2,41 \$	0,06 \$	0,17 \$	0,01 \$	0,04 \$	0,27 \$
85	Chlorhydrate de cyclobenzaprine	5,85 \$	3,62 \$	0,28 \$	0,00 \$	0,39 \$	-	0,32 \$	0,16 \$	0,00 \$	0,32 \$	0,76 \$
86	Amlodipine, atorvastatine (atorvastatin calcique)	5,82 \$	-	-	0,38 \$	0,00 \$	5,09 \$	0,05 \$	0,27 \$	-	0,00 \$	0,03 \$
87	Énalapril sodique	5,68 \$	0,91 \$	0,80 \$	0,54 \$	1,47 \$	0,95 \$	0,10 \$	0,34 \$	0,04 \$	0,22 \$	0,30 \$
88	Levonorgestrel, éthynyl estradiol	5,53 \$	2,08 \$	0,04 \$	0,74 \$	1,14 \$	0,69 \$	0,04 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,11 \$	0,66 \$
89	Diclofénac sodique	5,48 \$	0,83 \$	0,59 \$	0,62 \$	1,14 \$	1,49 \$	0,05 \$	0,10 \$	0,05 \$	0,14 \$	0,47 \$
90	Dompéridone	5,12 \$	0,84 \$	0,30 \$	0,29 \$	0,53 \$	2,40 \$	0,15 \$	0,28 \$	0,05 \$	0,10 \$	0,17 \$
91	Imatinib	5,02 \$	-	-	-	0,70 \$	3,72 \$	0,11 \$	0,19 \$	0,05 \$	0,05 \$	0,20 \$
92	Chlorhydrate de méthylphénidate	4,96 \$	0,61 \$	0,05 \$	0,17 \$	1,10 \$	2,05 \$	0,12 \$	0,05 \$	0,03 \$	0,23 \$	0,55 \$
93	Latanoprost	4,89 \$	0,72 \$	0,44 \$	0,15 \$	0,30 \$	2,77 \$	0,10 \$	0,19 \$	0,05 \$	0,09 \$	0,07 \$
94	Chlorhydrate d'amiodarone	4,77 \$	0,85 \$	0,35 \$	0,33 \$	0,46 \$	2,33 \$	0,11 \$	0,14 \$	0,03 \$	0,11 \$	0,08 \$
95	Méloxicam	4,77 \$	0,11 \$	-	0,03 \$	0,10 \$	4,21 \$	0,11 \$	0,10 \$	-	0,01 \$	0,11 \$
96	Chlorhydrate de bupropion	4,75 \$	0,62 \$	0,25 \$	0,20 \$	0,70 \$	2,50 \$	0,12 \$	0,10 \$	0,02 \$	0,06 \$	0,19 \$
97	Acétate de prednisolone	4,73 \$	1,32 \$	0,29 \$	0,08 \$	0,28 \$	2,20 \$	0,12 \$	0,19 \$	0,04 \$	0,07 \$	0,15 \$
98	Glyburide	4,68 \$	1,24 \$	0,18 \$	0,24 \$	0,56 \$	1,85 \$	0,06 \$	0,08 \$	0,02 \$	0,15 \$	0,31 \$
99	Lorazépam	4,64 \$	0,56 \$	0,20 \$	0,13 \$	0,38 \$	2,63 \$	0,19 \$	0,20 \$	0,03 \$	0,14 \$	0,18 \$
100	Clindamycine	4,63 \$	1,22 \$	0,26 \$	0,53 \$	0,58 \$	1,20 \$	0,06 \$	0,06 \$	0,01 \$	0,06 \$	0,65 \$
Total		1 594,81 \$	288,58 \$	142,83 \$	92,55 \$	134,87 \$	740,74 \$	36,32 \$	45,83 \$	8,48 \$	31,13 \$	73,47 \$
Part de tous les médicaments génériques multisources		85 %	82 %	84 %	83 %	82 %	87 %	83 %	83 %	85 %	81 %	82 %

Remarque : Le médicament dont le coût est inférieur à 5 000 \$ est indiqué par 0,00 \$ en raison de l'arrondi.

*Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans ce tableau.

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



Annexe I : Cent principaux fabricants par coût du médicament, régimes publics d'assurance-médicaments du SNIUMP, 2013-2014 (en millions de \$)

Rang	Compagnie	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
1	Apotex Inc.	543,90 \$	75,48 \$	44,85 \$	20,07 \$	50,42 \$	289,99 \$	12,13 \$	11,18 \$	3,08 \$	8,92 \$	27,77 \$
2	Janssen Inc.	517,27 \$	116,53 \$	62,44 \$	40,83 \$	38,88 \$	199,74 \$	12,70 \$	13,96 \$	2,66 \$	8,73 \$	20,80 \$
3	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.	473,69 \$	18,60 \$	70,53 \$	9,48 \$	8,77 \$	346,38 \$	8,36 \$	3,11 \$	0,60 \$	3,96 \$	3,90 \$
4	Teva Canada Limited	429,33 \$	63,29 \$	27,18 \$	25,32 \$	37,22 \$	221,97 \$	9,08 \$	13,28 \$	2,11 \$	9,15 \$	20,73 \$
5	Pfizer Canada Inc.	358,74 \$	54,80 \$	28,95 \$	17,16 \$	19,70 \$	209,82 \$	7,01 \$	5,83 \$	0,84 \$	4,11 \$	10,54 \$
6	Merck Canada Inc	350,46 \$	32,58 \$	23,19 \$	19,34 \$	10,41 \$	239,75 \$	5,61 \$	6,05 \$	0,67 \$	2,95 \$	9,91 \$
7	GlaxoSmithKline Inc.	290,39 \$	42,10 \$	30,37 \$	12,41 \$	18,14 \$	156,15 \$	7,78 \$	5,76 \$	0,94 \$	4,29 \$	12,44 \$
8	Pharmascience Inc.	213,63 \$	46,76 \$	16,50 \$	18,63 \$	16,00 \$	81,50 \$	7,01 \$	8,32 \$	1,38 \$	6,21 \$	11,31 \$
9	Sandoz Canada Incorporated	197,08 \$	40,20 \$	20,20 \$	12,02 \$	14,26 \$	88,96 \$	3,44 \$	5,71 \$	0,89 \$	2,83 \$	8,57 \$
10	Boehringer Ingelheim	189,73 \$	15,50 \$	23,80 \$	6,41 \$	5,00 \$	126,37 \$	4,07 \$	4,09 \$	0,50 \$	1,51 \$	2,48 \$
11	AstraZeneca Canada Inc.	175,54 \$	34,13 \$	15,87 \$	11,22 \$	7,38 \$	96,79 \$	2,30 \$	3,23 \$	0,46 \$	1,27 \$	2,88 \$
12	AbbVie Corporation	168,38 \$	50,26 \$	26,81 \$	12,98 \$	17,29 \$	39,84 \$	3,25 \$	6,59 \$	1,74 \$	3,77 \$	5,87 \$
13	Sanofi-Aventis Canada Inc.	135,99 \$	21,76 \$	11,00 \$	7,75 \$	3,67 \$	78,24 \$	1,42 \$	1,69 \$	0,23 \$	0,88 \$	9,34 \$
14	Servier Canada Inc.	126,90 \$	13,92 \$	11,89 \$	8,90 \$	7,59 \$	71,29 \$	3,86 \$	3,41 \$	0,52 \$	1,74 \$	3,78 \$
15	Eli Lilly Canada Inc.	125,81 \$	13,90 \$	11,87 \$	6,97 \$	7,66 \$	71,02 \$	2,67 \$	2,23 \$	0,97 \$	2,92 \$	5,58 \$
16	Immunex Corporation	123,64 \$	30,07 \$	20,57 \$	8,55 \$	14,92 \$	32,20 \$	2,93 \$	4,60 \$	0,95 \$	1,35 \$	7,50 \$
17	Mylan Pharmaceuticals ULC	123,62 \$	21,87 \$	10,87 \$	5,42 \$	15,31 \$	52,38 \$	3,68 \$	4,28 \$	0,57 \$	3,31 \$	5,93 \$
18	Bayer Inc.	123,05 \$	25,79 \$	10,42 \$	9,46 \$	9,44 \$	54,87 \$	2,78 \$	2,40 \$	0,32 \$	2,88 \$	4,69 \$
19	Purdue Pharma	106,45 \$	10,27 \$	11,33 \$	6,47 \$	7,78 \$	60,81 \$	2,75 \$	2,16 \$	0,18 \$	0,77 \$	3,93 \$
20	Lundbeck Canada Inc.	105,40 \$	40,76 \$	5,99 \$	0,33 \$	0,25 \$	54,98 \$	0,12 \$	0,07 \$	0,00 \$	0,10 \$	2,79 \$
21	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.	105,30 \$	21,97 \$	11,08 \$	4,35 \$	9,61 \$	50,35 \$	2,01 \$	1,83 \$	0,45 \$	1,55 \$	2,11 \$
22	Actavis Pharma Company	103,06 \$	24,57 \$	12,04 \$	4,38 \$	12,87 \$	39,10 \$	1,27 \$	3,02 \$	0,35 \$	1,61 \$	3,86 \$
23	Novo Nordisk Canada Inc.	98,82 \$	13,77 \$	10,80 \$	4,29 \$	5,30 \$	51,41 \$	1,80 \$	3,91 \$	0,74 \$	2,18 \$	4,62 \$
24	Bristol-Myers Squibb Canada	88,72 \$	12,04 \$	4,09 \$	2,51 \$	6,19 \$	55,24 \$	1,60 \$	1,69 \$	0,18 \$	0,94 \$	4,23 \$
25	Sanis Health Inc.	87,60 \$	36,33 \$	17,46 \$	11,74 \$	2,93 \$	-	3,88 \$	5,35 \$	0,76 \$	3,39 \$	5,77 \$
26	Hoffmann-La Roche Limited	82,28 \$	17,39 \$	6,43 \$	4,68 \$	6,41 \$	38,05 \$	1,48 \$	2,21 \$	0,23 \$	1,09 \$	4,31 \$
27	Takeda Canada Inc.	81,13 \$	10,58 \$	4,95 \$	2,50 \$	0,53 \$	48,65 \$	6,26 \$	2,91 \$	0,76 \$	2,07 \$	1,92 \$
28	Gilead Sciences Canada Inc.	70,73 \$	7,52 \$	2,74 \$	2,21 \$	3,78 \$	48,83 \$	1,19 \$	0,10 \$	-	0,36 \$	4,00 \$
29	Valeant Canada LP Valeant Canada S.E.C.	69,55 \$	14,11 \$	7,44 \$	6,49 \$	5,13 \$	29,56 \$	1,50 \$	1,39 \$	0,21 \$	1,05 \$	2,68 \$
30	Amgen Canada Inc.	69,13 \$	8,16 \$	11,51 \$	0,38 \$	0,31 \$	41,29 \$	2,97 \$	0,21 \$	0,24 \$	1,58 \$	2,47 \$
31	Celgene Inc.	63,55 \$	-	-	-	6,42 \$	49,69 \$	2,30 \$	2,66 \$	-	2,18 \$	0,30 \$
32	BGP Pharma ULC	57,56 \$	16,08 \$	5,70 \$	3,07 \$	4,14 \$	23,22 \$	0,91 \$	1,56 \$	0,23 \$	0,91 \$	1,74 \$
33	AA Pharma Inc.	52,27 \$	11,26 \$	4,27 \$	2,72 \$	3,29 \$	24,45 \$	1,25 \$	1,35 \$	0,25 \$	1,52 \$	1,91 \$
34	Allergan Inc.	43,64 \$	11,63 \$	5,27 \$	1,84 \$	3,12 \$	17,85 \$	0,93 \$	1,24 \$	0,16 \$	0,33 \$	1,27 \$

Suite à la page suivante

Rang	Compagnie	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
35	Teva Pharmaceutical Industries Ltd.	42,36 \$	7,06 \$	13,03 \$	5,06 \$	4,14 \$	9,86 \$	1,34 \$	-	0,52 \$	0,67 \$	0,68 \$
36	Warner Chilcott Canada Co.	39,52 \$	5,28 \$	1,99 \$	2,77 \$	1,17 \$	26,52 \$	0,38 \$	0,34 \$	0,03 \$	0,36 \$	0,68 \$
37	Astellas Pharma Canada Inc.	36,58 \$	0,25 \$	1,22 \$	1,60 \$	2,83 \$	26,91 \$	1,73 \$	0,28 \$	0,03 \$	0,04 \$	1,69 \$
38	Leo Pharma Inc.	34,12 \$	4,18 \$	5,29 \$	2,83 \$	0,75 \$	18,24 \$	0,38 \$	0,25 \$	0,03 \$	0,35 \$	1,82 \$
39	EMD Serono, a Division of EMD Inc. Canada	33,53 \$	8,02 \$	7,00 \$	3,48 \$	2,35 \$	9,55 \$	1,70 \$	-	0,39 \$	0,51 \$	0,53 \$
40	Alcon Canada Inc.	33,02 \$	6,64 \$	3,30 \$	2,15 \$	2,71 \$	13,97 \$	0,83 \$	1,41 \$	0,19 \$	0,52 \$	1,29 \$
41	Biogen Canada Inc.	31,64 \$	7,16 \$	3,92 \$	2,00 \$	3,79 \$	9,63 \$	3,45 \$	-	0,39 \$	0,73 \$	0,57 \$
42	Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences, LLC	30,77 \$	-	-	1,77 \$	1,16 \$	24,63 \$	0,94 \$	-	-	0,26 \$	2,01 \$
43	Taro Pharmaceuticals Inc.	30,41 \$	5,85 \$	2,06 \$	1,62 \$	2,41 \$	14,79 \$	0,52 \$	0,84 \$	0,19 \$	0,59 \$	1,54 \$
44	ViiV Healthcare ULC	24,71 \$	-	-	0,94 \$	2,56 \$	18,36 \$	0,47 \$	0,00 \$	-	0,31 \$	2,07 \$
45	Pendopharm, a Division of Pharmascience Inc.	23,58 \$	5,51 \$	2,00 \$	1,54 \$	1,40 \$	10,23 \$	0,64 \$	0,54 \$	0,13 \$	0,44 \$	1,15 \$
46	Paladin Labs Inc.	23,43 \$	8,09 \$	2,35 \$	1,25 \$	1,69 \$	6,74 \$	0,43 \$	0,70 \$	0,36 \$	0,36 \$	1,47 \$
47	Cobalt Pharmaceuticals Company	20,87 \$	3,25 \$	1,36 \$	1,64 \$	1,78 \$	11,08 \$	0,18 \$	0,37 \$	0,03 \$	0,35 \$	0,83 \$
48	Actelion Pharmaceuticals Ltd.	17,01 \$	4,02 \$	-	0,02 \$	1,00 \$	11,49 \$	-	0,06 \$	-	0,09 \$	0,34 \$
49	Shire Pharma Canada ULC	16,25 \$	2,50 \$	0,21 \$	1,04 \$	0,25 \$	11,56 \$	0,05 \$	0,07 \$	0,01 \$	0,06 \$	0,50 \$
50	Alexion Pharma International Sarl	15,65 \$	-	2,51 \$	-	0,55 \$	12,59 \$	-	-	-	-	-
51	Vertex Pharmaceuticals	13,52 \$	6,55 \$	2,68 \$	0,90 \$	1,00 \$	0,79 \$	0,30 \$	0,27 \$	-	0,01 \$	1,02 \$
52	UCB Canada Inc.	12,97 \$	2,46 \$	0,14 \$	0,26 \$	0,22 \$	9,36 \$	0,06 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,05 \$	0,34 \$
53	Mint Pharmaceuticals Inc.	12,38 \$	7,54 \$	1,27 \$	0,32 \$	0,59 \$	1,70 \$	0,14 \$	0,45 \$	0,01 \$	0,04 \$	0,32 \$
54	Genzyme Canada a Division of Sanofi-Aventis Canada Inc.	12,02 \$	-	0,40 \$	0,54 \$	1,79 \$	7,30 \$	0,01 \$	0,06 \$	-	1,20 \$	0,73 \$
55	Genmed a Division of Pfizer Canada Inc.	11,45 \$	1,75 \$	0,20 \$	1,63 \$	0,53 \$	6,65 \$	0,10 \$	0,36 \$	0,02 \$	0,03 \$	0,17 \$
56	Aptalis Pharma Canada Inc.	11,20 \$	3,39 \$	1,05 \$	0,54 \$	0,56 \$	4,27 \$	0,33 \$	0,28 \$	0,06 \$	0,32 \$	0,38 \$
57	Mylan Specialty L.P.	11,18 \$	4,17 \$	0,59 \$	1,13 \$	1,31 \$	2,34 \$	0,14 \$	0,06 \$	0,00 \$	0,04 \$	1,39 \$
58	Hospira Healthcare Corporation	10,81 \$	2,43 \$	1,64 \$	0,43 \$	0,70 \$	4,18 \$	0,23 \$	0,38 \$	0,04 \$	0,14 \$	0,65 \$
59	Actavis Specialty Pharmaceuticals Co.	9,59 \$	-	0,08 \$	-	0,01 \$	8,75 \$	0,10 \$	0,49 \$	0,14 \$	0,00 \$	0,02 \$
60	Ferring Inc.	9,53 \$	1,93 \$	0,70 \$	0,70 \$	0,60 \$	4,75 \$	0,22 \$	0,17 \$	0,03 \$	0,13 \$	0,30 \$
61	RB Pharmaceuticals Limited	7,01 \$	1,94 \$	0,19 \$	0,01 \$	0,06 \$	4,64 \$	0,02 \$	0,01 \$	0,03 \$	-	0,11 \$
62	Duchesnay Inc.	6,98 \$	2,54 \$	0,11 \$	0,76 \$	0,82 \$	1,36 \$	0,10 \$	0,06 \$	0,01 \$	0,09 \$	1,14 \$
63	Shire Human Genetic Therapies Inc.	6,39 \$	-	-	-	-	6,39 \$	-	-	-	-	-
64	Marcan Pharmaceuticals Inc.	6,39 \$	1,71 \$	0,62 \$	0,39 \$	0,26 \$	2,99 \$	0,10 \$	0,13 \$	0,03 \$	0,05 \$	0,09 \$
65	Takeda Pharmaceuticals America Inc.	6,21 \$	2,18 \$	0,53 \$	0,29 \$	0,11 \$	2,00 \$	0,12 \$	0,11 \$	0,01 \$	0,08 \$	0,78 \$
66	Grifols Therapeutics Inc.	6,20 \$	4,20 \$	-	-	0,89 \$	1,11 \$	-	-	-	-	-
67	Ethypharm Inc.	6,06 \$	2,96 \$	0,35 \$	0,05 \$	0,10 \$	1,94 \$	0,08 \$	0,08 \$	0,03 \$	0,11 \$	0,37 \$
68	McNeil Consumer Healthcare Division of Johnson & Johnson Inc.	5,22 \$	1,62 \$	0,26 \$	0,07 \$	0,14 \$	0,19 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,04 \$	2,86 \$

Suite à la page suivante

Rang	Compagnie	Total*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	SSNA
69	United Therapeutics Corporation	4,62 \$	1,46 \$	-	-	0,20 \$	1,97 \$	0,72 \$	-	-	-	0,26 \$
70	Aspen Pharma Trading Limited	4,42 \$	0,82 \$	0,30 \$	0,42 \$	0,33 \$	2,34 \$	0,02 \$	0,03 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,13 \$
71	Actavis Group PTC ehf	4,34 \$	0,32 \$	0,35 \$	0,10 \$	0,55 \$	2,64 \$	0,05 \$	0,10 \$	0,00 \$	0,07 \$	0,16 \$
72	Euro-Pharm International Canada Inc.	3,93 \$	0,27 \$	0,02 \$	0,04 \$	0,04 \$	3,38 \$	0,00 \$	0,00 \$	-	0,00 \$	0,17 \$
73	Abbott Laboratories, Limited	3,82 \$	0,87 \$	0,46 \$	0,39 \$	0,43 \$	1,33 \$	0,24 \$	0,02 \$	-	0,00 \$	0,09 \$
74	Taropharma, a Division of Taro Pharmaceuticals Inc.	3,61 \$	0,07 \$	0,19 \$	0,09 \$	0,05 \$	2,97 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,01 \$	0,03 \$	0,11 \$
75	Auro Pharma Inc.	3,46 \$	0,94 \$	0,22 \$	0,41 \$	0,02 \$	1,38 \$	0,07 \$	0,17 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,18 \$
76	Odan Laboratories Ltd.	3,41 \$	1,25 \$	0,53 \$	0,14 \$	0,14 \$	0,61 \$	0,17 \$	0,17 \$	0,02 \$	0,21 \$	0,17 \$
77	Jamp Pharma Corporation	3,18 \$	0,56 \$	0,17 \$	0,46 \$	0,16 \$	1,30 \$	0,05 \$	0,05 \$	0,04 \$	0,05 \$	0,33 \$
78	Galderma Canada Inc.	3,12 \$	0,66 \$	0,14 \$	0,33 \$	0,22 \$	1,22 \$	0,04 \$	0,06 \$	0,01 \$	0,07 \$	0,37 \$
79	Sunovion Pharmaceuticals Canada Inc.	3,03 \$	0,07 \$	0,25 \$	0,10 \$	0,03 \$	2,37 \$	0,04 \$	0,08 \$	0,00 \$	0,04 \$	0,04 \$
80	Accel Pharma Inc.	2,92 \$	0,40 \$	0,80 \$	0,40 \$	0,63 \$	0,38 \$	0,02 \$	0,01 \$	-	0,03 \$	0,27 \$
81	Patriot a Division of Janssen Inc.	2,82 \$	0,08 \$	0,21 \$	0,06 \$	0,05 \$	2,04 \$	0,09 \$	0,19 \$	0,03 \$	0,05 \$	0,02 \$
82	Sivem Pharmaceuticals ULC	2,69 \$	-	1,19 \$	0,37 \$	0,04 \$	-	0,02 \$	0,02 \$	0,01 \$	-	1,04 \$
83	GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.	2,62 \$	0,62 \$	0,09 \$	0,09 \$	0,03 \$	0,94 \$	0,06 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,09 \$	0,68 \$
84	Aurobindo Pharma Limited	2,29 \$	0,42 \$	0,12 \$	0,23 \$	-	1,25 \$	0,07 \$	0,04 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,14 \$
85	Mayne Pharma International Pty Ltd.	2,26 \$	0,28 \$	0,08 \$	0,18 \$	0,04 \$	1,38 \$	0,04 \$	0,03 \$	-	0,02 \$	0,22 \$
86	Accord Healthcare Inc.	2,18 \$	0,08 \$	0,10 \$	0,00 \$	0,21 \$	1,51 \$	0,07 \$	0,12 \$	0,01 \$	0,05 \$	0,05 \$
87	Merus Labs Luxco S.a.R.L.	2,07 \$	0,01 \$	0,28 \$	0,03 \$	0,00 \$	1,68 \$	0,00 \$	0,03 \$	-	0,01 \$	0,03 \$
88	Dr. Reddy's Laboratories Inc.	2,04 \$	0,85 \$	0,28 \$	0,19 \$	0,36 \$	0,27 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,08 \$
89	Merz Pharmaceuticals GmbH	1,57 \$	0,33 \$	0,14 \$	0,03 \$	0,13 \$	0,89 \$	0,01 \$	0,02 \$	-	-	0,02 \$
90	ERFA Canada 2012 Inc.	1,55 \$	0,64 \$	0,15 \$	0,08 \$	0,10 \$	0,29 \$	0,11 \$	0,08 \$	0,01 \$	0,04 \$	0,06 \$
91	Trimel Pharmaceuticals Corporation	1,29 \$	0,74 \$	0,12 \$	0,06 \$	0,15 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,07 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,06 \$
92	Merus Labs International Inc.	1,28 \$	0,43 \$	0,15 \$	0,11 \$	0,02 \$	0,54 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,02 \$
93	Pfizer Consumer Healthcare a Division of Pfizer Canada Inc.	1,12 \$	0,65 \$	-	0,00 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,15 \$	0,28 \$
94	Septa Pharmaceuticals, Inc.	1,06 \$	0,79 \$	0,03 \$	0,00 \$	-	0,23 \$	-	-	-	-	0,01 \$
95	Dominion Pharmacal	1,01 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,13 \$	0,00 \$	0,19 \$	-	-	-	-	0,69 \$
96	Ratiopharm Inc. Division of Teva Canada Limited	0,94 \$	0,10 \$	0,06 \$	0,08 \$	0,11 \$	0,45 \$	0,04 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,03 \$	0,06 \$
97	SteriMax Inc.	0,93 \$	0,56 \$	0,15 \$	0,01 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,01 \$	0,01 \$	0,00 \$	0,02 \$	0,09 \$
98	Pro Doc Limitee	0,86 \$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,86 \$
99	Omega Laboratories Ltd.	0,79 \$	0,15 \$	0,09 \$	0,01 \$	0,06 \$	0,40 \$	0,02 \$	0,03 \$	-	0,00 \$	0,02 \$
100	Medtech Products Inc	0,78 \$	-	-	0,05 \$	0,05 \$	0,25 \$	0,01 \$	-	0,00 \$	0,01 \$	0,40 \$
Total		6 646,91 \$	1 103,59 \$	652,15 \$	353,14 \$	424,58 \$	3 431,90 \$	149,47 \$	146,60 \$	27,16 \$	101,46 \$	256,88 \$

Remarque : Le médicament dont le coût est inférieur à 5 000 \$ est indiqué par 0,00 \$ en raison de l'arrondi.

*Résultats totaux pour les régimes publics d'assurance-médicaments choisis rapportés dans ce tableau.

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

**Anatomique, thérapeutique, chimique (ATC) :**

Un système de classification qui divise les médicaments en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques. Il est tenu par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux. Le système ATC est divisé en cinq niveaux différents. Les niveaux 1 et 2 sont déclarés dans la présente étude et rendent compte des principaux groupes anatomiques et thérapeutiques respectivement.

Bénéficiaire actif¹ : Une personne dont la demande a été acceptée par un régime, soit aux fins de remboursement, soit pour l'appliquer à une franchise. Au Manitoba et en Saskatchewan, les demandeurs sont également des personnes dont les demandes ont été acceptées et qui sont admissibles à la couverture dans le cadre d'un programme d'assurance-médicaments provincial, mais qui n'ont pas présenté de demande et qui, par conséquent, n'ont pas de franchise définie.

Coût des médicaments : Montant accepté aux fins de remboursement par un régime public d'assurance-médicaments, qui rend compte du coût d'acquisition de la pharmacie d'un médicament. Ce dernier peut comprendre les marges bénéficiaires de gros, mais exclut les marges bénéficiaires de la pharmacie et les frais d'exécution.

Dépenses en médicaments prescrits : La somme des trois éléments d'une ordonnance : coût du médicament, marge bénéficiaire des pharmacies (le cas échéant) et frais d'exécution. Ce sont des montants qui sont acceptés par les régimes publics d'assurance-médicaments pour la franchise ou aux fins de remboursement des bénéficiaires admissibles.

Les montants communiqués qui n'ont pas été acceptés aux fins de remboursement (médicament non remboursé, coût unitaire supérieur au prix accepté, etc.) ne sont pas pris en compte dans ces montants. Les dépenses totales comprennent à la fois les montants versés par les bénéficiaires et ceux versés par le régime, notamment les quotes-parts et les franchises.

Frais d'exécution : Honoraires professionnels facturés par un pharmacien pour l'exécution d'une ordonnance et acceptés aux fins de remboursement par un régime public d'assurance-médicaments.

Franchise¹ : Le montant total des dépenses en médicaments qu'un particulier doit payer pendant une année donnée (ou une autre période définie) avant qu'une part quelconque de ses coûts de médicaments soient remboursés par le régime d'assurance-médicaments. Une franchise peut être un montant fixe ou un pourcentage du total du revenu (franchise fondée sur le revenu).

Inducteurs des dépenses de médicaments :

Le niveau des dépenses en médicaments est déterminé par de nombreux facteurs ou déterminants, notamment la taille et l'âge de la population, le volume et le type de médicaments consommés, les niveaux de prix, etc. Un changement dans l'un quelconque de ces facteurs devient un inducteur. Par exemple, les variations des parts de marché des médicaments de marque par opposition aux médicaments génériques par suite du lancement de produits génériques devraient entraîner une baisse du niveau des dépenses en médicaments prescrits. Par ailleurs, des thérapies émergentes ou coûteuses devraient alimenter la pression à la hausse qui s'exerce sur les coûts.

Marge bénéficiaire : Un montant accepté aux fins de remboursement par un régime public d'assurance-médicaments qui rend compte de la différence entre le prix de vente au détail de la pharmacie et le coût du médicament.

Médicament générique : Un produit pharmaceutique qui est équivalent à un médicament de référence ou de marque en ce qui concerne l'ingrédient actif, la posologie, la forme, la force et les caractéristiques de fonctionnement.

Médicament breveté : Un produit pharmaceutique protégé par un ou plusieurs brevets délivrés par le commissaire aux brevets. Un brevet peut viser l'ingrédient actif, le procédé de fabrication du produit pharmaceutique ou un autre aspect tel que l'enrobage à libération chronocontrôlée ou le mécanisme d'un inhalateur. Un brevet assure à son détenteur le monopole ou l'exclusivité commerciale de l'invention pour une période limitée.

Médicament de source multiple : Un produit pharmaceutique fabriqué par au moins deux entreprises. Les médicaments de source multiple sont offerts sous la forme du médicament de marque ou de son équivalent générique.

Médicament de source unique : Un produit pharmaceutique fabriqué par une entreprise. À quelques exceptions près, les médicaments brevetés sont des médicaments de source unique. Certains médicaments génériques peuvent aussi être de source unique : un organisme de réglementation peut accorder à un fabricant de médicaments génériques l'exclusivité commerciale pour une période de temps; ou la demande peut être insuffisante pour plus d'un nouveau venu sur le marché dans un domaine thérapeutique concernant une petite population de patients.

Numéro d'identification du médicament (DIN) :

Un nombre à huit chiffres généré par un ordinateur que Santé Canada attribue à un produit médicamenteux avant qu'il soit commercialisé au Canada. Un numéro DIN identifie de façon unique les caractéristiques suivantes d'un produit : fabricant; nom du produit; ingrédient(s) actif(s); la force du ou des ingrédients actifs; la forme pharmaceutique; la voie d'administration.

Ordonnance : Une demande¹ pour laquelle le programme d'assurance-médicaments accepte au moins une portion du coût, soit pour une franchise ou aux fins de remboursement. Les coûts des demandes remboursées par un régime public d'assurance-médicaments et qui ont trait aux services professionnels de pharmacie autres que la délivrance de médicaments (notamment l'examen de la pharmacopée ou l'administration de vaccins) ne sont pas inclus dans la présente analyse.

Payé par le régime : Le montant qu'un régime public d'assurance-médicaments rembourse à un bénéficiaire admissible à l'égard de la dépense pour un médicament prescrit. Il rend compte de la structure propre à chaque régime de partage des coûts entre le gouvernement et les patients.

Quote-part¹ : La portion du coût de la demande de remboursement que les particuliers doivent payer chaque fois qu'ils présentent une demande. Il peut s'agir d'un montant fixe ou d'un pourcentage du total du coût de la demande de remboursement. Lorsqu'elle est calculée en pourcentage du coût total, on l'appelle également « coassurance ».

Régime public d'assurance-médicaments :

Cette expression générale désigne les régimes qui sont administrés par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. Les exemples comprennent les régimes publics d'assurance-médicaments analysés dans le présent rapport. Les régimes publics d'assurance-médicaments établissent les conditions d'admissibilité, les structures de partage des coûts ainsi que les prix et les médicaments qui sont acceptés aux fins de remboursement.

Taille de l'ordonnance : La quantité matérielle de médicaments ou le nombre de jours d'approvisionnement pour lesquels le médicament prescrit a été dispensé à un bénéficiaire admissible. Le nombre de jours d'approvisionnement peut être utilisé pour mesurer la durée de l'ordonnance.

Taux de variation : La variation en pourcentage d'une année à l'autre de la mesure de la consommation de médicaments ou des dépenses en médicaments. Le taux de variation annuel est calculé sur deux années consécutives, comme suit

$$\frac{\text{Valeur de l'année 1}}{\text{Valeur de l'année 0}} - 1$$

Le taux de variation annuel composé est calculé sur trois années consécutives ou plus comme suit :

$$\left(\frac{\text{Valeur de l'année } n}{\text{Valeur de l'année 0}} \right)^{\frac{1}{n}} - 1$$

